

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU M. YANG MENGALAMI
HALUSINASI PENDENGARAN DI RUANG PUNAI RUMAH SAKIT JIWA
DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA**

KARYA TULIS ILMIAH



Oleh :

MUHAMMAD ANDRA SETIAWAN

NIM : 1311308210777

**PROGRAM STUDI DIPLOMA 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 *humanistik* individu (Yosep, 2009).

Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi sehat emosional, psikologis, dan sosial yang terlihat dari hubungan interpersonal yang memuaskan, perilaku dan coping yang efektif, konsep diri yang positif, dan kestabilan emosional. Seseorang dikatakan memiliki keseimbangan jiwa jika dapat menjalankan fungsi individual, interpersonal, dan sosial secara berkesinambungan. Adanya ketidakpuasan dengan karakteristik pribadi, hubungan tidak efektif terhadap peristiwa kehidupan atau perilaku menyimpang dari budaya dapat menjadi indikasi suatu gangguan jiwa (Videbeck, 2008).

Menurut Yosep (2009) penyebab umum gangguan jiwa dipengaruhi oleh faktor-faktor yang terus menerus saling mempengaruhi, pertama faktor somatik (somatogenetik) atau organobiologis, kedua faktor-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 stressor dan membantu memperkuat mekanisme pertahanan diri klien agar klien dapat beradaptasi terhadap stressor 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. Berdasarkan 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‰). Walaupun prevalensinya sedang, gangguan jiwa menyebabkan gangguan pada kehidupan sehari – hari, sehingga perlu perawatan, tentang perawatan 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. Gangguan jiwa yang berat dikenal dengan *skizofrenia* Individu tersebut mengalami hambatan dalam melaksanakan fungsi sosialnya, menyendiri cenderung berhalusinasi.

Skizofrenia merupakan suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan dan perilaku aneh yang terganggu (Videbeck, 2008). Gejala yang sering muncul pada *skizofrenia* adalah halusinasi dimana gejala ini mencapai 70% dari seluruh gejala yang ada. 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).

Dari hasil data yang diperoleh di ruang Punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda diperoleh data mengenai jumlah klien dari bulan november 2015 sampai april 2016 di ruang punai terdapat 1.308 masalah keperawatan, dimana masalah keperawatan yang tertinggi adalah halusinasi terdapat 999 (77%) pasien yang mengalami halusinasi, 30 (2%) pasien dengan harga diri rendah, 110 (8%) dengan resiko perilaku kekerasan, 120(9%) pasien dengan difisit perawatan diri, 49 (4%) dengan waham.

Berdasarkan latar belakang tersebut maka penulis tertarik untuk membuat karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Jiwa pada Ibu M yang mengalami gangguan persepsi sensori : 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 M yang mengalami gangguan persepsi sensori: 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 M yang mengalami gangguan perspsi sensori: 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 M yang mengalami gangguan 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 evalusai asuhan keperawatan yang diberikan.
- f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan.

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 dengan masalah utama 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 dengan masalah utama 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 dai 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 M yang mengalami Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di Ruang Punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Pemrov Kaltim yang mencakup pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan dokumentasi keperawatan.

A. Pengertian

Menurut Damaiyanti (2008), 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 (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-1, 2012 dalam Damaiyanti, 2012).

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

- a. Bicara, senyum sendiri dan 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.

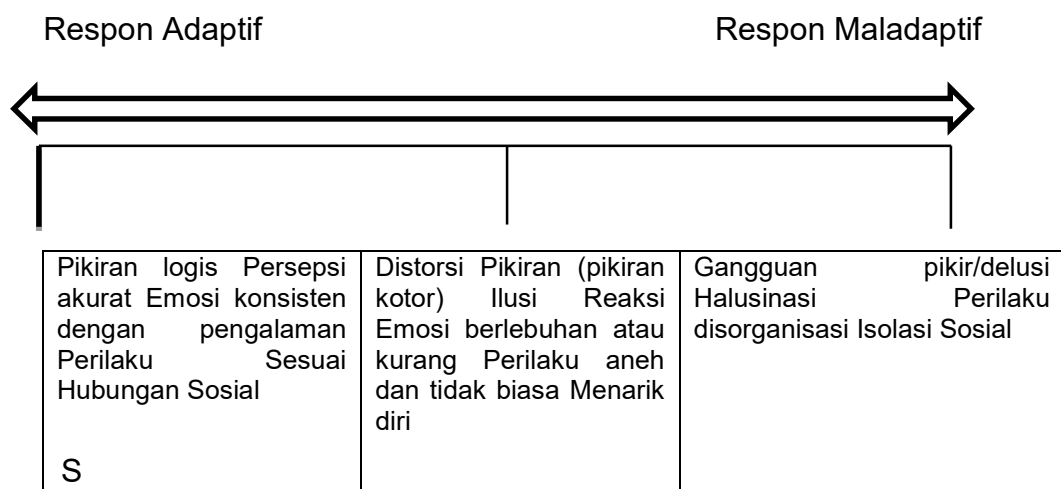
C. Faktor Presipitasi

Stressor Presipitasi adalah stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman atau tuntutan dan memerlukan energi ekstra untuk mengatasinya (faktor yang memperberat/ 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 neurobiologist (Stuart, 2007).

