

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU S YANG MENGALAMI
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN DI
RUANG PUNAI RUMAH SAKIT JIWA DAERAH ATMA HUSADA
MAHAKAM SAMARINDA**

KARYA TULIS ILMIAH



Oleh

REZA HEDDY APRINDA

NIM :1311308210791

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

2016

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan jiwa menurut WHO bukan hanya tidak ada gangguan jiwa melainkan mengandung berbagai karakteristik yang positif menggambarkan keselarasan dan keseimbangan kejiwaan yang mencerminkan kedewasaan kepribadiannya. Ketika syarat tersebut tidak terpenuhi maka seseorang tersebut mengalami gangguan jiwa. Gangguan jiwa adalah kondisi terganggunya fungsinya fungsi mental, emosi, pikiran, kemauan, perilaku psikomotorik dan verbal yang menjelma dalam kelompok gejala klinis yang disertai oleh penderitaan dan mengakibatkan terganggunya fungsi humanistic individu (Yosep, 2009).

Menurut Yosep (2009) penyebab umum gangguan jiwa dipengaruhi oleh faktor-faktor yang terus menerus saling mempengaruhi. Pertama adalah faktor somatik (somatogenetik) atau organobiologis, yang kedua faktor psikologis (psikogenik) dan yang terakhir faktor-faktor sosio-budaya (sosiogenik) atau sosiokultural. Setiap orang memiliki kultur historis yang berbeda mulai dari cara dia dilahirkan, cara dia diasuh, lingkungan tempat tinggal dia dibesarkan, pendidikan yang diperoleh. Tugas perawat menggali dan menganalisa

faktor-faktor yang potensial menjadi stresor dan membantu memperkuat mekanisme pertahanan diri klien agar klien dapat beradaptasi terhadap stresor yang potensial menyebabkan gangguan jiwa. Berdasarkan hasil laporan dari *World Health Organization (WHO)* tahun 2013, penderita gangguan jiwa dengan diagnosa skizofrenia sudah mencapai sekitar 450 juta jiwa di seluruh dunia.

Di Indonesia sendiri hasil Riskesdas (2013) prevalensi gangguan jiwa berat (psikosis/skizofrenia) nasional sebesar (1,7‰) dengan prevalensi tertinggi di DI Yogyakarta dan Aceh (masing-masing (2,7‰), dan yang terendah di Kalimantan Barat (0,7‰), sedangkan untuk di Kalimantan Timur (1,4‰). Untuk mengatasi hal masalah tersebut salah satunya diperlukan keperawatan jiwa.

Menurut Stuart (2007) Keperawatan jiwa adalah proses interpersonal yang berupaya untuk meningkatkan dan mempertahankan perilaku yang mengontrol pada fungsi yang terintegrasi, pasien atau sistem klien dapat berupa individu, keluarga, kelompok, organisasi atau komunitas. Ruang lingkup masalah kesehatan jiwa yang dihadapi individu sangat kompleks meliputi: perubahan fungsi jiwa sehingga menimbulkan penderitaan pada individu distres dan atau hambatan dalam melaksanakan fungsi sosialnya. Individu yang mengalami hambatan dalam melaksanakan fungsi sosialnya, menyendiri cenderung berhalusinasi.

Halusinasi adalah suatu persepsi yang salah tanpa dijumpai adanya rangsangan dari luar. Walaupun tampak sebagai sesuatu yang “khayal” halusinasi sebenarnya adalah bagian dari kehidupan mental penderita. Halusinasi dapat terjadi karena dasar-dasar organik fungsional, psikotik maupun histeri. Oleh karena itu halusinasi perlu perawatan yang rutin agar tidak mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan (Stuart 2007).

Berdasarkan hasil laporan di ruang punai RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda tercatat bahwa total jumlah pasien rawat inap di ruang punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda pada 6 bulan terakhir ditahun 2016 sebanyak 1.308 masalah keperawatan. Dengan kasus resiko perilaku kekerasan sebanyak 8% atau 110 jiwa, halusinasi sebanyak 77% atau 999 jiwa, harga diri rendah sebanyak 2% atau 30 jiwa, waham sebanyak 4% atau 49 jiwa, defisit perawatan diri sebanyak 9% atau 120 jiwa dan tidak ada kasus intik resiko bunuh diri atau 0%.

Berdasarkan latar belakang tersebut maka penulis tertarik untuk membuat karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Jiwa pada Ibu S yang mengalami Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran di Ruang Punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut penulis tertarik masalah untuk membuat karya tulis ilmiah dengan rumusan masalah “Bagaimana Asuhan Keperawatan Jiwa pada Ibu S yang mengalami Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran di Ruang Punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda?”.

C. Tujuan Penulisan

Tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini terbagi menjadi dua yaitu tujuan umum dan tujuan khusus sebagai berikut :

1. Tujuan Umum :

Secara umum tujuan dari penulisan karya tulis ilmiah ini ialah memperoleh gambaran tentang pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa pada ibu S yang mengalami Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran di Ruang Punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Samarinda.

2. Tujuan Khusus :

Tujuan khusus dari karya tulis ilmiah ini adalah untuk, Memperoleh pengalaman yang nyata dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien Ibu S yang mengalami Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran di Ruang Punai Rumah

Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda yang meliputi dalam hal :

- a. Melakukan pengkajian keperawatan dan membuat analisa data.
- b. Membuat diagnosis keperawatan berdasarkan hasil analisa data.
- c. Menyusun rencana asuhan keperawatan yang sesuai dengan masalah keperawatan.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan keperawatan.
- e. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan yang diberikan.

D. Metode Penulisan

Penyusunan karya tulis ilmiah ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus ini memberikan gambaran asuhan keperawatan yang sedang terjadi (berlangsung), dan Aktual yaitu sesuatu gambaran permasalahan tentang kasus asuhan keperawatan jiwa pada klien yang mengalami Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran. Adapun teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah sebagai berikut:

1. Wawancara

Penulisan secara langsung melakukan wawancara pada klien maupun perawat ruangan dan teman dekat klien diruangan Punai untuk mendapatkan data mengenai keadaan klien.

2. Observasi

Pengumpulan data dengan cara mengamati perilaku dan keadaan klien untuk mendapatkan gambaran yang jelas mengenai klien yang mengalami Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran di Ruang Punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.

