

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

KARYA TULIS ILMIAH



Oleh :

**RIZQI MARSELA
NIM : 1311308210794**

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

2016

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut Yosep (2011) Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan kesehatan jiwa bukan hanya tidak ada gangguan jiwa, melainkan mengandung berbagai karakteristik yang positif yang menggambarkan keselarasan dan keseimbangan kejiwaan yang mencerminkan kedewasaan kepribadiannya. Menurut data WHO pada tahun 2012, angka penderita gangguan jiwa mengkhawatirkan secara global, sekitar 450 juta orang yang menderita gangguan jiwa dan sepertiganya terjadi di negara berkembang. Dari 10 penderita gangguan jiwa, 8 diantaranya tidak mendapatkan perawatan (Kemenkes RI, 2012).

Meskipun penderita gangguan jiwa belum bisa disembuhkan 100%, tetapi para penderita gangguan jiwa memiliki hak untuk sembuh dan diperlukan secara manusiawi. UU tentang kesehatan jiwa No.18 Tahun 2014, Bab 1 pasal 3 tentang kesehatan jiwa telah dijelaskan bahwa upaya kesehatan jiwa bertujuan menjamin setiap orang dapat mencapai kualitas hidup yang baik, menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat, bebas dari ketakutan, tekanan

dan gangguan lain yang mengganggu kesehatan jiwa.
(Kemenkes,2014)

Menurut WHO (2006) Menyebutkan bahwa diperkirakan 26 juta penduduk Indonesia mengalami gangguan kejiwaan, dari tingkat ringan hingga berat. Sedangkan menurut data World Health Organization (WHO) (2007), prevelensi klien yang mengalami tekanan psikologis ringan (20-40%), prevalensi klien yang mengalami psikologis sedang sampai berat (30-50%), sedangkan klien yang mengalami gangguan jiwa ringan hingga sedang (Depresidan gangguan kecemasan) yaitu 20%, dan gangguan jiwa berat (Depresi berat, gangguan psikotik) sekitar (3-4%) yang memerlukan penanganan dalam kesehatan jiwa.

Salah satu kesehatan jiwa yang sering terjadi misalnya halusinasi. Halusinasi merupakan tanggapan indera terhadap rangsangan yang datang dari luar, dimana rangsangan tersebut dapat berupa rangsangan penglihatan, penciuman, pendengaran, pengecapan, dan perabaan. Interpretasi terhadap rangsangan yang datang dari luar itu dari luar itu dapat 3 mengalami gangguan sehingga terjadilah salah tafsir (*missing interpretation*). Salah tafsir tersebut terjadi antara lain karena adanya efek yang luar biasa,

seperti marah, takut, sedih, nafsu yang memuncak sehingga terjadi gangguan atau perubahan persepsi (Wahono, 2007).

Berdasarkan hasil laporan data registrasi pasien diruang punai RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda, tercatat bahwa total jumlah pasien rawat inap di rumah sakit jiwa di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda tercatat total jumlah pasien rawat inap 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 untuk Resiko bunuh diri 0%.

Sebagaimana telah diketahui bahwa kebanyakan pasien gangguan jiwa mengalami halusinasi yang merupakan manifestasi dari ketidakmampuan pasien beradaptasi dalam kehidupan dan lingkungan, diakibatkan oleh terjadinya gangguan pada kemampuan kognitif dan psikomotor pasien dalam mengontrol halusinasinya.

Berdasarkan latar belakang diatas, penulis ingin memberikan asuhan keperawatan jiwa khususnya halusinasi pendengaran

dengan pelayanan kesehatan secara holistic dan komunikasi terapeutik dalam meningkatkan kesejahteraan serta mencapai tujuan yang diharapkan. Maka dari itu perlu ditindaklanjuti melalui karya tulis ilmiah yang berjudul “ Asuhan Keperawatan pada ibu S dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi pendengaran diruang punai Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda”.

B. Rumusan Masalah

Adapun masalah yang penulis rumuskan dalam karya tulis ilmiah “Bagaimana Asuhan Keperawatan Jiwa pada Ibu S. Yang mengalami masalah utama gangguan persepsi sensori halusinasi di Ruang Punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Provinsi Kaltim.

C. Tujuan penulisan

Tujuan penulisan terbagi menjadi dua yaitu tujuan umum dan tujuan khusus, yaitu sebagai berikut :

1. Tujuan umum

Memperoleh gambaran umum pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ibu S yang mengalami Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi pendengaran di Ruang Punai Rumah Sakit Daerah Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur.

2. Tujuan khusus

Memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan Jiwa pada klien Ibu S. Yang mengalami masalah utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi pendengaran diRuang Punai Rumah Sakit Atma Husada Mahakam Samarinda, dalam hal :

- a. Melakukan pengkajian.
- b. Merumuskan diagnosis keperawatan.
- c. Membuat perencanaan tindakan.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan.
- e. Membuat evaluasi dari tindakan keperawatan.

D. Metode Penulisan

Penulis menyusun karya tulis ilmiah ini dengan menggunakan metode deskriptif deskriptif. Informasi diperoleh dengan tehnik pengumpulan data yang dipergunakan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah dengan cara :

1. Wawancara

Wawancara dilakukan dengan pasien melalui komunikasi terapeutik untuk mendapatkan respon dari pasien dengan tatp muka.

2. Observasi

Observasi dilakukan dengan mengadakan pengamatan secara visual atau secara langsung kepada pasien.

3. Studi Dokumentasi

Data diperoleh dari dokumentasi yang terdapat pada catatan perawatan pasien, catatan medis, serta catatan perawatan pasien, catatan medis, serta catatan dari tim kesehatan lain.

4. Studi kepustakaan

Pada penulisan karya tulis ilmiah ini, penulis menggunakan studi kepustakaan yang berfungsi untuk mengumpulkan data – data teori yang berhubungan dengan materi karya tulis ilmiah ini, yang terdiri dari buku-buku dan beberapa sumber lain yang menunjang penulisan karya tulis ilmiah ini.