Gambar 2.1 :Rentang respon neurobiologik



umber, (Yosep, 2009).

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) :

Tabel. 2.1 Tahap-tahapan halusinasi

Tahapan Halusinasi	Karakteristik
<p>Stage I : Sleep disorder Fase awal seseorang sebelum muncul halusinasi</p>	<p>Klien merasa banyak masalah, ingin menghindar 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 lamuna-lamunan 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 : Condeming 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 relevan dengan kenyataan.</p>	<p>Klien mencoba melawan suara-suara atau sensori abnormal yang datang. Klien dapat merasakan kespeian bial halusinasinya berakhir. Dari sinilah dimulai fase gangguan psikotik.</p>
<p>Stege V : Conquering Panic Level of Anxiety Klien mengalami gangguan dalam lingkungan</p>	<p>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.</p>

Sumber, (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 coping dan kemampuan coping 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 keuhan 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 kurang, 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/ BABI 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

Diagnosis medis dan terapi medis

l. Daftar masalah keperawatan

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

2. Diagnosis Keperawatan

Pengertian diagnosa keperawatan dikemukakan oleh beberapa ahli sebagai berikut:

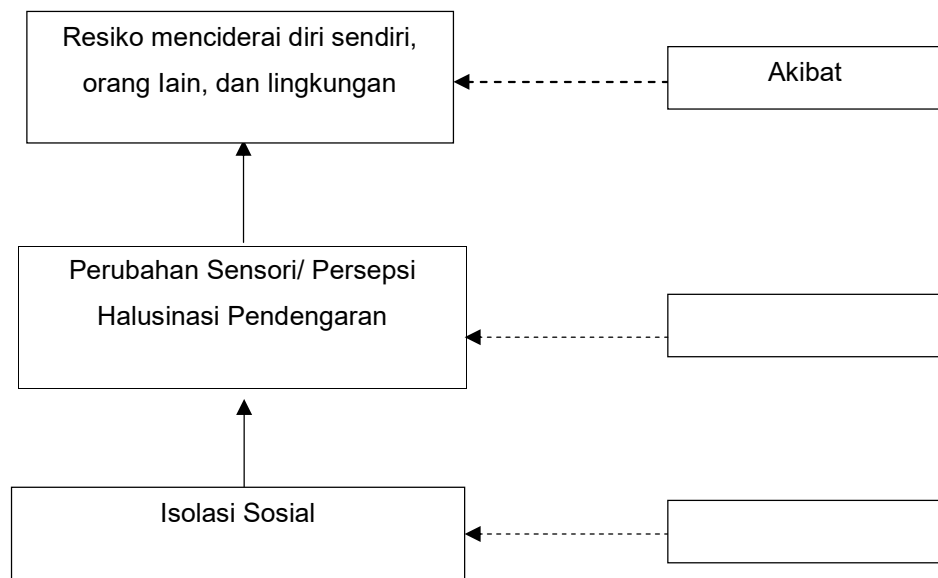
a. Diagnosis keperawatan ialah penilaian klinis tentang respons aktual atau potensial dari individu, keluarga atau masyarakat terhadap masalah kesehatan/proses kehidupan (Carpenito, 1996 dikutip oleh Keliat, 2006).

b. Diagnosis keperawatan ialah masalah kesehatan aktual atau potensial yang mampu diatasi oleh perawat berdasarkan pendidikan dan pengalamannya (Carpenito, dikutip oleh Keliat 2006).

Rumusan diagnosis dapat berupa PE, yaitu permasalahan/ 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, 2005)

Pohon masalah dengan masalah utama halusinasi Pendengaran:



Gambar 2.2 Pohon masalah keperawatan (Keliat, 2006)

Diagnosis keperawatan:

Menurut Iskandar & Damaiyanti Adapun 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 diagnosa 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 dirumah
- c. Diagnosis I : Resiko menciderai diri sendiri, orang lain dan lingkungan (perilaku kekerasan)

1) Rencana tindakan pada pasien

Tujuan :

- a) Menidentifikasi penyebab dan tanda perilaku kekerasan
- b) Menyebut 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, spritual dan patuh minum obat
- f) Kriteria evaluasi