3. Pemeriksaan Fisik

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

4. Studi Dokumentasi

Data diperoleh dari catatan medik dan catatan keperawatan di Ruang Punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.

5. Studi Kepustakaan

Mengumpulkan data dari buku-buku dan literatur lain untuk memperoleh materi dan referensi yang berkaitan dengan kasus.

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 meliputi pengertian, jenis dan tanda gejala, Rentang respon, penyebab, proses terjadinya serta pohon masalah, selanjutnya uraian secara teoritis tentang asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana tindakan keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan.

Bab III tinjauan kasus, berisi pelaksanaan asuhan keperawatan yang tersiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana tindakan keperawatan jiwa, implementasi keperawatan keperawatan jiwa, evaluasi keperawatan jiwa. Bab IV pembahasan, berisikan uraian tentang analisa terhadap hasil studi dengan mencantumkan teori yang relevan untuk memperkuat bahasan 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 penulis dan sebagai inti dari pembahasan yang ditulis secara singkat dan jelas, dan saran adalah

tanggapan dan butir ke simpulan yang berupa kesenjangan antara teori dengan kenyataan yang ada pada saat pelaksanaan karya tulis ilmiah.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Bab II berisikan teori dari konsep yang mendukung isi karya tulis ilmiah sesuai judul penulis yaitu Asuhan keperawatan Jiwa Pada Ibu S yang mengalami Masalah Utama Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran Di Ruang Punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Pemerintah Provinsi Kaltim yang mencakup pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan dokumentasi keperawatan.

A. Pengertian

Menurut Damaiyanti (2012), 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. Klien merasa ada suara padahal tidak ada stimulus suara. Melihat bayangan orang atau sesuatu yang menakutkan padahal tidak ada bayangan tersebut. Membau bau-bauan tertentu padahal orang lain tidak merasakan sensasi serupa. Merasakan sensasi rabaan padahal tidak ada apapun dalam permukaan kulit. Walaupun tampak sebagai

sesuatu yang “khayal”, halusinasi sebenarnya merupakan bagian dari kehidupan mental penderita “tersepsi” (Yosep, 2009).

Diperkirakan dari 90% pasien skizofrenia mengalami halusinasi. Meskipun bentuk halusinasinya bervariasi tetapi sebagian besar klien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Mengalami Halusinasi dengar. Suara dapat berasal dari dalam diri individu atau dari luar dirinya. Suara dapat dikenal (familiar) misalnya suara nenek meninggal. Suara dapat Tunggal atau multipel. Isi suara dapat memerintahkan sesuatu pada klien atau seringnya tentang perilaku klien sendiri. Klien sendiri merasa yakin bahwa suara itu berasal dari Tuhan, Setan, Sahabat, atau Musuh. Kadang-kadang suara yang muncul semacam bunyi bukan suara yang mengandung arti (Yosep, 2009).

Halusinasi adalah perubahan dalam jumlah atau pola stimulus yang datang disertai gangguan respon yang kurang, berlebihan, atau distorsi terhadap stimulus tersebut (Nanda I, 2012 dalam Damaiyanti, 2012).

Menurut Yosep (2009), tanda dan Gejala halusinasi dengar adalah :

- a. Bicara, senyum sendiridan tertawa.
- b. Mengatakan mendengar suara.
- c. Merusak diri sendiri/orang lain/lingkungan.
- d. Tidak dapat membedakan hal yang nyata dan hal yang tidak nyata.
- e. Tidak dapat memusatkan konsentrasi/perhatian.

- f. Pembicaraan kacau kadang tidak masuk akal.
- g. Sikap curiga dan bermusuhan.
- h. Menarik diri, menghindar dari orang lain.
- i. Sulit membuat keputusan.
- j. Ketakutan.
- k. Mudah tersinggung, jengkel, mudah marah.
- l. Menyalahkan diri sendiri/orang lain.
- m. Tidak mampu melaksanakan asuhan mandiri : mandi, berpakaian.
- n. Muka merah kadang pucat.
- o. Ekspresi wajah tegang
- p. Tekanan darah meningkat meningkat.
- q. Nadi cepat.
- r. Banyak berkeringat.

B. Faktor Predisposisi

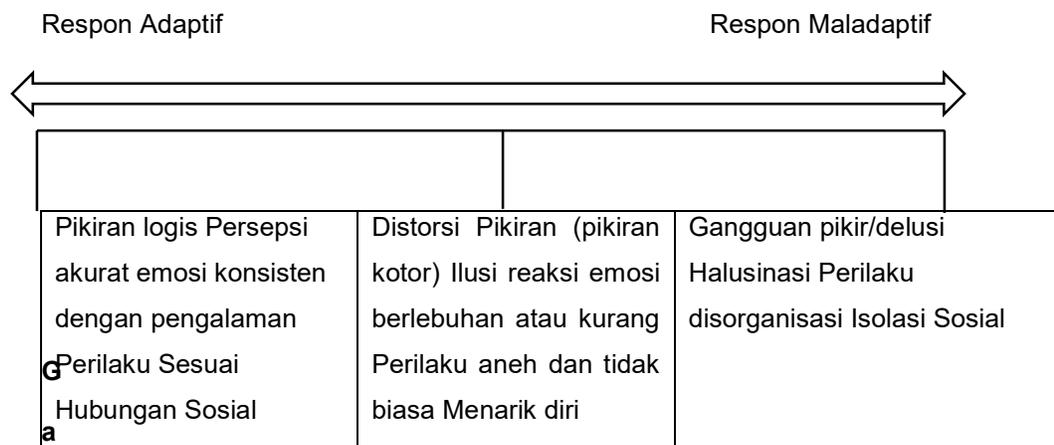
Faktor Predisposisi adalah faktor resiko yang mempengaruhi jensi dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress (faktor pencetus/ penyebab utama timbulnya gangguan jiwa (Azizah, 2011).Klien mengatakan sebelumnya pernah dirawat di Rumah sakit Jiwa, pasien mengatakan pernah melakukan dan atau mengalami penganiayaan fisik dalam keluarga tetapi penganiayaan fisik dalam keluarga tetapi penganiayaan seksual penolakan lingkungan tidak ada.

C. Faktor Presipitasi

Stressor Presipitasi adalah stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman atau tuntutan dan memerlukan energi ekstra untuk mengatasinya (faktor yang memperberat atau memperparah terjadinya gangguan jiwa (Azizah,2011).