E. Sistematika penulisan

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini disusun secara sistematika yang terdiri dari lima bab. Bab pertama pendahuluan, yang terdiri dari latar Belakang, rumusan masalah, tujuan penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Bab dua tinjauan pustaka, yang terdiri dari pengertian, faktor predisposisi, faktor presipitasi, rentang respon, tanda dan gejala dan asuhan

keperawatan yang mencakup pengkajian, diagnosa keperawatan perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

Bab tiga tinjauan pustaka pada pasien halusinasi pendengaran yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi yang dilakukan terhadap pasien. Bab empat pembahasan, tentang perbedaan dari teori yang ada dengan studi kasus yang dilakukan. Bab lima penutup, yang berisi tentang kesimpulan dan saran-saran dari penulis.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengertian

Halusinasi dapat didefinisikan sebagai terganggunya persepsi sensori seseorang, dimana tidak terdapat stimulus (Varcarolis,2006 dikutip dalam Yosep 2009). Halusinasi adalah kesalahan persepsi yang berasal dari indera (pendengar, penglihatan, peraba, pengecap dan penghidu) (Stuart & Laraia, 2001 dikutip dalam Nurjanah,2008).

Halusinasi adalah salah satu gangguan jiwa dimana pasien mengalami perubahan persepsi sensori merasakan sensori palsu berupa suara. Penglihatan pengecap, perabaan atau penghidu. Pasien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada. Ada beberapa jenis halusinasi yaitu halusinasi pendengaran, halusinasi penglihatan, halusinasi perabaan, halusinasi penghidu, dan halusinasi pengecap (Damayanti, 2008).

Halusinasi adalah suatu persepsi yang salah tanpa dijumpai adanya rangsangan dari luar. Walaupun tampak sebagai sesuatu yang khayal halusinasi sebenarnya merupakan bagian dari kehidupan mental penderita yang terobsesi. Halusinasi dapat terjadi

karena dasar-dasar organik fungsional psikotik maupun histerik (Yosep,2007).

1. Jenis – jenis halusinasi

Ada beberapa jenis halusinasi menurut Yosep (2007).

a. Halusinasi pendengaran (auditif, akustik):

Paling sering dijumpai dapat berupa bunyi mendenging atau suara bising yang tidak mempunyai arti, tetapi lebih sering terdengar sebagai sebuah kata atau kalimat yang bermakna. Biasanya suara tersebut ditunjukkan pada penderita sehingga tidak jarang penderita bertengkar dan berdebat dengan suara-suara tersebut. Suara tersebut dapat dirasakan berasal dari jauh atau dekat, bahkan mungkin datang dari tiap bagian tubuhnya sendiri. Suara bisa menyenangkan, menyuruh berbuat baik, tetapi dapat pula yang berupa ancaman, mengejek, memaki atau bahkan menakutkan dan kadang-kadang mendesak untuk berbuat sesuatu membunuh dan merusak.

b. Halusinasi penglihatan (visual)

Lebih sering dalam keadaan delirium (penyakit organik) biasanya sering muncul bersamaan dengan penurunan

kesadaran, menimbulkan rasa takut akibat gambaran gambaran yang mengerikan.

c. Halusinasi penciuman

Halusinasi ini biasanya berupa penciuman sesuatu bau yang tidak enak melambangkan rasa bersalah pada penderita. Bau dilambangkan sebagai pengalaman yang dianggap penderita sebagai kombinasi moral.

d. Halusinasi pengecapan

Walaupun jarang terjadi, biasanya bersamaan dengan halusinasi penciuman, penderita merasa mengecap sesuatu. Halusinasi gastorik lebih jarang dari halusinasi gustatorik.

e. Halusinasi raba

Merasa diraba, disentuh, ditiup atau seperti ada ulat yang bergerak dibawah kulit terutama pada keadaan delirium toksis dan skizoprenia.

f. Halusinasi seksual.

Penderita merasa diraba dan diperkosa dan sering mengalami waham kebesaran organ – organ.

g. Halusinasi kinestetik

Penderita merasa badannya bergerak – gerak dalam satu ruang atau anggota badannya yang bergerak – gerak.

h. Halusinasi viseral

Timbulnya perasaan tertentu ditubuhnya.

B. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi dari halusinasi (Yosep,2007) adalah

1. Faktor perkembangan

Tugas perkembangan klien yang terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri dan lebih rentan terhadap stress.

2. Faktor sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima

Lingkungan sejak bayi akan merasa disingkirkan, kesepian dan tidak percaya pada lingkungan.

3. Faktor biokimia

Mempunyai pengaruh terhadap gangguan jiwa. Ada stres yang berlebihan yang dialami seseorang maka tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenikneurokimia seperti *buffofenon dan dimethytramfrase (DMP)*.

4. Faktor psikologis

Hal ini berpengaruh dalam pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya. Memilih

kesenangan sesaat dan lari dari alam kenyataan menuju alam hayal.

5. Faktor genetik dan pola asuh

Penelitian menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orang tua skizofrenia cenderung mengalami skizofrenia. Hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh terhadap penyakit.

C. 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 mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus yang diterima oleh otak untuk diinterpretasikan.