Setelah pertemuan pasien dapat menyebutkan penyebab tanda gejala dan akibat serta mampu memperagakan cara fisik 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 harian

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) Masukkan 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. 2P, 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 dalam 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.1 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 bertahan langsung ke pasien serta dapat membuat rencana tindak lanjut

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

- (a) Evaluasi kegiatan yang lalu (SP. 1 K)
- (b) Latih langsung ke pasien

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 lalu (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 mampu melaksanakan follow up dan rujukan serta mampu menyebutkan 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 pasien

(c) Susun Rencana tindak lanjut keluarga untuk merawat pasien

(d) Rencanakan Follow up

d. Diagnosis II Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi

pendengaran

1) Rencana Tindakan keperawatan kepada pasie

Tujuan Pasien mampu

a) Mengenati halustnasi 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 halusinasi

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

(a) Bantu pasien mengenal halusinasinya

1.1 Isi

1.2 Waktu terjadinya

1.3 Frekwensi

1.4 Situasi pencetus

1.5 Perasaan saat terjadi halusinas

(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

(c) 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) Masukan dalam jadwal kegiatan

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

(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)

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

(a) Tanyakan program pengobatan

(b) Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada penderita
gangguan jiwa

(c) Jelaskan akibat bila tidak digunakan sesuai program

- (d) Jelaskan akibat dari putus obat
- (e) Jelaskan cara mendapatkan obat/ berobat
- (f) Jelaskan pengobatan (5B)
- (g) Latih pasien minum obat
- (h) Masukkan dalam jadwal kegiatan harian pasien

3) Rencana tindakan keperawatan pada keluarga

Tujuan

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

Kriteria evaluasi

Setelah pertemuan keluarga mampu menjelaskan tentang halusinasi.

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

- (a) Identifikasi masalah dalam merawat pasien
- (b) Jelaskan tentang
 - 1.1 Pengeman 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 biasa dijangkau

- (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 kegiatan 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 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

d. 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)

(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 mengurug diri dan tidak mau bergaul akrab dengan mereka

1.4 Diskusikan kerugian bila pasien hanya mengurug 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

- 1.1 Jelaskan pada pasien cara berinteraksi dengan orang lain
- 1.2 Berikan contoh berinteraksi dengan orang lain
- 1.3 Beri kesempatan pasien mempraktekkan cara berinteraksi dengan orang lain dan dipraktikkan dihadapan perawat
- 1.4 Mulailah bantu pasien berinteraksi dengan satu orang perawat
- 1.5 Bila pasien sudah menunjukkan kemajuan tingkatan jumlah interaksi dengan 2, 3, 4 orang dan seterusnya
- 1.6 Beri pujian untuk setiap kemajuan interaksi yang telah dilakukan oleh pasien
- 1.7 Siap mendengarkan ekspresi perasaan pasien setelah berinteraksi dengan orang lain, mungkin pasien akan mengungkapkan keberhasilan atau kegagalannya, beri dorongan terus menerus agar pasien tetap semangat meningkatkan interaksinya. Setelah pertemuan pasien dapat melakukan interaksi dengan orang lain secara bertahap (dengan satu orang pasien)

(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 gejala isoasi 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. I K)

(a)Identifikasi masalah yang dirasakan dalam merawat pasien

(b)Jelaskan tentang

1.1Pengertian isolasi sosial

1.2Tanda 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

F. Implementasi

Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan 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

boleh dilaksanakan. Pada saat akan melaksanakan tindakan keperawatan, perawat membuat kontak dengan klien yang isinya menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta yang diharapkan dari klien (Keliat, Dkk 2006).

G. Evaluasi

Evaluasi adalah proses Yang berkelanjutan untuk menilai efek dari 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 subyektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

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

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

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 mengenali halusinasinya

- c. Klien dapat mengontrol halusinasinya
- d. Klien mampu berkenalan dengan orang lain
- e. Klien mampu bercakap-cakap dengan orang lain
- f. Klien mampu menyebutkan manfaat dari program pengobatan

H. Dokumentasi Keperawatan

Setelah dilakukan tindakan terhadap klien, kegiatan yang telah dilakukan harus dicatat untuk memungkinkan kelanjutan tindakan keperawatan oleh perawat lain, selain itu catatan keperawatan dapat digunakan sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat perawat yang bersangkutan atas tindakan perawatan yang dilakukan. Tujuan dari adanya sistem pencatatan atau pendokumentasian (Marillyn E. Doenges, dkk : 2010), yaitu :

- a. Memfasilitasi kualitas perawatan klien
- b. Memastikan pencatatan tentang kemajuan dengan memperhatikan hasil yang berfokus pada klien atau keluarga.
- c. Memfasilitasi konsistensi interdisiplin dan komunikasi tujuan suatu kemajuan pengobatan.