D. Rentang Respon

Gejala psikosis dikelompokkan dalam lima kategori utama fungsi otak : kognisi, persepsi, emosi, perilaku, dan sosialisasi, yang juga saling berhubungan dengan fungsi neurobiologis (Stuart, 2007).



mbar 2.1 :Rentang respon neurobiologik (Stuart, 2007)

Untuk mengetahui dampak halusinasi pada pasien dan apa respons pasien ketika halusinasi itu muncul, perawat dapat menanyakan pada pasien hal yang dirasakan atau dilakukan saat halusinasi timbul. Perawat juga dapat menanyakan kepada keluarga atau orang terdekat dengan pasien. Selain itu

dapat juga dengan mengobservasi dampak halusinasi pada pasien jika halusinasi timbul. Perawat dapat mengkaji tahapan halusinasi pasien dengan tahapan sebagai berikut menurut (Yosep,2009) :

Tahapan Halusinasi	Karakteristik
<p>Stage I : Sleep disorder Fase awal seseorang sebelum muncul halusinasi</p>	<p>Klien merasa banyak masalah, ingin menghindari dari lingkungan, takut diketahui orang lain bahwa dirinya banyak masalah. Masalah makin terasa sulit karena berbagai stressor terakumulasi, misalnya kekasih hamil, terlibat narkoba, dkhianati kekasih, masalah dikampus, drop out, dst. Masalah terasa menekan karena terakumulasi sedangkan support sistem kurang dan persepsi terhadap masalah sangat buruk. Sulit tidur berlangsung terus-menerus sehingga terbiasa menghayal. Klien menganggap lamunalamunan tersebut pemecahan masalah.</p>
<p>Stage II : Comforting Halusinasi secara umum ia terima sebagai sesuatu yang alami</p>	<p>Klien mengalami emosi yang berlanjut seperti adanya perasaan cemas, kesepian, perasaan berdosa, ketakutan dan mencoba memusatkan pemikiran pada timbulnya kecemasan. Ia beranggapan bahwa pengalamn pikiran dan sensorinya dapat dia kontrol bila kecemasannya diatur, dalam tahap ini ada kecenderungan klien merasa nyaman dengan halusinasinya.</p>
<p>Stage III : Condemning Secara umum halusinasi sering mendatangi klien</p>	<p>Pengalaman sensori klien menjadi sering datang dan emgalami bias. Klien mulai merasa tidak mampu lagi mengontrolnya dan mulai berupaya menjaga jarak antara dirinya dengan objek yang dipersepsikan klien mulai menarik diri dari orang lain, dengan intesitas waktu yang lama.</p>
<p>Stage IV : Controlling Severe Level of Anxiety Fungsi sensori menjadi tidak</p>	<p>Klien mencoba melawan suara-suara atau sensori abnormal yang datang. Klien dapat merasakan kespeian bial halusinasinya berakhir. Dari sinilah</p>

relevan dengan kenyataan.	dimulai fase gangguan psikotik.
Stege V : Conquering Panic Level of Anxiety Klien mengalami gangguan dalam lingkungan	Pengalaman sensorinya terganggu. Klien mulai terasa terancam dengan datangnya suara-suara terutama bila klien tidak dapat menuruti ancaman atau perintah yang ia dengar dari halusinasinya. Halusinasi dapat berlangsung selama minimal empat jam atau seharian bila klien tidak mendapatkan komunikasi terapeutik. Terjadi gangguan psikotik berat.

Tabel. 2.1 Tahap-tahapan halusinasi (Yosep,2009)

E. Asuhan Keperawatan

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien perawat harus mengkaji keadaan pasien secara menyeluruh sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual, secara utuh dengan cara memandang manusia itu untuk yang mempunyai kebutuhan yang berbeda sesuai dengan latar belakang dan tingkat perkembangannya. Proses keperawatan bertujuan untuk memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan dan masalah pasien sehingga mutu pelayanan keperawatan menjadi optimal. Kebutuhan dan masalah pasien dapat diidentifikasi, diprioritaskan untuk dipenuhi, serta diselesaikan. Dengan menggunakan proses keperawatan, perawat dapat terhindar dari tindakan keperawatan yang bersifat rutin, intuisi dan tidak unik bagi individu pasien (Keliat, 2006 dalam Kadir, 2012).

Tahapan-tahapan dari proses keperawatan tersebut adalah :

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan masalah kebutuhan pasien. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Adapun karakteristik perilaku pasien dengan halusinasi adalah mendengar suara atau bunyi, suara dapat berkisar dari suara yang sederhana sampai suara orang yang bicara mengenai pasien, untuk menyelesaikan percakapan antara dua orang atau lebih tentang pasien yang berhalusinasi. Jenis lain termasuk pikiran yang dapat didengar yaitu mendengar suara orang yang sedang membicarakan apa yang sedang dipikirkan oleh pasien dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu, kadang-kadang berbahaya (Stuart, 2007).

Pengumpulan data pada pengkajian kesehatan jiwa dapat pula berupa faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stresor, sumber *koping* dan kemampuan *koping* yang dimiliki pasien (Keliat, 2006)

Isi pengkajian gangguan orientasi realita yang terfokus pada pasien halusinasi pendengaran yaitu :

a. Identitas pasien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama dan alamat

b. Alasan masuk

Gejala yang sering menjadi alasan pasien dibawa ke rumah sakit jiwa adalah: halusinasi, waham, isolasi sosial, perilaku kekerasan, kerusakan komunikasi. Data dapat diperoleh dari keluarga dengan menanyakan: apa yang terjadi di rumah (pasien sering bicara sendiri, pasien mendengar suara-suara, pasien marah tanpa alasan, pasien mengatakan sesuatu yang tidak nyata), apa yang telah dilakukan keluarga pada pasien, kemana keluarga minta pertolongan sebelum ke rumah sakit.

c. Faktor predisposisi

Aspek biologis: perkembangan dan fungsi otak/ susunan syaraf pusat. Aspek psikologis: konflik dan kekerasan dalam keluarga, pola asuh pada usia anak-anak yang tidak adekuat. Sosial Budaya: kemiskinan, konflik sosial budaya (peperangan, kerusuhan, kerawanan, kehidupan yang terisolasi disertai stres yang menumpuk).