2) Stress lingkungan

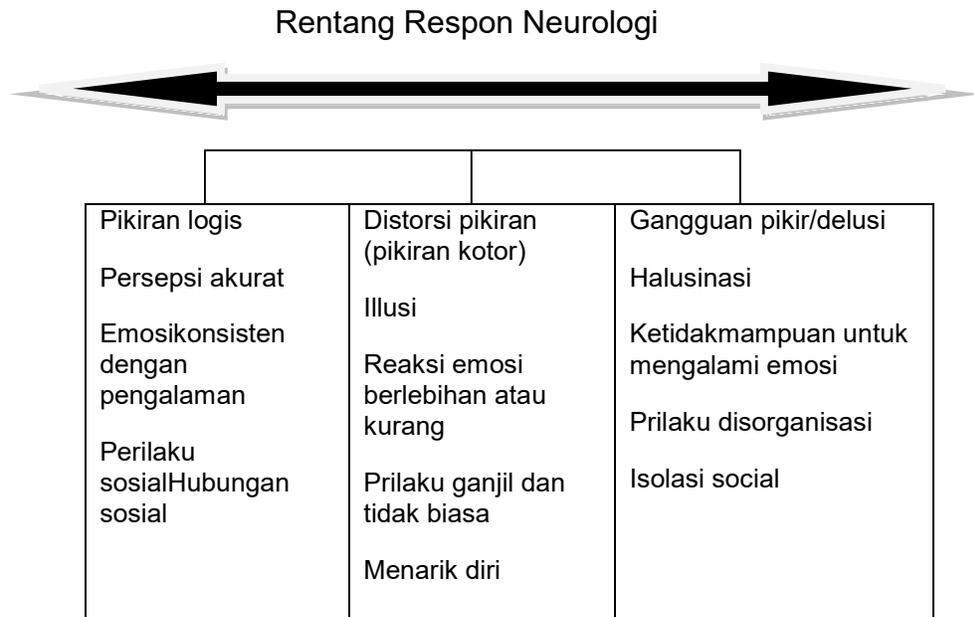
Ambang toleransi terhadap stres yang berinteraksi terhadap stresor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.

3) Sumber koping

Sumber koping mempengaruhi respon individu dalam menanggapi stresor.

D. Rentang respon halusinasi

Menurut Stuart dan Laraia, (2001) halusinasi merupakan salah satu respon maladaptif individu yang berada dalam rentang respon neurologi. Seorang yang sehat mampu mengidentifikasi dan menginterpretasikan stimulus berdasarkan informasi yang didapat dengan menggunakan panca indra yang dimiliki. Sedangkan klien dengan halusinasi mempersepsikan suatu stimulus panca indranya walaupun sebenarnya hal itu tidak ada. Dari kedua rentang respon tersebut terdapat respon yang disebut dengan ilusi yaitu cara seseorang menginterpretasikan suatu stimulus yang didapat dari panca indra dengan cara yang tidak akurat, yang digambarkan dalam rentang respon neurobilogis.



Gambar 2.1 Rentang Respon neurobiologis (Stuart, 2006).

Menurut Yosep (2009), klien yang mengalami gangguan jiwa sebagian besar disertai halusinasi yang meliputi beberapa tahapan antara lain.

Tabel 2.1 Tahapan Halusinasi

| Tahapan Halusinasi | Karakteristik |
|--|---|
| <p>Stage I : Sleep disorder</p> <p>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, terhinati 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 lamunan awal tersebut sebagai pemecahan masalah.</p> |

| | |
|--|--|
| <p>Stage II : comforting</p> <p>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 pengalaman pikiran dan sensorinya dapat dia kontrol bila kecemasannya diatur, dalam tahap ini ada kecenderungan klien merasa nyaman dengan halusinasinya.</p> |
| <p>Stage III : Condemning</p> <p>Secara umum halusinasi sering mendatangi klien</p> | <p>Pengalaman sensori klien menjadi sering datang dan mengalami bias. Klien mulai merasa tidak mampu lagi mengontrol dan mulai berupaya menjaga jarak antara dirinya dengan objek yang dipersepsikan mulai dari menarik diri dengan orang lain dengan intensitas waktu yang lama.</p> |
| <p>Stage IV : controlling severe level of anxiety</p> <p>Fungsi sensori menjadi tidak relevan dengan kenyataan</p> | <p>Klien mencoba melawan suara-suara atau sensori abnormal yang datang. Klien dapat merasakan kesepian bila halusinasinya berakhir. Dari sinilah dimulai fase gangguan psikotik.</p> |
| <p>Stage V : Conquering panic Level of Anxiety</p> <p>Klie mengalami gangguan dalam menilai lingkungannya</p> | <p>Pengalaman sensorinya tergantung, klien mulai terasa terancam dengan datangnya suara-suara terutama bila klien tidak dapat menuruti ancaman atau perihal yang ia dengar dari halusinasinya. Halusinasinya dapat berlangsung selama minimal 4 jam atau sehari bila klien tidak mendapatkan komunikasi terapeutik. Terjadi gangguan psikotik berat.</p> |

Sumber : (Yosep,2009).

Tanda dan gejala halusinasi adalah bicara, senyum dan tertawa sendiri, menarik diri dan menghindari dari orang lain, tidak dapat membedakan antara keadaan nyata dan tidak nyata. Tidak dapat memusatkan perhatian, curiga bermusuhan, merusak (diri

sendiri, orang lain, dan lingkungannya), takut ekspresi muka tegang, mudah tersinggung (Keliat, 2004).

E. Asuhan keperawatan

Asuhan keperawatan diberikan pada klien untuk memecahkan masalah dengan menggunakan proses keperawatan, perawat memakai latar belakang pengetahuan pasien, mediagnosa, merencanakan intervensi keperawatan (Keliat, 2006).

Kemampuan perawat yang diharapkan dalam melakukan pengkajian adalah mempunyai kesadaran / tilik diri (*self awareness*), kemampuan observasi dengan akurat, kemampuan berkomunikasi terapeutik dan senantiasa mampu berpose secara efektif (Struart, 2007).