BAB III TINJAUAN KASUS.....	37
A. Pengkajian.....	37
B. Diagnosis Keperawatan.....	44
C. Perencanaan.....	45
D. Pelaksanaan.....	56
E. Evaluasi.....	67
BAB IV PEMBAHASAN.....	69
A. Pengkajian.....	69
B. Diagnosis Keperawatan.....	71
C. Perencanaan.....	71
D. Pelaksanaan.....	73
E. Evaluasi.....	74

**SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

BAB V

PENUTUP

Kesimpulan

Pada bab ini penulis menguraikan tentang kesimpulan dan saran yang di peroleh dari asuhan keperawatan jiwa pada ibu M dengan masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran di ruang Punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Pemrov Kaltim yang telah dilaksanakan dari tanggal 09 juni 2016 sampai 11 juni 2016.

Berdasarkan uraian dari bab-bab terdahulu, yang telah dibahas maka penulis mencoba menarik kesimpulan sebagai berikut :.

1. Dalam melakukan pengkajian pada Ibu. M dengan masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran didapatkan data antara lain pada saat pasien lagi sendiri siang ataupun malam hari klien mendengar suara-suara yang memerintahnya untuk menghancurkan barang-barang yang ada disekitar klien. Dari observasi yang dilakukan penulis selama tiga hari pada saat sendiri Ibu. M terlihat berbicara sendiri, tertawa sendiri dan suka bernyanyi.
2. Diagnosis keperawatan yang ditemukan pada Ibu. M ada Tiga yaitu : gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran, resiko perilaku kekerasan dan isolasi sosial.

3. Perencanaan keperawatan jiwa pada Ibu. M sesuai dengan diagnosis keperawatan berdasarkan kondisi dan data yang diperoleh. Untuk gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran, terdiri atas satu tujuan, kriteria hasil dan lima SP. Untuk diagnosis resiko perilaku kekerasan terdiri atas satu tujuan, kriteria hasil dan lima SP. Sedangkan untuk diagnosa isolasi sosial terdiri atas dua tujuan, satu kriteria hasil dan tiga SP.
4. Pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan pada Ibu. M dengan masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran . Dan yang berakhir mengenai terminasi dilakukan untuk mengakhiri pertemuan.
5. Evaluasi keperawatan untuk diagnosis keperawatan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran teratasi, empat strategi pelaksanaan tindakan keperawatan (SPTK) tidak tercapai yaitu SPTK mengenai dukungan keluarga dalam mengontrol halusinasi tidak dapat dilakukan karena keluarga klien tidak ada yang menjenguk pada saat pengkajian. Sedangkan untuk diagnosis keperawatan isolasi sosial dan resiko perilaku kekerasan sebagian teratasi dan ada sebagian tindakan yang belum dilakukan karena keterbatasan, sehingga dideglasikan kepada perawat ruangan.
6. Dokumentasi berisi semua tindakan yang dilakukan pada Ibu. M dengan masalah utama gangguan persepsi sensori; halusinasi pendengaran dan dicatat sebagai dokumentasi keperawatan.

Saran

Dari hal-hal yang telah disimpulkan di atas maka saran-saran yang dapat diberikan sebagai berikut :

1. Perawat

Perawat hendaknya benar-benar terapeutik sehingga hubungan saling percaya antara pasien mudah terjalin dan klien mudah terbuka dalam masalahnya.

2. Keluarga

Hendaknya memberikan dukungan dan terlibat aktif dalam proses terapi penyembuhan pasien dan beri pengewtahuan tentang perawatan di rumah dengan cara mengingatkan pasien untuk minum obat dan memberi motivasi agar pasien bisa minum obat tanpa dibantu.

3. Institusi pelayanan RSJ

Perawat ruangan harus tetap berkolaborasi dengan tim lain agar dapat meningkatkan asuhan keperawatan jiwa di Rmah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Pemprov Kaltim dengan cara bekerja sama melakukan strategi pelaksanaan kepada pasien

4. Pendidikan

Adanya literatur-literatur yang tersedia sangat membantu penulis didalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah. Penulis berharap kedepannya tersedia literatur berupa jurnal-jurnal keperawatan jiwa .

DAFTAR PUSTAKA

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

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

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

Keliat, B. A. (2006) Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa. (edisi lima):
Jakarta : EGC

Perry, A. G & Potter, (2006). Pengertian Dokumentasi Keperawatan
Stuart, G. W. (2006). Buku Keperawatan Jiwa Edisi 5. Jakarta : EGC

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

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

Riskesdas (2013). Diambil pada 10 Juni 2016 dari <http://www.bbc.co.uk>,

Dokumentasi keperawatan (2008). Diambil pada 12 Juni 2016 dari <http://saliqyusuf.blog.friendster.com>