d. Fisik

Tanda vital, ukuran tinggi, berat dan keluhan fisik.

e. Psikososial

Genogram, konsep diri (gambaran diri, identitas, peran, ideal diri, harga diri), hubungan sosial (orang yang berarti, peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat, hambatan dalam berhubungan dengan orang lain, spiritual (nilai dan keyakinan, kegiatan ibadah).

f. Status mental

Penampilan (tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian seperti biasanya), pembicaraan (cepat, apatis, keras, lambat, gagap, membisu, inkoheren, tidak mampu memulai pembicaraan), aktivitas motorik (lesu, tik, tegang, grimasen, gelisah, tremor, agitasi, kompulsif), alam perasaan (sedih, ketakutan, putus asa, khawatir, gembira berlebihan), afek (datar, tumpul, labil, tidak sesuai),

Interaksi selama wawancara (bermusuhan, kontak mata (-), tidak kooperatif, defensif, mudah tersinggung, curiga), persepsi (pendengaran, penglihatan, pengecapan, penghidu, perabaan), proses pikir (sirkumtansial, tangensial, kehilangan asosiasi, *flight of idea*, *blocking*, pengulangan pembicaraan / perseverasi), isi pikir (obsesi, depersonalisasi, fobia, ide yang terkait, curiga, kontrol pikir), tingkat kesadaran (bingung, sedasi, stupor, disorientasi waktu, tempat dan orang), memori (gangguan daya ingat jangka panjang, gangguan daya ingat saat ini, gangguan daya jangka

pendek, konfabulasi), tingkat konsentrasi dan berhitung (mudah beralih, tidak mampu konsentrasi, tidak mampu berhitung sederhana), kemampuan penilaian (gangguan ringan, gangguan bermakna), daya tilik diri (mengingkari penyakit yang diderita, menyalahkan hal-hal diluar dirinya)

g. Kebutuhan persiapan pulang

Penampilan, berpakaian / berhias, BAK / BAB mandi, istirahat dan tidur, penggunaan obat, pemeliharaan kesehatan, aktivitas didalam dan diluar rumah.

h. Mekanisme koping

Bicara dengan orang lain, menghindar, mencederai orang lain.

i. Masalah psikososial dan lingkungan

Dukungan kelompok, pendidikan, ekonomi, pekerjaan

j. Kurang pengetahuan

Penyakit jiwa, faktor presipitasi, koping, obat-obatan, penyakit fisik

k. Aspek medis

Diagnosa medis dan terapi medis

l. Daftar masalah keperawatan

Hasil pengkajian data yang didapatkan dan dianalisa untuk merumuskan masalah keperawatan.

2. **Diagnosis Keperawatan**

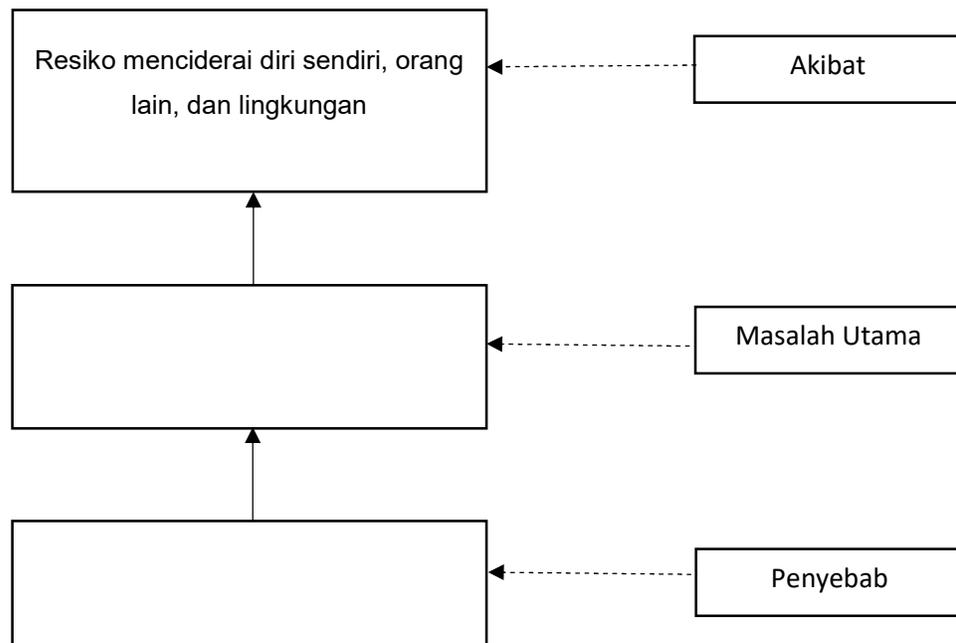
Pengertian diagnosis keperawatan dikemukakan oleh beberapa ahli sebagai berikut:

- a. Diagnosis keperawatan ialah penilaian klinis tentang respons aktual atau potensial dari individu, keluarga atau masyarakat terhadap masalah kesehatan/proses kehidupan (Carpenito, 1996 dikutip oleh Keliat, 2006).
- b. Diagnosis keperawatan ialah masalah kesehatan aktual atau potensial yang mampu diatasi oleh perawat berdasarkan pendidikan dan pengalamannya (Carpenito, dikutip oleh Keliat2006).

Rumusan diagnosis dapat berupa PE, yaitu permasalahan atau problem (P) yang berhubungan dengan etiologi (E) dan keduanya memiliki hubungan sebab akibat secara ilmiah. Rumusan PES sama dengan PE hanya ditambah Symptom (S) atau gejala sebagai data penunjang. Dalam keperawatan jiwa, ditemukan diagnosis anak-beranak yang jika etiologi sudah diintervensi dan permasalahan belum sesuai, P dijadikan etiologi untuk diagnosis baru dan demikian seterusnya. Hal ini dapat dilakukan karena permasalahan tidak selalu disebabkan oleh satu etiologi yang sama. Untuk jalan keluarnya jika permasalahan tersebut menjadi etiologi, tindakan diberikan secara tuntas. Jika pernyataan dari

pohon masalah diangkat menjadi permasalahan(P) dalam diagnosis keperawatan seluruh pernyataan harus dituliskan (Keliat, 2006)

Pohon masalah dengan masalah utama halusinasi Pendengaran:



Gambar 2.2 Pohon masalah keperawatan (Keliat, 2006)

Diagnosis keperawatan:

Menurut Damaiyanti tahun (2012) diagnosis keperawatan pada pasien dengan perubahan sensori persepsi adalah sebagai berikut:

- a. Resiko perilaku mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan (perilaku kekerasan).
- b. Gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran
- c. Isolasi sosial

3. Perencanaan

Rencana tindakan keperawatan terdiri dari tiga aspek yaitu: tujuan kriteria dan rencana tindakan keperawatan. Tujuan berfokus pada penyelesaian permasalahan dari diagnosis tertentu dan dapat dicapai.