Tahapan – tahapan dari proses keperawatan tersebut adalah :

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan, atau masalah klien. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Data pengkajian kesehatan jiwa dapat dikelompokkan menjadi faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap

stressor, sumber koping dan kemampuan koping yang dimiliki klien (Stuart & Larai, 2001). Cara ini yang dipakai pada uraian berikut. Cara pengkajian lain berfokus pada 5 (lima) dimensi, yaitu fisik, emosional, intelektual, sosial dan spiritual. Isi pengkajian meliputi (Keliat, 2006):

a. Identitas klien

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

b. Alasan masuk

Gejala yang sering menjadi alasan klien dibawa kerumah sakit jiwa adalah : halusinasi, waham, isolasi sosial, perilaku kekerasan, kerusakan komunikasi. Data dapat diperoleh dari keluarga dengan menanyakan : apa yang terjadi di rumah sakit (klien sering berbicara sendiri, klien mendengarkan suara – suara, klien marah tanpa alasan, klien mengatakan pada suatu yang tidak nyata), apa yang telah dilakukan keluarga terhadap klien, kemana keluarga meminta pertolongan sebelum kerumah sakit.

c. Faktor predisposisi

Aspek biologis : perkembangan dan fungsi otak atau saraf pusat. Aspek psikologi : konflik dan kekerasan dalam

keluarga, pola asuhan 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 dan keluhan fisik.

e. Psikososial

Genogram, konsep diri (citra tubuh, identitas, peran, ideal diri, harga diri). Hubungan sosial (orang terdekat, peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat, hambatan dalam berhubungan dengan orang lain), spiritual (nilai dan keyakinan, kegiatan ibadah).

f. Status mental

Penampilan (tidak rapi, pakaian tidak serasi/tidak cocok berubah dari biasanya) pembicaraan (tidak terorganisir, tidak berhubungan, tidak logis, berbelit-belit) aktivitas dan motorik (meningkat/menurun, impulsif, tremor, tegang, lesu, gelisah). Alam perasaan (sedih dan putus asa disertai apatis), afek (tumpul, datar, tidak sesuai, labil). Interaksi selama wawancara (bermusuhan, tidak kooperatif, mudah tersinggung, kontak mata kurang, curiga, bercakap-cakap

sendiri), persepsi (bicara, senyum, dan tertawa sendiri, menarik diri dan menghindari dari orang lain, tidak dapat membedakan nyata atau tidak nyata, tidak dapat berkonsentrasi, curiga, bermusuhan, ekspresi wajah tegang dan mudah tersinggung), proses pikir (*flight of idea, blocking, pengulangan pembicaraan*), isi pikir (waham, keyakinan klien tidak konsisten dengan tingkat intelektual dan latar belakang budaya klien), tingkat kesadaran (disorientasi waktu, tempat dan orang) daya ingat (gangguan daya ingat jangka panjang/pendek, berulang kali menanyakan waktu), tingkat konsentrasi berhitung (mudah beralih, tidak mampu konsentrasi, tidak mampu berhitung sederhana) daya tilik diri (meningkat penyakit yang diderita, tidak merasa bahwa apa yang dipikirkan dan dirasakan adalah salah).

g. Kebutuhan persiapan pulang

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

h. Mekanisme koping

Bicara dengan orang lain, menghindari dan menciderai orang lain.

i. Masalah psikososial dan lingkungan dukungan kelompok, pendidikan, ekonomi, dan 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.

Masalah psikososial dan lingkungan, masalah berkenaan dengan ekonomi, pekerjaan, pendidikan, dan perumahan, atau permukiman.

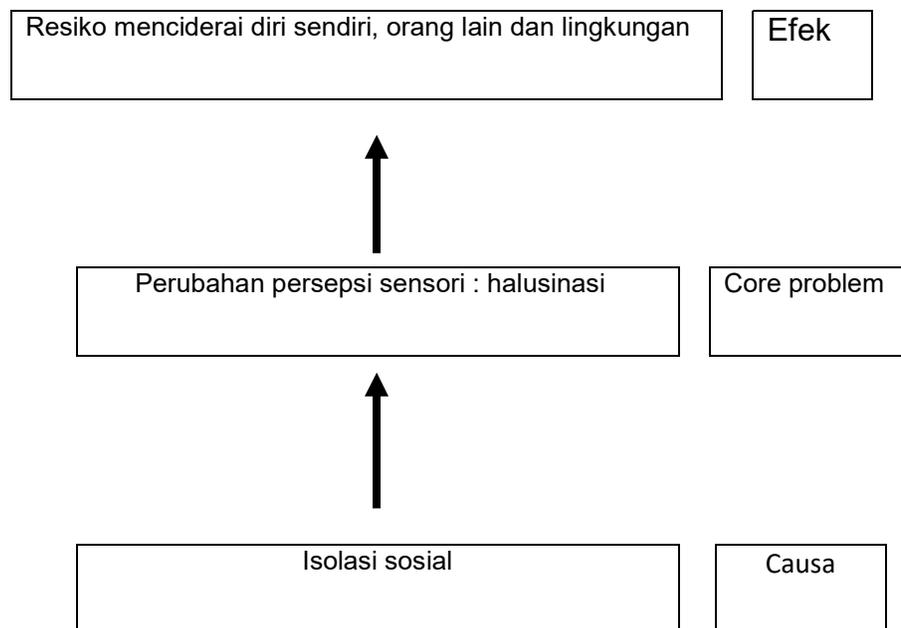
m. Masalah keperawatan

Menurut Keliat (2006) masalah keperawatan yang sering terjadi pada klien halusinasi adalah : Perubahan persepsi sensori: halusinasi pendengaran, resiko menciderai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan, isolasi sosial: menarik diri, Gangguan konsep diri : harga diri rendah, intoleransi aktivitas, defisit perawatan diri.

Klien yang mengalami halusinasi dapat kehilangan kontrol dirinya sehingga bisa membahayakan dirinya sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Hal ini terjadi bila halusinasi

sudah sampai fase empat, dimana klien mengalami panik dan perilakunya dikendalikan oleh isi halusinasi. Masalah yang menyebabkan halusinasi itu adalah harga diri rendah, akibat harga diri rendah, dan kurangnya berhubungan sosial, maka klien menjadi menarik diri dari lingkungan (Keliat, 2006).

