

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. K DENGAN
MASALAH HALUSINASI DI RUANG 1 (ARIMBI)
DI RSJD Dr. AMINO GONDHOHUTOMO
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

ANISAH
NIM. 893312826

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

2010

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan di depan Tim
Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan
Unissula Semarang pada :

Hari : Sabtu

Tanggal : 5 Juni 2010



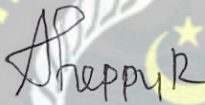
HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Jum'at tanggal 11 Juni 2010 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 11 Juni 2010

Tim Penguji,

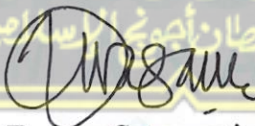
Penguji I



(Hj. Dwi Heppy Rochmawati, S.Kep., Ns.)

NIK. 210 998 006

Penguji II



(Wahyu Endang Setyowati, SKM.)

NIK . 210 998 004

Penguji III



(Ade Irmawati, S.Kep., Ns.)

NIK. 210 909 015

MOTTO

Sesungguhnya pada siang hari engkau sibuk dengan urusan-urusan yang panjang dan sebutlah nama tuhanmu, dan beribadahlah kepada-Nya dengan sepuh hati

(Qs. Al-Muzzammil)

Barang siapa yang berbuat kebaikan mendapatkan balasan sepuluh kali lipat amal-nya. Dan barang siapa berbuat kejahatan dibalas seimbang dengan kejahatannya. Mereka sedikitpun tidak dirugikan.

(Qs. Al-Anam)

Hidup memang butuh pengorbanan dan perjuangan untuk meraih semua mimpi yang kita capai tapi banyak rintangan yang harus kita hadapi untuk meraih mimpi itu karena hidup bagaikan permainan yang harus dihadapi , kita harus tegar menjalani semua itu karena dengan kegigihan dan semangat yang kuat kita bisa menjalani semua rintangan untuk meraih mimpi yang kita banggakan.

KATA PENGANTAR

Puji syukur senantiasa penulis panjatkan kepada Allah SWT atas Rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan kasus Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ **Asuhan Keperawatan Jiwa dengan klien Perubahan Persepsi Sensori : Halusinasi pada Ny. K. Di ruang 1 (Arimbi) Rumah Sakit Jiwa Daerah dr. Amino Gondhohutomo Semarang**”.

Dalam penyusunan laporan karya Kulis Tulis Ilmiah ini banyak hambatan serta kesulitan yang penulis hadapi. Namun, berkat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak kesulitan pihak penulis akhirnya penulis dapat menyelesaikan laporan kasus ini sesuai waktu yang telah ditentukan

Dengan segala kerendahan hati perkenankanlah penulis menyampaikan rasa terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu dan memberi pengarahan, bimbingan serta semangat kepada penulis, antara lain :

1. Bapak Prof. Dr. Laode M. Kamaluddin, M.Sc., M.Eng, selaku rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Bpk. Iwan Ardian SKM, Selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Bu Wahyu Endang Setyowati SKM. Selaku ketua prodi DIII keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ibu Nutrisia Nu'im Haiya, S.Kep, selaku pembimbing dalam penyusunan laporan Karya Tulis Ilmiah, yang telah membimbing dan memberi masukan kepada penulis.
5. RSJD Dr. Amino Gondhoutomo Semarang terutama di ruang I (Arimbi) yang telah membimbing penulis dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Bapak dan Ibu Dosen yang sangat sabar dalam membimbing penulis selama tiga tahun ini.

7. Bapak dan ibuku tercinta yang selalu memberikan dukungan moril dan spiritual, yang selalu mencurahkan kasih sayangnya, memberikan semangat dan dukungan serta mendoakan penulis selama penulisan dan selalu mengharapkan keberhasilan penulis.
8. Kakakku: Kang Tolib, yang selalu memberikan dukungan, semangat kepada penulis selama penulisan dan mbak bibah, dek Uni yang memberiku semangat.
9. Sobat-sobatku “ Aeni, Kokom, Umi kultsum, Atien yang selalu ada dimanamana dan setia menemani si penulis” buat Nuryadi,Udin, Arif(Acong), Edi(Kojek), Kholil yang telah membantu mencari buku refrensi selama proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Semua temen-temenku seperjuangan angkatan 2007 yang memberi masukan serta dukungan dan juga selalu menghibur dikala penulis sedang stres dalam proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Teman-teman angkatan 2006 “ Mbak Sri, Mas Kafid, yang telah membantu dan berbagi pengalaman selama proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
12. Berbagai pihak yang tidak mungkin penulis sebutkan satu per satu yang telah ikut membantu mendoakan terselesaikanya laporan ini.

Penulis Menyadari bahwa Laporan ini masih jauh dari sempurna. Untuk itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun demi perbaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Harapan penulis, semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi para pembaca dalam meningkatkan pelayanan keperawatan dimasa mendatang.