Adapun rencana tindakan pada pasien dengan halusinasi pendengaran berdasarkan diagnosis keperawatan tersebut diatas sebagai berikut: yaitu dimulai dengan membina hubungan saling percaya.

a. Bina Hubungan Saling Percaya Pasien (BHSP P)

Tujuan: pasien mampu membina hubungan saling percaya

Kriteria evaluasi : setelah satu kali pertemuan pasien dapat mengungkapkan perasaandan keadaannya saat ini secara verbal.

1) Strategi Pelaksanaan 1Pasien (SP. 1 P)

- a. Salam terapeutik
- b. Perkenalkan diri
- c. Jelaskan tujuan interaksi
- d. Ciptakan lingkungan yang tenang
- e. Buat kontrak yang jelas

f. Yakinkan bahwa kerahasiaan klien senantiasa terjaga

2) Strategi Pelaksanaan. 2 Pasien (SP. 2 P)

a) Evaluasi kegiatan yang lalu

b) Dorong dan berikan kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaan

c) Dengarkan ungkapan pasien dengan empati

d) Lakukan pengkajian data (sesuai format pengkajian)

b. Bina Hubungan Saling Percaya Keluarga (BHSP K)

Tujuan: keluarga mampu membina hubungan saling percaya

Kriteria evaluasi: setelah pertemuan keluarga dapat mengungkapkan perasaannya dan keadaannya pasien saat ini.

1) Strategi Pelaksanaan. 1 Keluarga (SP. 1 K)

a) Salam terapeutik

b) Perkenalkan diri

c) Jelaskan tujuan interaksi

d) Ciptakan lingkungan yang tenang

e) Buat kontrak yang jelas

f) Tanyakan harapan terhadap pertemuan

g) Tepati waktu

2) Strategi Pelaksanaan 2 keluarga (SP. 2 K)

a) Evaluasi kegiatan yang lalu (SP. 1 K)

b) Kaji keadaan pasien di rumah

c. Diagnosis I : Resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan (perlaku kekerasan)

1) Rencana tindakan pada pasien

Tujuan:

- a) Mengidentifikasi penyebab dan tanda perilaku kekerasan
- b) Menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan
- c) Menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang pernah dilakukan
- d) Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan
- e) Mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, sosial/verbal, spiritual dan patuh minum obat.
- f) Kriteria evaluasi

Setelah pertemuan pasien dapat menyebutkan penyebab tanda gejala dan akibat serta mampu memperagakan cara fisik ke 1 untuk mengontrol perilaku kekerasan.

(1) Strategi Pelaksanaan. I Pasien (SP. 1 P)

- (a) Identifikasi penyebab, tanda, dan gejala serta akibat perilaku kekerasan
- (b) Latih cara fisik ke-I (Tarik nafas dalam)

(c) Masukkan dalam jadwal kegiatan pasien

Setelah pertemuan pasien mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan dan mampu memperagakan cara fisik yang ke-2 untuk mengontrol perilaku kekerasan.

(2) Strategi Pelaksanaan. 2 Pasien (SP.2 P)

(a) Evaluasi kegiatan yang lalu (SP. 1 P)

(b) Latih cara fisik ke-2 pukul kasur/ bantal

(c) Masukkan dalam jadwal kegiatan pasien

Setelah pertemuan pasien mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan dan mampu memperagakan cara sosial verbal untuk mengontrol perilaku kekerasan.

(3) Strategi Pelaksanaan. 3 Pasien (SP.3 P)

(a) Evaluasi kegiatan yang lalu (SP. 1 P dan SP. 2 P)

(b) Latih secara sosial/ verbal

1.1 Menolak dengan baik

1.2 Meminta dengan baik

1.3 Mengungkapkan dengan baik

(c) Masukkan dalam jadwal kegiatan pasien

Setelah pertemuan pasien mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan dan mampu memperagakan secara sepiritual.

(4) Strategi Pelaksanaan. 4 Pasien (SP. 4 P)

(a) Evaluasi kegiatan yang lalu (SP. 1 P, SP. 2 P dan SP. 3 P)

(b) Latih secara spiritual: (Sholat/ Berdo'a)

(c) Masukan dalam jadwal kegiatan pasien

Setelah pertemuan pasien mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan dan mampu memperagakan cara patuh minum obat.

(5) Strategi Pelaksanaan. 5 Pasien (SP. 5 P)

(a) Evaluasi kegiatan yang lalu (SP. 1 P, SP. 2 P, SP. 3 P dan SP, 4 P)

(b) Latihan patuh minum obat yaitu minum obat secara teratur dengan memakai prinsip 5 Benar serta buat jadwal minum obat.

(c) Masukkan datam jadwal kegiatan pasien

2) Rencana tindakan keperawatan pada keluarga

Tujuan Keluarga mampu:

- a) Mengenal masalah perilaku kekerasan
- b) Merawat pasien dengan benar

Kriteria evaluasi

Setelah pertemuan keluarga dapat menyebut penyebab, tanda, gejala akibat dan cara merawat pasien serta mampu memperagakan cara merawat.

(1) Strategi Pelaksanaan. Keluarga (SP. 1 K)

- (a) Identifikasi masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
- (b) Jelaskan tentang masalah perilaku kekerasan yaitu penyebab, akibat dan cara merawat pasien
- (c) Latihan (simulasi) 2 cara merawat
- (d) Susun RTL keluarga untuk merawat pasien

Setelah pertemuan keluarga dapat menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan dan mampu berlatih langsung ke pasien serta dapat membuat rencana tindak lanjut.