Berdasarkan masalah – masalah tersebut, maka dapat disusun pohon masalah sebagai berikut:



Gambar 2.2 Pohon Masalah Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi
(Keliat, 2006).

2. Diagnosis keperawatan

Pengertian diagnosis keperawatan dikemukakan oleh beberapa ahli sebagai berikut :

- a. Diagnosis keperawatan ialah identitas atau penilaian terhadap pola respon klien baik aktual maupun potensial (Carpenito, 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).

Ada beberapa diagnosis keperawatan yang sering ditemukan pada klien dengan halusinasi menurut (Keliat, 2009) yaitu :

- a) Resiko perilaku kekerasan.
- b) Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.
- c) Harga diri rendah kronik.

3. Perencanaan

Perencanaan asuhan keperawatan terdiri dari tiga aspek yaitu :

Tujuan umum, tujuan khusus dan rencana tindakan keperawatan. Tujuan umum berfokus pada penyelesaian permasalahan dari diagnosa tertentu dan dapat dicapai bila serangkaian tujuan khusus telah tercapai (Stuart dan Laraia, 2001).

Adapun rencana tindakan pada pasien dengan masalah utama halusinasi pendengaran berdasarkan diagnosa keperawatan menurut tersebut diatas sebagai berikut (Keliat, 2009) :

Strategi Pelaksanaan 1 Perawat Bina Hubungan Saling Percaya.

Tujuan :

Pasien mampu membina hubungan saling percaya.

Kriteria hasil :

Pasien dapat menerima kehadiran perawat secara verbal dan non verbal : menjawab salam, mau berjabat tangan, duduk berdampingan dengan perawat.

Tindakan keperawatan :

1. Salam terapeutik.
2. Perkenalkan diri.
3. Jelaskan tujuan interaksi.
4. Ciptakan lingkungan yang tenang.
5. Buat kontrak yang jelas.
6. Yakinkan bahwa kerahasiaan pasien senantiasa terjaga.
7. Tanyakan harapan dalam pertemuan.
8. Tepat waktu.

Strategi Pelaksanaan 1 Perawat Resiko Perilaku Kekerasan.

Kriteria Hasil :

Klien dapat mengungkapkan perasaan dan keadaannya saat ini.

Tindakan keperawatan :

1. Evaluasi kegiatan pasien yang lalu (SP1P).
2. Dorong dan beri kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaannya.
3. Dengarkan ungkapan pasien dengan empati.
4. Lakukan pengkajian data (sesuai formatif).

Strategi Pelaksanaan 1 Perawat Resiko Perilaku Kekerasan.

Tujuan :

Pasien mampu mengidentifikasi penyebab dan tanda perilaku kekerasan, menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang dilakukan, menyebutkan akibat perilaku kekerasan yang dilakukan, menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, sosial/verbal, spiritual, psikofarmaka.

Kriteria Hasil :

Pasien dapat menyebutkan penyebab dan tanda dan gejala serta akibat, serta mampu mempraktikkan mengontrol perilaku kekerasan.

Tindakan keperawatan :

1. Identifikasi penyebab perilaku kekerasan.
2. Identifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan.
3. Identifikasi akibat perilaku kekerasan.
4. Identifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan.
5. Sebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan (fisik 1 dan 2).
secara verbal, secara spiritual dan minum obat.

- a) Bantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol secara fisik 1 (menarik nafas dalam).
- b) Anjurkan klien memasukkan kedalam jadwal harian cara mengontrol perilaku kekerasan.

Strategi Pelaksanaan 2 Perawat Resiko Perilaku Kekerasan.

Kriteria Hasil :

Pasien dapat menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan dan mempragakan cara fisik dua untuk mengontrol perilaku kekerasan.

Tindakan keperawatan :

1. Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien (SP 1).
2. Pasien dapat mempraktekkan cara latihan mengontrol secara fisik 2 memukul bantal.
3. Anjurkan pasien memasukkan cara mengontrol perilaku kekerasan kedalam jadwal harian.

Strategi Pelaksanaan 3 Perawat Resiko Perilaku Kekerasan.

Kriteria Hasil:

Pasien dapat menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan dan mampu memperagakan cara sosial/verbal untuk perilaku kekerasan.

Tindakan keperawatan:

1. Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien (SP 1 dan SP 2).
2. Bantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol PK secara verbal : menolak dengan baik, meminta dengan baik, dan mengungkapkan dengan baik.
3. Anjurkan pasien memasukkan cara mengontrol perilaku kekerasan ke dalam jadwal harian.

Strategi Pelaksanaan 4 perawat Resiko Perilaku Kekerasan

Kriteria Hasil :

Pasien dapat menyebutkan kegiatan yang sudah ada dan mampu memperagakan cara spiritual.

Tindakan keperawatan:

1. Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien (SP 1, SP 2, dan SP 3).
2. Bantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol PK secara spiritual dengan sholat dan berdoa.
3. Anjurkan pasien memasukkan cara mngontrol perilaku kekerasan kedalam jadwal harian.

Strategi Pelaksanaan 5 Perawat Resiko Perilaku Kekerasan.

Kriteria Hasil :

Pasien dapat menyebutkan kegiatan yang sudah ada dan mampu mempragakan cara minum obat.

Tindakan keperawatan :

1. Evaluasi jadwal kegiatan pasien (SP 1, SP 2, SP 3, SP 4).
2. Bantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol PK dengan cara minum obat secara teratur. Jelaskan pentingnya obat, jelaskan akibat bila minum obat tidak sesuai program, jelaskan bila akibat putus obat, jelaskan cara mendapatkan obat / berobat dan jelaskan program prinsip 5B.
3. Anjurkan pasien memasukkan cara mengontrol perilaku kekerasan minum obat kedalam jadwal harian.