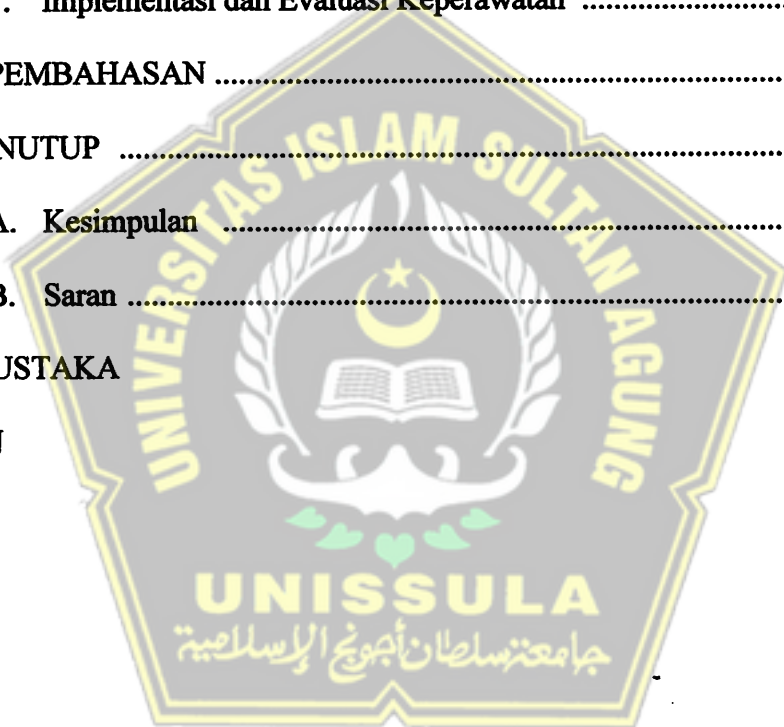
Semarang, Juni 2010

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
MOTTO	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Tujuan Penulisan	4
C. Manfaat Penulisan.....	4
BAB II KONSEP DASAR	6
A. PENGERTIAN	6
1. Rentang respon neurobiologis	7
2. Faktor predisposisi dan presipitasi	7
3. Bentuk – bentuk halusinasi	11
4. Fase – fase halusinasi	13
5. Tanda dan Gejala	14
6. Akibat	15
B. Pohon masalah	15
C. Masalah keperawatan	16
D. Diagnosa keperawatan	16
E. Fokus intervensi	16

BAB III RESUME KEPERAWATAN	21
A. Pengkajian	21
B. Analisa Data	27
C. Pohon Masalah	28
D. Prioritas Diagnosa Keperawatan	29
E. Intervensi keperawatan	29
F. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	32
BAB IV PEMBAHASAN	36
BAB V PENUTUP	46
A. Kesimpulan	46
B. Saran	47
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang masalah

Keperawatan jiwa adalah membantu klien untuk dapat menyelesaikan masalah sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya (Keliat, 2005 : 3).

Dalam pandangan Psikologi Naturalistik, persepsi selalu didahului adanya impresi sensoris/sensasi (adanya sinyal benda) kemudian diterima oleh lapangan persepsi yang tak terhingga dan tak teraktualisasikan, selanjutnya terjadi asosiasi dengan kesadaran untuk kemudian digabung dengan impresi – impresi dan persepsi – persepsi terdahulu sehingga menghasilkan pengenalan (Baihaqi, 2005 : 64).

Skizofrenia merupakan gangguan psikotik yang paling sering; hamper 1% penduduk dunia menderita psikotik selama hidup mereka dan di Amerika Serikat, penderita psikotik lebih dari dua juta orang. Skizofrenia lebih sering terjadi pada populasi urban dan pada kelompok sosial ekonomi rendah. Hal ini mungkin disebabkan oleh suatu “kecenderungan terpuruk” (missal, orang – orang pengangguran yang tidak fungsional, berakhir pada lingkungan pinggiran). Lingkungan yang buruk tidak “menyebabkan” gangguan ini, meskipun demikian, lingkungan yang buruk dapat menyebabkan penyakit sulit dikendalikan (David A. Tomb. 2002 : 24).

Gangguan skizofrenia adalah sekelompok reaksi psikotik yang memengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk berfikir dan berkomunikasi, menerima, dan menginterpretasikan realitas, merasakan dan

menunjukkan emosi, dan berperilaku dengan sikap yang dapat diterima secara sosial (Isaacs, 2005 : 151).

Di rumah sakit jiwa Indonesia, sekitar 70% halusinasi yang dialami oleh pasien gangguan jiwa adalah halusinasi suara, 20% halusinasi penglihatan, dan 10% adalah halusinasi penghidu, pengecapan, dan perabaan (Yosep, 2009 : 220).

Berdasarkan Undang-Undang No.3 Tahun 1966 tentang kesehatan jiwa, terjadi “modernisasi” karena upaya kesehatan jiwa dilaksanakan secara komprehensif (promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif), pelayanan ditujukan pada individu dan masyarakat. Melalui program kesehatan jiwa selama pelita I – V, pelayanan kesehatan jiwa menjadi lebih luas. Rumah sakit jiwa menjadi pusat pembinaan sejarah perkembangan keperawatan jiwa di luar negeri kesehatan jiwa masyarakat.