(2) Strategi Pelaksanaan. 2 Keluarga (SP. 2 K)

- (a) Evaluasi kegiatan yang telah dilakukan (SP. 1 K)
- (b) Latih langsung ke pasien
- (c) Setelah pertemuan keluarga dapat menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan dan mampu

memperagakan cara merawat serta dapat membuat rencana tindak lanjut.

(3) Strategi Pelaksanaan. 3 Keluarga (SP. 3 K)

- (a) Evaluasi kegiatan yang talu (SP. 1 K dan SP. 2 K)
 - (b) Latih (simulasi) 2 cara lain untuk merawat pasien
 - (c) Susun Rencana tindak lanjut keluarga untuk merawat
- Setelah pertemuan keluarga
mampumelaksanakan follow up dan rujukan serta
mampumenyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan

(4) Strateegi Pelaksanaan. 4 Keluarga (SP. 4 K)

- (a) Evaluasi kegiatan yang lalu (SP. 1 K, SP. 2 K, dan SP. 3 K)
- (b) Latih langsung ke pasien
- (c) Susun Rencana tindak lanjut keluarga untuk
- (d) Rencanakan *Follow up*

d. Diagnosis II Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi

1) Rencana Tindakan keperawatan kepada pasien

Tujuan Pasien mampu

- a) Mengenati halusinasi yang dialaminya.
- b) Mengontrol halusinasinya.
- c) Mengikuti program pengobatan secara optimal

Kriteria evaluasi

Setelah kali pertemuan pasien dapat menyebutkan isi, waktu, frekuensi, situasi, pencetus, perasaan dan mampu memperagakan cara mengontrol halusinasinya

(1) Strategi Pelaksanaan. 1 Pasien (SP. 1 P)

(a) Bantu pasien mengenal halusinasinya

1.1 Isi

1.2 Waktu terjadinya

1.3 Frekwensi

1.4 Situasi pencetus

1.5 Perasaan saat terjadi halusinasi

(b) Latih cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halusinasi, tahapan tindakannya meliputi:

1.1 Jelaskan cara menghardik halusinasi

1.2 Peragakan cara menghardik

1.3 Minta pasien memperagakan ulang

1.4 Pantau penerapan cara ini, beri penguatan perilaku pasien

1.5 Masukkan dalam jadwal kegiatan

Setelah pertemuan pasien dapat menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan dan mampu

memperagakan bercakap-cakap dengan orang lain.

(2) Strategi Pelaksanaan. 2 Pasien (SP. 2 P)

- (a) Evaluasi kegiatan yang lalu (SP. 1 P)
- (b) Latih berbicara/ bercakap-cakap dengan orang lain saat halusinasi muncul
- (c) Masukkan dalam jadwal kegiatan

Setelah pertemuan pasien mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan dan mampu membuat jadwal kegiatan sehari-hari serta mampu memperagakannya.

(3) Strategi Pelaksanaan. 3 Pasien (SP. 3 P)

- (a) Evaluasi kegiatan yang lalu (SP, 1 P dan SP. 2 P)
- (b) Latih melakukan jadwal agar halusinasi tidak muncul, tahapannya:

- 1.1 Jelaskan pentingnya aktivitas yang teratur/ mengatasi halusinasi
- 1.2 Diskusikan aktivitas yang dilakukan pasien
- 1.3 Latih pasien melakukan aktivitas
- 1.4 Susun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih dari bangun sampai tidur malam

1.5 Pantau pelaksanaan jadwal kegiatan,
berikan pujian terhadap perilaku pasien
yang positif

(c) Masukkan dalam jadwal kegiatan pasien

Setelah pertemuan pasien mampu menyebutkan
kegiatan yang sudah dilakukan dan mampu
menyebutkan manfaat dari program pengobatan.

(4) Strategi Pelaksanaan 4 Pasien (SP. 4 P)

(a) Evaluasi kegiatan yang lalu (SP. 1 P, SP. 2 P, dan
SP. 3 P)

(b) Tanyakan program pengobatan

(c) Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada
penderita gangguan jiwa

(d) Jelaskan akibat bila tidak digunakan sesuai program

(e) Jelaskan akibat dari putus obat

(f) Jelaskan cara mendapatkan obat/ berobat

(g) Jelaskan pengobatan (5B)

(h) Latih pasien minum obat

(i) Masukkan dalam jadwal kegiatan harian pasien

2) Rencana tindakan keperawatan pada keluarga

Tujuan

- a) Keluarga mampu merawat pasien dengan halusinasi dirumah
- b) Menjadi sistem pendukung yang efektif bagi pasien.

Kriteria Evaluasi

Setelah pertemuan keluarga mampu menjelaskan tentang Halusinasi

(1) Strategi Pelaksanaan. I Keluarga (SP. 1 K)

- (a) Identifikasi masalah dalam merawat pasien
- (b) Jelaskan tentang:
 - 1.1 Pengertian tentang halusinasi
 - 1.2 Jenis halusinasi yang dialami pasien
 - 1.3 Tanda dan gejala halusinasi
 - 1.4 Cara merawat pasien halusinasi (cara berkomunikasi, pemberian obat dan pemberian aktivitas kepada pasien)
- (c) Sumber-sumber pelayanan kesehatan yang biasadijangkau
- (d) Bermain peran cara merawat pasien
- (e) Rencana tindak lanjut keluarga dan jadwal keluarga untuk merawat pasien

Setelah kali pertemuan keluarga mampu menyebutkan kegiatan yang dilakukan dan mampu

memperagakan cara merawat pasien serta mampu
membuat rencana tindak lanjut/ jadwal keluarga

(2) Strategi Pelaksanaan. 2 Keluarga (SP. 2 K)

(a) Evaluasi kegiatanyang lalu (SP.1 K)

(b) Latih keluarga merawat pasien

(c) Susun rencana tindak lanjut/ jadwal keluarga untuk
merawat pasien

Setelah pertemuan keluarga mampu menyebutkan
kegiatan yang sudah dilakukan dan mampu
melaksanakan *follow up* rujukan.

(3) Strategi Pelaksanaan. 3 Keluarga (SP. 3 K)

(a) Evaluasi kemampuan keluarga.

(b) Evaluasi kemampuan pasien.