Strategi Pelaksanaan 1 Perawat halusinasi

Tujuan :

Pasien mengenali halusinasi yang dialami, mengontrol halusinasi, dan mengikuti program pengobatan secara optimal.

Kriteria Hasil :

Pasien mampu mengenali halusinasi dengan menyebutkan isi, waktu, frekuensi, faktor pencetus, perasaan dan respon saat halusinasi timbul dan dapat memperagakan menghardik.

Tindakan keperawatan :

1. Bantu klien mengenali halusinasinya :
 - a. Isi halusinasi klien.
 - b. Jenis halusinasi klien.
 - c. Waktu terjadinya halusinasi pada klien.
 - d. Frekuensi terjadinya halusinasi pada klien.
 - e. Situasi atau penyebab yang menimbulkan halusinasi pada klien.
 - f. Perasaan atau respon saat terjadi halusinasi.
2. Sebutkan cara mengontrol halusinasi (menghardik, berbincang-bincang, aktifitas dan minum obat).

3. Latih klien menghardik halusinasi dengan tahapan :
 - a. Jelaskan cara menghardik halusinasi.
 - b. Peragakan cara menghardik.
 - c. Minta klien memperagakan ulang.
 - d. Pantau klien mempraktekkan dan beri penguatan.
 - e. Anjurkan klien memasukkan cara menghardik kedalam jadwal kegiatan harian.

Strategi Pelaksanaan 2 halusinasi:

Kriteria Hasil :

Pasien dapat menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan yaitu cara menghardik dan pasien dapat memperagakan cara bercakap-cakap dengan orang lain.

Tindakan keperawatan :

1. Evaluasi kegiatan klien yang lalu tentang kemampuan klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik (SP1).
2. Latih klien bila halusinasi timbul, klien dapat berbicara/bercakap-cakap dengan orang lain.

3. Anjurkan klien memasukkan cara berbincang – bincang dengan orang lain kedalam kegiatan harian pasien.

Strategi Pelaksanaan 3 halusinasi.

Kriteria Hasil :

Pasien dapat menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan yaitu cara menghardik dan bercakap – cakap dan pasien dapat membuat dan melakukan aktivitas sesuai dengan kegiatan harian yang telah dibuat.

Tindakan keperawatan :

1. Evaluasi kegiatan klien yang lalu tentang kemampuan klien mengontrol halusinasi dengan dengan cara menghardik dan berbincang – bincang dengan orang lain (SP1 dan SP2).
2. Latih klien melakukan kegiatan harian agar halusinasinya tidak muncul dengan tahapan :
 - a. Jelaskan pentingnya aktifitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi.
 - b. Diskusikan aktifitas yang biasa dilakukan klien.

- c. Susun jadwal aktifitas sehari – hari sesuai dengan jadwal aktifitas mulai dari bangun tidur hingga tidur malam.
3. Anjurkan klien agar melakukan jadwal kegiatan harian sesuai dengan jadwal.

Strategi Pelaksanaan 4 Perawat halusinasi :

Kriteria Hasil :

Pasien dapat menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan yaitu cara menghardik, bercakap – cakap dan melakukan aktivitas sehari – hari sesuai jadwal harian yang telah dibuat.

Tindakan keperawatan :

1. Evaluasi kegiatan klien yang lalu yaitu cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, berbincang – bincang dengan orang lain dan melakukan aktifitas harian sesuai jadwal (SP1, SP2, dan SP3).
2. Berikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur.

- a. Jelaskan pentingnya minum obat.
 - b. Jelaskan akibat bila minum obat tidak sesuai program.
 - c. Jelaskan akibat bila putus obat.
 - d. Jelaskan cara mendapatkan obat/berobat.
 - e. Jelaskan program pengobatan dengan prinsip 5B.
 - f. Latih klien minum obat.
3. Anjurkan klien agar memasukkan jadwal minum obat dalam jadwal kegiatan harian klien.

Strategi Pelaksanaan 1 Isolasi sosial

Tujuan : pasien mampu berinteraksi dengan orang lain secara mandiri.

Kriteria hasil :

1. Menyadari penyebab isolasi sosial
2. Menyebutkan keuntungan berinteraksi dengan orang lain
3. Menyebutkan kerugian bila tidak berinteraksi dengan orang lain
4. Melakukan latihan cara berkenalan dan kerugian.

Intervensi keperawatan :

1. Identifikasi penyebab isolasi sosial pasien
2. Tanyakan keuntungan berinteraksi dengan orang lain
3. Diskusikan kerugian bila pasien hanya mengurung diri dan tidak bergaul dengan orang lain
4. Latih pasien berkenalan dengan satu orang
5. Anjurkan pasien memasukkan kegiatan latihan berbincang – bincang dengan orang lain kedalam kegiatan harian.

Strategi Pelaksanaan 2 Perawat isolasi sosial

Tujuan : pasien mampu berinteraksi dengan orang lain secara mandiri.

Kriteria hasil : pasien dapat melakukan interaksi dengan orang lain secara bertahap.

Intervensi keperawatan

1. Evaluasi SP 1
2. Latih berhubungan sosial secara bertahap dan berikan pujian atas kemajuan interaksi yang dilakukan pasien.
3. Masukkan dalam kegiatan harian pasien.

Strategi Pelaksanaan 2 Perawat isolasi sosial.

Tujuan : pasien mampu berinteraksi secara mandiri.

Kriteria hasil : pasien dapat melakukan interaksi sosial dengan orang lain secara bertahap

Intervensi keperawatan :

1. Evaluasi SP 1 dan SP 2
2. Latih cara berkenalan dengan orang kedua atau pasien lain dan memberikan pujian atas kemajuan interaksi yang dilakukan.
3. Anjurkan pasien tetap mempertahankan cara berkenalan dalam jadwal kegiatan pasien.