Kesehatan mental/psikologis/jiwa, yaitu secara primer tentang perasaan sejahtera secara subyektif, suatu penilaian diri tentang perasaan seseorang; mencakup area seperti konsep diri tentang kemampuan seseorang, kebugaran dan enersi, perasaan sejahtera, dan kemampuan pengendalian diri internal; indicator mengenai keadaan sehat mental/psikologis/jiwa yang minimal adalah tidak merasa tertekan atau depresi.

Menurut Undang-Undang No.3 Tahun 1966, tentang kesehatan jiwa, kesehatan jiwa adalah suatu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual dan emosional yang optimal dari seseorang dan perkembangan itu berjalan selaras dengan keadaan orang lain. Makna kesehatan jiwa mempunyai sifat-sifat yang harmonis (serasi) dan memperhatikan semua segi-segi dalam kehidupan manusia dan dalam

hubungannya dengan manusia lain. Jadi dapat disimpulkan kesehatan jiwa adalah bagian integral dari kesehatan dan merupakan kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, dan sosial individu secara optimal, dan yang selaras dengan perkembangan dengan orang lain (Suliswati, 2005 : 1-3).

Fenomena sosial yang di hadapi masyarakat dewasa ini atau 5 tahun terakhir, jika kita cermati banyak mengalami kepedihan atau akibat perilaku menyimpang, pertentangan atau konflik sosial, musibah atau bencana alam yang luar biasa dahsyatnya, sehingga banyak diantara penduduk yang mengalami trauma psikologis. Sementara itu di sisi lain dengan adanya ledakan penduduk yang tidak merata karena sulitnya mencari kehidupan layak penduduk melakukan migrasi (urbanisasi) kewilayah yang menjanjikan pendapatan layak secara ekonomi. Kompetisi menjadi simbol dalam struktur sosial, sebab dalam kompetisi memiliki rumus hanya yang berkualitas dan memiliki ketahanan fisik dan sosial yang mampu bertahan dan berkembang dalam masyarakat, sementara yang berkualitas rendah tidak mampu bersaing akan tertinggal dengan berbagai akibat negatif bahkan menjadi sakit jiwa (Fakultas Psikologi. UNISSULA, 2006 : 51).

Dari data tersebut diatas penulis akan memberi alasan tentang manfaat dari memberi asuhan keperawatan pada klien gangguan jiwa dengan masalah perubahan persepsi sensori : halusinasi yaitu supaya klien tidak mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan dan bisa mengerti tentang cara menghardik halusinasi.

B. Tujuan Penulisan

Adapun tujuan dari penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah:

1. Tujuan umum:

Menggambarkan tentang pemberian asuhan keperawatan pada Ny. K dengan masalah perubahan persepsi sensori : halusinasi di ruang 1 (Arimbi) RSJD Dr. Amino Gondhoutomo Semarang.

2. Tujuan Khusus

- a. Menggambarkan asuhan keperawatan yang diberikan pada Ny. K dengan masalah perubahan persepsi sensori : halusinasi di ruang 1 (Arimbi) RSJD Dr. Amino Gondhoutomo Semarang meliputi: pengkajian, analisa data, perumusan diagnosa, implementasi, dan evaluasi.
- b. Membahas kesenjangan yang ada dalam pemberian asuhan keperawatan pada Ny. K dengan masalah perubahan persepsi sensori: halusinasi di ruang 1 (Arimbi) RSJD Dr. Amino Gondhoutomo Semarang.
- c. Menggambarkan faktor pendukung dan penghambat dalam pemberian asuhan keperawatan pada Ny. K dengan masalah perubahan persepsi sensori : halusinasi di ruang 1 (Arimbi) Dr. Amino Gondhoutomo Semarang.

C. Manfaat

1. Bagi penulis

Menambah wawasan dan pengetahuan mengenai pemberian asuhan keperawatan pada klien gangguan jiwa dengan masalah perubahan

persepsi sensori : halusinasi, dengan sarana belajar dalam mengembangkan dan pengetahuan di era globalisasi.

2. Bagi klien dan keluarga

Supaya klien dan keluarga dapat mengenal lebih dalam tentang gangguan perubahan persepsi sensori : halusinasi, serta supaya keluarga dapat memulihkan klien dengan gangguan jiwa dan dapat mendapatkan asuhan keperawatan jiwa secara layak.

3. Bagi institusi pendidikan

Menjadi tambahan wacana dan bahan masukan dalam proses belajar mengajar terhadap pemberian asuhan keperawatan gangguan jiwa dengan masalah perubahan persepsi sensori : halusinasi, serta sebagai bahan pertimbangan evaluasi sejauh mana mahasiswa dapat melakukan asuhan keperawatan jiwa.