(c) Rencanakan follow up secara berkala.

e. Diagnosis III : Isolasi sosial

1) Rencana tindakan keperawatan pada pasien

Tujuan Pasien mampu

a) Menyadari penyebab isolasi sosial

b) Berinteraksi dengan orang lain

Kriteria evaluasi

Mengenal penyebab isolasi sosial

(1) Strategi Pelaksanaan. 1 Pasien (SP. 1 P)

(a) Bantu pasien mengidentifikasi penyebab isolasi sosial

1.1 Siapa yang satu rumah dengan pasien

1.2 Siapa yang dekat dengan pasien? Apa sebabnya?

1.3 Siapa yang tidak dekat dengan pasien? Apa sebabnya?

(b) Tanyakan keuntungan dan kerugian berinteraksi dengan orang lain

1.1 Tanyakan pendapat pasien tentang kebiasaan berinteraksi dengan orang lain

1.2 Tanyakan apa yang menyebabkan pasien tidak ingin berinteraksi dengan orang lain

1.3 Diskusikan keuntungan bila pasien hanya mengurung diri dan tidak mau bergaul akrab dengan mereka

1.4 Diskusikan kerugian bila pasien hanya mengurung diri dan tidak mau bergaul dengan orang lain

1.5 Jelaskan pengaruh isolasi sosial terhadap kesehatan fisik pasien

(c) Latih pasien berkenalan dengan orang lain

(2) Strategi Pelaksanaan. 2 Pasien (SP. 2 P)

- (a) Evaluasi kegiatan yang lalu
- (b) Latih berkenalan dengan 1 orang pasien
- (c) Masukkan dalam jadwal kegiatan harian pasien

Setelah pertemuan pasien dapat melakukan interaksi dengan orang lain secara bertahap(dengan 2 orang pasien atau lebih)

(3) Strategi Pelaksanaan. 3 Pasien (SP. 3 P)

- (a) Evaluasi kegiatan yang lalu (SP. 1, SP. 2)
- (b) Latih cara berkenalan dengan 2 orang pasien atau lebih
- (c) Masukkan dalam jadwal kegiatan pasien

2) Rencana tindakan pada keluarga

Tujuan

- a) Keluarga mampu merawat pasien dengan isolasi sosial
- b) Menjadi sistim pendukung yang efektif bagi pasien

Kriteria evaluasi

Setelah kali pertemuan keluarga mampu menjelaskan tentang: pengertian isolasi sosial, tanda dan gejala isolasi sosial, penyebab isolasi sosial, dampak isolasi sosial bagi pasien, cara merawat pasien isolasi sosial, sikap keluarga untuk membantu pasien mengatasi isolasi sosialnya,

pengobatan yang berkelanjutan dan mencegah putus obat, tempatkan rujukan dan fasilitas kesehatan yang tersedia bagi pasien

(1) Strategi Pelaksanaan.I Keluarga (SP. 1 K)

(a) Identifikasi masalah yang dirasakan dalam merawat pasien

(b) Jelaskan tentang

1.1 Pengertian isolasi sosial

1.2 Tanda dan gejala isolasi sosial

1.3 Penyebab isolasi sosial

1.4 Dampak isolasi sosial bagi pasien

1.5 Cara merawat pasien isolasi sosial (cara berkomunikasi, pemberian obat dan pemberian aktivitas kepada pasien)

(c) sumber-sumber pelayanan kesehatan yang bisa dijangkau

(d) bermain peran cara merawat pasien

(e) rencana tindak lanjut keluarga dan jadwal keluarga untuk merawat pasien

Setelah pertemuan keluarga mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan dan mampu

memperagakan cara merawat pasien serta mampu membuat rencana tindak lanjut/ jadwal keluarga.

(2) Strategi Pelaksanaan 2 Keluarga (SP. 2K)

(a) Evaluasi yang lalu (SP. 1 K)

(b) Latih keluarga merawat pasien

(c) Susun rencana tindak lanjut / jadwal keluarga untuk merawat pasien

Setelah pertemuan keluarga mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan dan mampu memperagakan cara merawat pasien serta mampu membuat rencana tindak lanjut/ jadwal keluarga.

(3) Strategi Pelaksanaan. 3 Keluarga (SP. 3 K)

(a) Evaluasi yang lalu (SP. 1 K dan SP. 2 K)

(b) Latih keluarga merawat pasien

(c) Susun rencana tindak lanjut / jadwal keluarga untuk merawat pasien

4. Implementasi

Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan, pada situasi nyata sering implementasi jauh berbeda dengan rencana hal ini terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis dalam melaksanakan

tindakan-tindakan keperawatan. Perawat juga menilai kembali apakah tindakan aman bagi klien setelah tidak ada hambatan maka tindakan keperawatan, perawat membuat kontak dengan klien yang isinya menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta yang diharapkan dari klien (Keliat, dkk 2006 dalam Kadir 2012).

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 (Keliat, 2006).

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan :

S : Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

O : Respon Objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

A: Analisa ulang atas data subyektif dan obyektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah bam.

P: Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon pasien.

Evaluasi dapat dibagi dua, yaitu evaluasi proses atau formatif dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan, evaluasi hasil atau

sumatif dilakukan dengan membandingkan respons pasien pada tujuan khusus dan umum yang telah ditentukan, (Keliat,2006).

- a. Klien dapat membina hubungan saling percaya
- b. Klien dapat mengenal halusinasinya
- c. Klien dapat mengontrol halusinasinya klien mampu berkenalan dengan orang lain
- d. Klien mampu bercakap-cakap dengan orang lain
- e. Klien mampu menyebutkan manfaat dari program pengobatan

6. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan merupakan unsur penting dalam sistem pelayanan kesehatan, karena adanya dokumentasi yang baik, informasi mengenai keadaan kesehatan pasien dapat diketahui secara berkesinambungan. Disamping itu dokumentasi merupakan dokumen legal tentang pemberian asuhan keperawatan. Secara lebih spesifik, dokumentasi berfungsi sebagai sarana komunikasi antara profesi kesehatan sumber data untuk pemberian asuhan keperawatan, sumber data untuk penelitian, sebagai bahan bukti pertanggungjawaban dan pertanggunggugatan asuhan keperawatan, dan sarana untuk pemantuanasuhan keperawatan.

Dokumentasi dibuat berdasarkan pemecahan masalah pasien, Dokumentasi berdasarkan masalah terdiri dari format pengkajian,

rencana keperawatan, catatan tindakan keperawatan, dan catatan perkembangan pasien (Perry & Potter dalam Kadir, 2012).