4. Tindakan Keperawatan

Menurut Keliat (2006), tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan dengan memperhatikan dan mengutamakan masalah utama yang aktual dan mengancam integritas klien beserta lingkungannya. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih dibutuhkan dan sesuai dengan kondisi klien saat ini. Hubungan saling percaya antara perawat dengan klien

merupakan dasar utama dalam pelaksanaan tindakan keperawatan.

Perawat juga menilai diri sendiri, apakah mempunyai kemampuan interpersonal, intelektual dan tehnikal yang diperlukan untuk melaksanakan tindakan. Perawat juga menilai kembali apakah tindakan aman bagi klien. Setelah tidak ada hambatan maka tindakan boleh dilaksanakan. Pada saat akan melaksanakan tindakan keperawatan, perawat membuat kontrak dengan klien yang isinya menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta yang diharapkan dari klien. Dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respon klien (Keliat, 2006).

Dalam melakukan tindakan keperawatan pada klien dengan halusinasi pendengaran diperlukan kiat-kiat khusus agar dapat terjalin hubungan yang terapeutik (Keliat, 2006). Adapun kiat – kiat tersebut sebagai berikut :

- a. Observasi klien dari tanda – tanda halusinasi
- b. Hindari menyentuh klien sebelum perawat mengisyaratkan kepadanya bahwa perawat juga tida apa – apa bila diperlakukan seperti itu

- c. Sikap menerima akan mendorong klien untuk menceritakan isi halusinasinya dengan anda
- d. Jangan dukung halusinasi klien
- e. Hubungkan waktu terjadinya halusinasi dengan waktu meningkatkannya ansietas
- f. Alihkan klien dari halusinasinya

Adapun tindakan keperawatan klien halusinasi menurut (Keliat, 2009), yaitu sebagai berikut :

1. Tujuan keperawatan

- a) Klien dapat mengalami halusinasi yang dialaminya.
- b) Klien dapat mengontrol halusinasinya.
- c) Klien mengikuti program pengobatan secara optimal.

2. Tindakan keperawatan

- a) Bantu pasien mengenal halusinasi.
- b) Melatih pasien mengenal halusinasinya.

1) Menghardik halusinasi

- a. Menjelaskan cara menghardik halusinasi.
- b. Memperagakan cara menghardik.
- c. Meminta klien memperagakan ulang.
- d. Memantau penerapan cara, menguatkan perilaku pasien.

- 2) Bercakap – cakap dengan orang lain.
- 3) Melakukan aktivitas yang terjadwal.
 - a. Menjelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi.
 - b. Mendiskusikan aktifitas yang biasa dilakukan pasien.
 - c. Melatih pasien melakukan aktifitas.
 - d. Menyusun jadwal aktifitas sehari – hari sesuai dengan aktifitas yang telah dilatih.
 - e. Memantau pelaksanaan jadwal kegiatan :
memberikan penguatan terhadap perilaku pasien yang positif.
- 4) Minum obat secara teratur.
 - a. Jelaskan kegunaan obat.
 - b. Jelaskan akibat jika putus obat.
 - c. Jelaskan cara mendapatkan obat/berobat.
 - d. Jelaskan cara minum obat dengan cara 5 benar
(benar obat, benar pasien, benar cara, benar waktu dan benar dosis).

F. Evaluasi keperawatan

Evaluasi menurut Keliat (2006), adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien, evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang dilaksanakan.

Evaluasi dapat dibagi dalam dua jenis yaitu evaluasi proses atau formatif yang dilakukan tiap selesai melakukan tindakan keperawatan dan evaluasi hasil atau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan respon klien dengan tujuan yang telah ditentukan.

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP dengan penjelasan sebagai berikut :

- S : Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang diberikan. Dapat diukur dengan menanyakan pertanyaan sederhana terkait dengan tindakan keperawatan seperti “coba ibu sebutkan kembali bagaimana cara mengontrol atau memutuskan halusinasi yang benar ?”.
- O : Respon objektif dari klien terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan. Dapat diukur dengan mengobservasi perilaku klien pada saat tindakan dilakukan.

A : Analisis ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah apakah masalah masih tetap muncul masalah baru atau ada data yang kontradiksi dengan masalah yang ada. Dapat pula membandingkan dengan hasil tujuan.

P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon klien yang terdiri dari tindak lanjut klien dan tindak lanjut perawat. rencana tindak lanjut dapat berupa :

- a) Rencana diteruskan, jika masalah tidak berubah.
- b) Rencana dimodifikasi jika masalah tetap, semua tindakan sudah dijalankan tetapi hasil belum memuaskan.
- c) Rencana dibatalkan jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada serta diagnosa lama diberikan.

Hasil yang diharapkan pada asuhan keperawatan klien dengan halusinasi adalah sebagai berikut (Keliat, 2009) :

1. Klien mampu memutuskan halusinasi dengan berbagai cara yang telah di ajarkan.
2. Klien mampu mengetahui tentang halusinasinya.
3. Meminta bantuan atau partisipasi keluarga.
4. Mampu berhubungan dengan orang lain.

5. Menggunakan obat dengan benar.
6. Keluarga mampu mengidentifikasi gejala halusinasi.
7. Keluarga mampu merawat klien dirumah dan mengetahui tentang cara mengatasi halusinasi serta dapat mendukung kegiatan klien.

BAB III METODELOGI PENELITIAN

| | |
|--------------------------------|----|
| A. Pengkajian | 42 |
| B. Diagnosis Keperawatan | 51 |
| C. Perencanaan Tindakan | 52 |
| D. Tindakan Keperawatan | 68 |
| E. Evaluasi | 82 |

BAB IV PEMBAHASAN

| | |
|-------------------------------|----|
| A. Pengkajian | 80 |
| B. Diagnosa Keperawatan | 82 |
| C. Perencanaan | 84 |
| D. Pelaksanaan | 86 |
| E. Evaluasi | 87 |

**SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Pada bab ini penulis menguraikan tentang kesimpulan dan saran yang diperoleh dari asuhan keperawatan jiwa pada Ibu S yang mengalami masalah utama gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran di Ruang Punai RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur yang telah dilaksanakan dari tanggal 09 Juni 2016 sampai dengan 11 Juni 2016.