4. Bagi lahan praktek/RS

Bagi lahan praktek untuk menambah referensi tentang cara merawat pasien dengan masalah perubahan persepsi sensori : halusinasi dan memberi asuhan keperawatan kepada klien dengan cara komprehensif dan menyeluruh.

BAB II

KONSEP DASAR

A. Pengertian

Halusinasi dapat didefinisikan sebagai terganggunya persepsi sensori seseorang, dimana tidak terdapat stimulus (Yosep, 2009 : 217).

Halusinasi adalah persepsi yang salah atau palsu tetapi tidak ada rangsang yang menimbulkannya (tidak ada objeknya). Misalnya, melihat ada orang yang akan memukul, padahal tidak ada seorang pun di sekitarnya (Baihaqi, 2005 : 70).

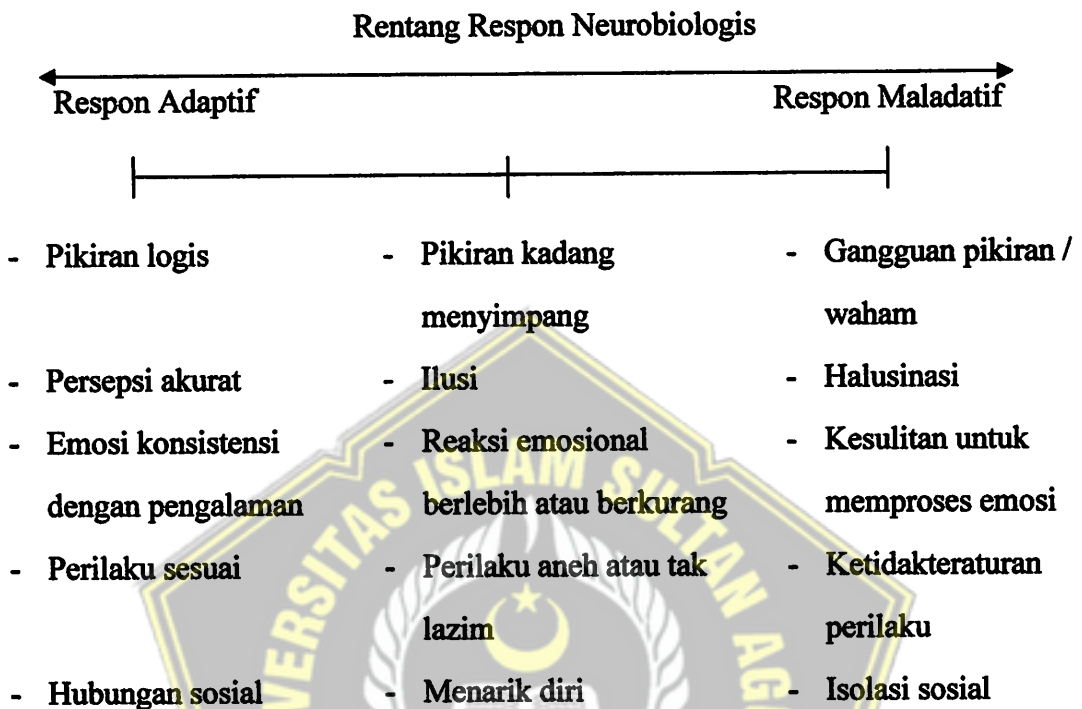
Halusinasi adalah Keadaan ketika individu atau kelompok mengalami atau berisiko mengalami suatu perubahan dalam jumlah, pola, atau interpretasi stimulus yang datang (Carpenito, 2007 : 441).

Halusinasi adalah salah satu gangguan jiwa di mana pasien mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecap, perabaan atau penghidu, pasien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada (Damaiyanti, 2008 : 87).

Dari beberapa pengertian di atas dapat di simpulkan bahwa halusinasi adalah keadaan ketika individu atau kelompok mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecap yang sebetulnya tidak ada.

1. Rentang respon neurobiologis

Rentang respon neurobiologis menurut Stuart (2006) adalah:



2. Faktor predisposisi atau presipitasi

a. Faktor predisposisi

Pendapat Yosep, (2009) tentang faktor yang mungkin mempengaruhi, hal ini meliputi:

- 1) *Faktor perkembangan.* Tugas perkembangan klien yang terganggu misalnya rendahnya control 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 lingkungannya sejak bayi akan merasa disingkirkan, kesepian dan tidak percaya pada lingkungannya.