BAB III TINJAUAN KASUS

A. Pengertian.....	39
B. Diagnosa Keperawatan.....	45
C. Rencana Keperawatan.....	46
D. Implementasi dan Evaluasi.....	57
E. Evaluasi.....	70

BAB IV PEMBAHASAN

A. Pengkajian.....	72
B. Diagnosis Keperawatan.....	74
C. Perencanaan.....	75
D. Penatalaksanaan.....	76
E. Evaluasi Keperawatan.....	78
F. Dokumentasi.....	78

SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN MUHAMMADIYAH

KALIMANTAN TIMUR

BAB V

PENUTUP

Bab ini mengurai tentang kesimpulan dan saran yang diperoleh dari asuhan keperawatan jiwa pada ibu S yang mengalami gangguan persepsi sensori halusinasi : pendengaran di Ruang Punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur yang telah dilaksanakan selama tiga hari pada tanggal 09 Juni 2016 sampai 11 Juni 2016. Maka penulis membuat kesimpulan berdasarkan hasil pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi sebagai berikut :

A. Kesimpulan

1. Pengkajian

Pengkajian pada ibu pada tanggal 09-11 Juni 2016 maka ditemukan masalah utama pada ibu S yang mengalami gangguan persepsi sensori halusinasi : pendengaran, klien mengatakan mendengar suara-suara yang membuatnya marah-marah dan sangat mengganggu klien.

2. Diagnosis keperawatan

Pada ibu S dengan hasil pengkajian dan selanjutnya dibuat analisa data sehingga ditemukan 3 diagnosis yaitu gangguan persepsi

sensori : halusinasi pendengaran, isolasi sosial, dan risiko perilaku kekerasan (diri sendiri, orang lain, lingkungan).

3. Perencanaan

Perencanaan asuhan keperawatan yang direncanakan pada ibu S sesuai dengan diagnosis keperawatan berdasarkan kondisi dan data yang diperoleh. Untuk gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran, terdiri dari tujuan, kriteria hasil dan empat SP. P, tiga SP. K Untuk diagnosis Isolasi sosial, terdiri dari tujuan, kriteria hasil dan tiga SP. P, tiga SP. K. Untuk diagnosis risiko perilaku kekerasan (diri sendiri, orang lain, lingkungan), terdiri dari tujuan, kriteria hasil dan lima SP. P, tiga SP. K.

4. Pelaksanaan

Tindakan asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan pada ibu S dengan isi sesuai dengan masalah utama gangguan persepsi sensori halusinasi : pendengaran dengan melakukan SP1P (menghardik), SP2P (bercakap-cakap), SP3P (aktivitas terjadwal), dan SP4P (penkes obat). satu kali pertemuan dan tercapai. Resiko perilaku kekerasan pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan dengan melakukan SP1P (latihan tarik nafas dalam), SP2P (Memukul bantal), SP3P (Mengungkapkan secara verbal) dan SP terminasi setiap SP

satu kali pertemuan dan tercapai. Selanjutnya diagnosis ketiga isolasi sosial belum dilaksanakan karena keterbatasan waktu.

5. Evaluasi

Setelah dilaksanakan asuhan keperawatan selama tiga hari, tindakan keperawatan dengan masalah utama Gangguan persepsi sensori halusinasi : pendengaran teratasi sebagian dikarenakan klien masih mendengar suara-suara yang membuatnya marah-marah mengamuk dan sangat mengganggu klien. Sementara diagnosis kedua isolasi sosial teratasi sebagian dikarenakan klien mampu berinteraksi dengan orang lain. Untuk risiko perilaku kekerasan (diri sendiri, orang lain, lingkungan) teratasi sebagian karena klien jika mendengar suara-suara yang membuatnya marah klien akan mengamuk. Dan Isolasi sosial belum dilaksanakan dikarenakan keterbatasan waktu.

6. Dokumentasi

Semua tindakan keperawatan yang telah dilakukan penulis di dokumentasikan sebagai aspek tanggung jawab dan tanggung gugat ke dalam suatu bentuk format pendokumentasian.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas dan melihat pentingnya asuhan keperawatan jiwa, penulis mengajukan beberapa saran yaitu :

1. Institusi pendidikan

Untuk Institusi pendidikan diharapkan hendaknya dapat memperbanyak karya tulis ilmiah yang berhubungan dengan keperawatan jiwa.

2. RSJD Atma Husada Mahakam

Perawat ruangan harus tetap berkolaborasi dengan tim lain agar dapat meningkatkan asuhan keperawatan jiwa di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Samarinda dengan cara bekerja sama untuk melakukan strategi pelaksanaan kepada pasien.

3. Perawat

Untuk mempermudah dalam hal yang bersangkutan dengan data klien, hendaknya perawat ruangan lebih melengkapi pengkajian dan mendokumentasikan tindakan yang telah diberikan. Menginformasikan kepada keluarga klien untuk menjenguk klien minimal seminggu sekali. Mengajarkan pada keluarga cara merawat klien dirumah

4. Keluarga

Hendaknya keluarga memberi dukungan dan terlibat aktif dalam proses penyembuhan klien, merawat dirumah dan mengajurkan minum obat teratur.

DAFTAR PUSTAKA

(<http://www.bbc.co.uk>), Risesdas tahun 2013 diakses tanggal 13 Juni 2016.

(<https://yasisbutur.wordpress.com/2012/11/25/63/>), Gangguan Psikologi, diakses 17 Juni 2016.

Azizah, L. M. (2011). *Keperawatan Jiwa (Aplikasi Praktik Klinik)*. Yogyakarta : Graha Ilmu.

Damaiyanti, M. (2012). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung : PT Refika Aditama.

Effendi, Ferry & Makhfudli. (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas : Teori dan Praktif dalam Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.

Keliat, dkk. (2006) *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa*. (edisi lima): Jakarta : EGC.

Perry & Potter, (2006). *Pengertian Dokumentasi Keperawatan* (<http://saliqyusuf.blog.friendster.com/2008/11/dokumentasi-keperawatan/>) diakses pada tanggal 14 Juni 2016.

Stuart, G. W. (2006). *Buku Keperawatan Jiwa Edisi 5*. Jakarta : EGC.

Videbeck, S. L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC.

Yosep, (2009). *Keperawatan Jiwa*. Bandung : PT Refika Aditama.