Berdasarkan pada bab – bab sebelumnya maka penulis mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Setelah dilakukan pengkajian pada Ibu S pada tanggal 09 Juni 2016 sampai dengan 11 Juni 2016 maka ditemukan masalah utama pada klien dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi pendengaran. Dan ditemukan juga masalah yang lain yaitu klien mengalami masalah Harga Diri Rendah karena klien mengatakan tidak pernah mengikuti kegiatan yang ada dimasyarakat karena merasa malu klien keluar masuk rumah sakit jiwa, dan tidak dapat melakukan kegiatan – kegiatan

seperti yang orang lain lakukan, dan Isolasi Sosial karena klien mengatakan semenjak klien dicerai oleh suaminya klien hanya diam dirumah tidak mau bertemu dengan orang dilingkungan sekitar dan Masalah yang lain ditemukan adalah masalah menciderai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan dilihat dari data – data klien sebelum masuk rumah sakit bahwa klien sering meminta uang dengan tetangga jika tidak diberi uang maka dipukul.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan pada tinjauan pustaka berbeda dengan dengan tinjauan kasus. Adapun diagnosis keperawatan yang ditegakkan pada tinjauan pustaka adalah Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran, isolasi sosial, resiko menciderai diri sendiri sedangkan pada diagnosis kasus adalah Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi pendengaran, harga diri rendah, isolasi sosial, dan resiko menciderai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

3. Perencanaan

Perencanaan menurut tinjauan teori dengan tinjauan kasus tidak ada perbedaan karena rencana keperawatan sudah baku. Sehingga memudahkan dalam menyusun rencana

keperawatan, dimana rencana tindakan terdiri dari menetapkan prioritas masalah, tujuan, kriteria hasil dan rencana tindakan.

4. Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan pada masalah keperawatan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran adalah SP 1 P (menghardik halusinasi), SP 2 P (bercakap – cakap dengan orang lain), SP 3 P (melakukan aktivitas), dan SP 4 P (minum obat). Masalah keperawatan HDR adalah SP 1 P HDR (melakukan aktifitas 1), SP 2 P HDR (melakukan aktifitas 2). Untuk diagnosis isolasi sosial tidak dilakukan karena saat pengkajian pasien lebih mengarah ke harga diri rendah dan keterbatasan waktu penulis, dan untuk diagnosa menciderai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan dalam tingkat stimulus yang rendah, observasi secara ketat perilaku pasien pada kegiatan fisik,

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan untuk diagnosa keperawatan masalah gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran teratasi SP 1 P (menghardik), SP 2 P (bercakap – cakap dengan orang lain), SP 3 P (melakukan aktifitas), SP 4 P (minum obat) tercapai. Untuk diagnosa harga diri rendah teratasi SP 1 P

(melakukan aktifitas 1) teratasi, SP 2 P teratasi. Untuk diagnosis isolasi sosial tidak dilakukan karena saat pengkajian pasien lebih mengarah ke harga diri rendah dan keterbatasan waktu penulis dan untuk diagnosa resiko menciderai diri sendiri, orang lain dan lingkungan tercapai klien tidak menunjukkan perilaku menciderai diri, orang lain dan lingkungan. Untuk SP keluarga tidak dapat dilakukan karena keterbatasan waktu penulis yang hanya tiga hari, dan dari keluarga klien tidak ada berkunjung dan tidak dapat dihubungi.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, penulis menunjukkan beberapa saran untuk menjadi bahan pertimbangan :

1. Perawat dan RSJD Atma Husada Mahakam

Untuk mempermudah dalam hal yang bersangkutan dengan data klien, hendaknya perawat ruangan lebih melengkapi pengkajian dan mendokumentasikan tindakan yang telah diberikan.

2. Keluarga

Keluarga hendaknya memberikan dukungan dan terlibat aktif dalam proses penyembuhan klien, menjenguk klien sebulan

sekali dan keluarga diberi pengetahuan tentang perawatan klien dirumah.

3. Institusi pendidikan

Untuk institusi pendidikan atau akademik keperawatan khususnya perpustakaan diharapkan dapat memperbanyak literatur keperawatan jiwa dan uptodate dengan referansi yang terbaru.

DAFTAR PUSTAKA

Damaiyanti, M. (2008), *Komunikasi Terapeutik dalam praktik Keperawatan*, Bandung : Refika Aditama.

Fritriani, D.R. (2011). *Buku Target Kompetensi Keperawatan Jiwa*. Samarinda : Stikes Muhammadiyah Samarinda.

Mustar, (2008). Diambil tanggal 12 Juli 2012. [http://www.PikiranRakyat.com/survey kesehatan tentang masalah kesehatan jiwa](http://www.PikiranRakyat.com/survey%20kesehatan%20tentang%20masalah%20kesehatan%20jiwa).

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

Keliat, B.A. et all (2009). *Model Praktik Keperawatan Jiwa*, Jakarta; Salemba Medika.

Riskesdas (2013). *Prevalensi Gangguan Jiwa Berat Skizofrenia*. Diambil pada 13 Juni 2016 dari

<http://www.bbc.co.uk>

Stuart, G. W. dan Laraia (2001), *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* seventh edition. Missouri : Mosby.

Stuart, G. W. (2007). *Konsep Dasar Keperawatan Jiwa*. (edisi lima) Jakarta : EGC.

Yosep, I (2007). *Keperawatan Jiwa*, Bandung; Refika Aditama.

Yosep, I (2009). *Keperawatan Jiwa*, edisi Revisi. Bandung : Rafika Aditama.