- 3) *Factor biokimia.* Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia. Akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktivitasnya neurotransmitter otak.
 - 4) *Faktor psikologis.* Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya. Klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam hayal.
 - 5) *Faktor genetic dan pola asuh.* Penelitian menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orang tua skizofrenia cenderung mengalami skizofrenia. Hasil studi menunjukkan bahwa factor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.
- b. Faktor presipitasi
- Faktor presipitasi menurut Fitria, (2009) yaitu stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman, atau tuntutan yang memerlukan energy ekstra untuk menghadapinya. Adanya rangsangan dari lingkungan, seperti partisipasi klien dalam kelompok, terlalu lama tidak dapat diajak berkomunikasi, objek yang ada di lingkungan, dan juga suasana sepi atau terisolasi sering menjadi pencetus terjadinya halusinasi. Hal tersebut dapat meningkatkan stress dan kecemasan yang merangsang tubuh

mengeluarkan zat halusinogenik. Sedangkan menurut Yosep, (2009) adalah perilaku: respon klien terhadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah, dan bingung, perilaku merusak diri, kurang perhatian, tidak mampu mengambil keputusan serta tidak dapat membedakan keadaan nyata dan tidak nyata. Menurut **Rawlins & Heacock, 1993** dari dalam buku Yosep, (2009) mencoba memecahkan masalah halusinasi berlandaskan atas hakikat keberadaan seorang individu sebagai makhluk yang dibangun atas dasar unsur – unsur bio – psiko – sosio – spiritual sehingga halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi yaitu:

1) Dimensi fisik

Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat – obatan, demam hingga delirium, intoksikasi alkohol dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang lama.

2) Dimensi emosional

Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi. Isi dari halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan. Klien tidak sanggup lagi menentang perintah tersebut hingga dengan kondisi tersebut klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

3) Dimensi intelektual

Dalam dimensi intelektual ini menerangkan bahwa individu dengan halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan

fungsi ego. Pada awalnya halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan, namun merupakan suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien dan tak jarang akan mengontrol semua perilaku klien.

4) Dimensi sosial

Klien mengalami gangguan interaksi sosial dan fase awal dan *comforting*, klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Klien lebih asyik dengan halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, control diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata. Isi halusinasi di jadikan system control oleh individu tersebut, sehingga jika perintah halusinasi berupa ancaman, dirinya atau orang lain individu cenderung untuk itu. Oleh karena itu, aspek penting dalam melaksanakan intervensi keperawatan klien dengan mengupayakan suatu proses interaksi yang menimbulkan pengalaman interpersonal yang memuaskan, serta mengusahakan klien tidak menyendiri sehingga klien selalu berinteraksi dengan lingkungannya dan halusinasi tidak berlangsung.

5) Dimensi spiritual

Secara spiritual klien halusinasi mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktivitas ibadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk menyucikan diri. Irama

sirkadiannya terganggu, karena ia sering tidur larut malam dan bangun sangat siang. Saat terbangun merasa hampa dan tidak jelas tujuan hidupnya. Ia sering memaki takdir tetapi lemah dalam menjemput rejeki, menyalahkan lingkungan dan orang lain yang menyebabkan takdirnya memburuk.

3. Bentuk – bentuk halusinasi

Menurut Baihaqi, (2005) halusinasi dibedakan menjadi:

a. Halusinasi Dengar

Halusinasi ini paling sering dialami penderita gangguan mental. Misalnya mendengar suara melengking, mendesir, bisung mungkin juga dalam bentuk kata – kata atau kalimat. Suara itu dirasakan tertuju pada dirinya, sehingga sering penderita terlihat bertengkar atau berbicara (sendiri) dengan suara yang didengarnya. Sumber suara dapat berasal dari bagian tubuhnya sendiri, dari sesuatu yang jauh atau dekat. Kadang berhubungan dengan sesuatu yang mengancam, mencela, memaki, dan sebagainya. Sering juga dirasakan sebagai suruhan yang menakutkan, misalnya menyuruh masuk ke sumur, menyuruh membunuh dan sebagainya.

b. Halusinasi Lihat

Biasanya terjadi bersamaan dengan adanya penurunan kesadaran, paling sering dijumpai pada penderita dengan penyakit otak yang organik. Umumnya halusinasi lihat yang muncul adalah sesuatu yang menakutkan atau mengerikan. Misalnya merasa melihat ular yang besar, sebesar pohon kelapa, dengan bulu – bulu menakutkan, seolah

– olah akan memangsanya (berbentuk), atau melihat kilatan cahaya (tak berbentuk).

c. Halusinasi Cium

Seolah – olah merasa mencium bau tertentu. Misalnya penderita yang tertekan problem yang banyak, ia merasakan bau – bau kemenyan, sampah, kotoran, seperti mengikuti kemana pun dia bergerak.

d. Halusinasi Pengecap

Seolah – olah merasa mengecap sesuatu. Misalnya penderita yang sangat ketakutan, ia merasa lidahnya merasa pahit.

e. Halusinasi Perabaan

Seolah – olah merasa diraba, disentuh, ditiup, disinari, atau ada sesuatu yang bergerak di kulit atau bawah kulitnya (misalnya ulat).

f. Halusinasi Kinestetik

Seolah – olah merasa badannya bergerak dalam sebuah ruang, atau anggota badannya bergerak – gerak tanpa ada hentinya.

g. Halusinasi Visceral

Ada semacam perasaan tertentu dalam tubuhnya.

h. Halusinasi Hipnagogik

Ada kalanya terjadi pada orang normal, dimana tepat sebelum ia tidur, persepsi sensorik bekerja salah.

i. Halusinasi Hipnopompik

Halusinasi yang terjadi atau dialami tepat sebelum terbangun dari tidurnya.

j. **Halusinasi Histerik**

Timbulnya pada neurosa histerik karena konflik emosional.

k. **Depersonalisasi**

Perasaan aneh tentang dirinya atau perasaan bahwa pribadinya tidak seperti dulu lagi, tidak menuruti kenyataan. Misalnya; penderita merasa di luar badannya atau sesuatu bagian tubuhnya sudah bukan kepunyaannya lagi.

l. **Derealisasi**

Perasaan aneh tentang lingkungannya dan tidak menurut kenyataan, misalnya segala sesuatu dialaminya seperti dalam impian.

4. Fase – fase halusinasi

Fase – fase halusinasi menurut Rasmun (2001) adalah sebagai berikut:

a. **Fase pertama**

Pada tahap ini halusinasi mampu memberikan rasa nyaman pada klien, tingkat kecemasan sedang, secara umum pada tahap ini halusinasi merupakan hal yang menyenangkan bagi klien.

b. **Fase kedua**

Pada tahap ini biasanya klien bersikap menyalahkan dan mengalami tingkat kecemasan berat. Secara umum halusinasi yang ada dapat menyebabkan anipati.

c. **Fase ketiga**

Klien biasanya tidak dapat mengontrol dirinya sendiri, tingkat kecemasan berat, dan halusinasi tidak dapat di tolak lagi.

d. Fase keempat

Klien sudah sangat dikuasai oleh halusinasi dan biasanya klien terlihat panik.

5. Tanda dan Gejala

Halusinasi sering ditemukan adanya tanda dan gejala, menurut Fitria, (2009) tanda dan gejala halusinasi sebagai berikut:

a. Data subjektif:

- 1) Klien mengatakan mendengar sesuatu
- 2) Klien mengatakan melihat bayangan putih
- 3) Klien mengatakan dirinya seperti disengat listrik
- 4) Klien mencium bau – bauan yang tidak sedap, seperti feses
- 5) Klien mengatakan kepalanya melayang di udara
- 6) Klien mengatakan dirinya merasakan ada sesuatu yang berbeda pada dirinya.

b. Data objektif

- 1) Klien terlihat bicara atau tertawa sendiri
- 2) Bersikap seperti mendengarkan sesuatu
- 3) Berhenti bicara di tengah – tengah kalimat untuk mendengarkan sesuatu
- 4) Disorientasi
- 5) Kosentrasi rendah
- 6) Pikiran cepat berubah – ubah
- 7) Kekacauan alur pikiran.

6. Akibat

Menurut Fitria, (2009) mengemukakan tentang akibat dari perubahan persepsi sensori : halusinasi dapat beresiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.

Seseorang yang dapat beresiko melakukan perilaku kekerasan pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan dapat menunjukkan perilaku sebagai berikut:

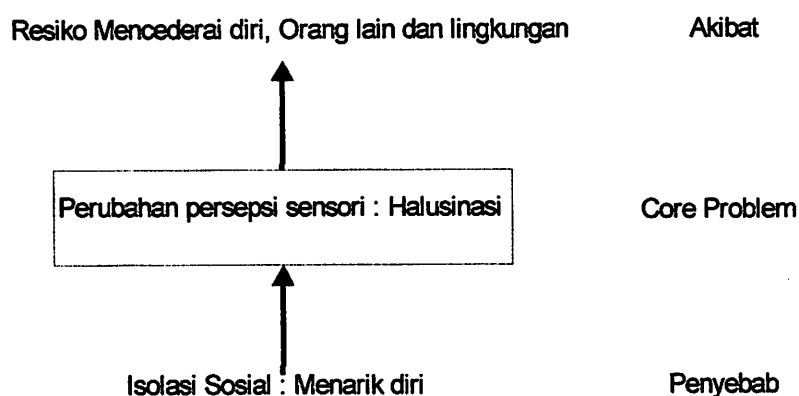
Data subjektif:

- a. Mengungkapkan, mendengar atau melihat objek yang mengancam
- b. Mengungkapkan perasaan cemas, takut khawatir

Data objektif:

- a. Wajah tegang dan merah
- b. Mondar – mandir
- c. Mata melotot, rahang tertutup
- d. Tangan mengepal, keluar keringat banyak, mata merah

B. Pohon Masalah



(Fitria, 2009)

C. Masalah keperawatan

Masalah keperawatan yang mungkin muncul menurut Nita Fitria (2009)

sebagai berikut :

1. Resiko tinggi perilaku kekerasan.
2. Perubahan persepsi sensori : halusinasi.
3. Isolasi sosial.
4. Harga diri rendah kronis

D. Diagnosa keperawatan

Perubahan persepsi sensori : halusinasi. (Fitria, 2009 : 61)

E. Fokus intervensi

Menurut Keliat, (2005) intervensi meliputi:

Perubahan persepsi sensori : halusinasi

Tujuan umum :

Klien tidak mencederai diri, orang lain, dan lingkungan

1. Tujuan khusus 1

Klien dapat membina hubungan saling percaya

a. Kriteria evaluasi :

- 1) Ekspresi wajah bersahabat
- 2) Menunjukkan rasa senang
- 3) Ada kontak mata
- 4) Mau berjabat tangan
- 5) Mau menyebutkan nama
- 6) Mau menjawab salam

- 7) Klien mau duduk berdampingan dengan perawat
- 8) Klien mau mengutarakan masalah yang dihadapinya

b. Intervensi :

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

Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun nonverbal, perkenalkan diri dengan sopan, tanyakan nama lengkap klien dan panggilan yang disukai klien, jelaskan tujuan pertemuan, tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya, beri perhatian kepada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien.

2. Tujuan khusus 2

Klien dapat mengenal halusinasi

a. Kriteria evaluasi

- 1) Klien dapat menyebutkan waktu, isi dan frekuensi timbulnya halusinasi
- 2) Klien dapat mengungkapkan perasaan terhadap halusinasi

b. Intervensi

- 1) Adakah kontak sering dan singkat secara bertahap
- 2) Observasi tingkah laku terhadap halusinasi
- 3) Bantu klien mengenal halusinasi: jika menemukan klien sedang berhalusinasi tanyakan apakah ada suara yang didengarnya, jika klien menjawab ada, lanjutkan apa yang dikatakan suara itu, katakan bahwa perawat percaya klien mendengar suara itu namun perawat sendiri tidak mendengarnya (dengan nada

bersahabat tanpa menuduh atau menghakim), katakan bahwa klien lain ada yang seperti klien, katakan bahwa perawat akan membantu klien.

- 4) Diskusikan dengan klien : situasi yang menimbulkan/tidak menimbulkan halusinasi (jika sendiri, jengkel atau sedih), waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi (pagi, siang, malam terus - menerus atau sewaktu - waktu).
- 5) Diskusikan dengan klien apa yang dirasakannya jika terjadi halusinasi.

3. Tujuan khusus 3

Klien dapat mengontrol halusinasi

a. Kriteria evaluasi

- 1) Klien dapat menyebutkan tindakan yang biasanya di lakukan untuk mengendalikan halusinasi
- 2) Klien dapat menyebutkan cara baru mengontrol halusinasi
- 3) Klien dapat mendemonstrasikan cara menghardik halusinasi
- 4) Klien dapat mengikuti terapi aktivitas kelompok
- 5) Klien dapat mendemonstrasikan kepatuhan minum obat untuk mencegah halusinasi

b. Intervensi :

- 1) Identifikasikan bersama klien tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi

- 2) Diskusikan manfaat dan cara yang di gunakan pada klien, jika bermanfaat berikan pujian
- 3) Diskusikan dengan klien tentang cara baru mengontrol halusinasi : menghardik, bercakap – cakap dengan orang lain, melakukan kegiatan sehari – hari
- 4) Beri contoh cara menghardik halusinasi: “pergi saya tidak mau mendengar suara kamu”
- 5) Beri contoh bercakapan dengan orang lain
- 6) Beri pujian positif atas keberhasilan klien.

4. Tujuan khusus 4

Klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasi

a. Kriteria evaluasi :

- 1) Keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda dan tindakan untuk mengendalikan halusinasi
- 2) Keluarga dapat menyebutkan jenis, dosis, waktu pemberian, manfaat serta efek samping obat.

b. Intervensi :

- 1) Diskusikan dengan keluarga (pada saat keluarga berkunjung atau pada saat kunjungan rumah) : gejala halusinasi yang dialami klien, cara yang dapat dilakukan klien dari keluarga untuk memutuskan halusinasi, cara merawat anggota keluarga yang halusinasi di rumah: beri kegiatan jangan biarkan sendirian, beri informasi tentang waktu tindak lanjut atau kapan

perlu mendapat bantuan: halusinasi tidak terkontrol dan resiko mencederai orang lain.

- 2) Diskusikan dengan keluarga tentang jenis, dosis, waktu pemberian, manfaat dan efek samping obat.
- 3) Anjurkan pada keluarga untuk berdiskusi dengan dokter tentang manfaat dan efek samping obat.
- 4) Diskusikan akibat dari berhenti minum obat tanpa berkonsultasi terlebih dahulu.



BAB III

RESUME KEPERAWATAN

A. Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan selama tiga hari di mulai pada hari Sabtu tanggal 20 Maret 2010 sampai hari Senin tanggal 22 Maret 2010 di ruang **ARIMBI (1) RSJD Dr. Amino Gondhoutomo Semarang.**

Nama Ny.K, umur 25 tahun, status sudah menikah, jenis kelamin perempuan, Agama Islam, Alamat Lasem Rembang, Pendidikan SMP, Tanggal masuk 11 Maret 2010, Nomer register 070312 dengan diagnose medis Skizofrenia tak terinci alasan masuk klien marah-marah, senyum-senyum sendiri dan sering menyendiri di kamar.

Klien dirawat di **RSJD Dr. Amino Gondhoutomo Semarang** atas tanggung jawab Tn.W, umur 27 tahun, alamat Ds, Selopuno RT 05/RW 05 Lasem Rembang, hubungan dengan klien suami.

Klien datang dengan alasan klien marah-marah, senyum-senyum sendiri dan sering menyendiri di kamar.

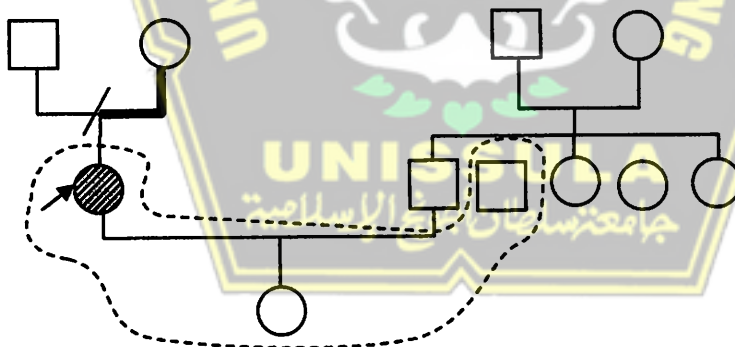
Faktor predisposisi dan Faktor presipitasi: Sebelumnya klien tidak pernah dirawat di RSJ. Keluarga klien mengatakan di rumah tidak ada yang menderita sakit jiwa yang di derita oleh klien. Klien juga tidak pernah mengalami penganiayaan apapun dan dari siapapun baik suami, orang tua, maupun orang lain. Klien tidak pernah menganiaya orang, tetapi klien kadang marah sama suaminya karena suaminya jarang pulang.

Kurang lebih satu bulan klien curiga terhadap suaminya punya wanita simpanan lain. Bermula di hari ulang tahun anaknya, suaminya pulang bawa seorang teman wanita. Teman wanita suaminya itu tak lain adalah teman klien juga, klien merasa cemburu dan memarahi suaminya dan semua orang di sekitarnya. Semenjak kejadian itu klien suka senyum-senyum sendiri, melamun dan menyendiri di kamar, tidak mau bergaul dengan orang lain dan tidak mau makan.

Pemeriksaan Fisik, saat penulis melakukan pemeriksaan fisik di peroleh hasil kesadaran klien composmentis, kemudian tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 88 x permenit, suhu 36°C, pernafasan 20 x permenit, tinggi badan 151 cm, berat badan 45kg, keluhan fisik klien mengatakan tidak ada.

Psikososial

Genogram



Keterangan :

□ : Laki-laki

----- : tinggal serumah

○ : Perempuan

□/○ : Cerai

● : Klien

— : orang terdekat

× : meninggal dunia

Klien adalah anak tunggal di keluarganya, tidak ada keluarga yang pernah sakit jiwa, ayah dan ibu klien sudah bercerai, klien tinggal dengan suami dan anaknya. Hubungan dengan keluarga baik, lingkungan baik, komunikasi klien dengan keluarga harmonis kecuali dengan suaminya, Klien suka cemburu kadang marah-marah, pengambil keputusan jika ada keluarga yang sakit yaitu ibunya.

Konsep diri: pada gambaran diri, saat ditanya bagian tubuh mana yang paling disukai, "klien mengatakan yang paling disukai dari anggota tubuhnya adalah bibir, karena bentuknya bagus. Dan yang tidak disukai adalah dahi karena dahinya agak lebar dan merasa jelek, klien tidak puas dengan anggota tubuhnya. Pada identitas diri klien menyadari dirinya sebagai perempuan berusia 25 tahun pendidikan hanya sampai SMP, klien menyadari bahwa dirinya adalah wanita yang bersuami dan mempunyai seorang anak, klien tidak bekerja, klien tidak mempermasalahkan statusnya, kemudian pada peran diri klien berperan sebagai istri dan ibu dari seorang anak perempuan yang bernama "L" (4 tahun), menurut klien, klien sudah melakukan perannya sebagai istri dan ibu rumah tangga yang baik tetapi klien tidak puas dengan keadaan rumah tangganya karena suaminya jarang pulang, kemudian pada ideal diri klien mengatakan cita-cita klien ingin menjadi ibu rumah tangga yang baik tetapi tidak tercapai, keinginan klien dalam hidupnya klien ingin mendidik anaknya dengan baik, pada harga diri klien mengatakan dirinya jelek, makanya suaminya punya wanita idaman lain dan merasa malu dengan tetangganya karena klien tidak bisa mengurus rumah tangganya dan sering di perbincangkan oleh tetangganya. **Masalah keperawatan yang muncul adalah gangguan konsep diri : harga diri rendah.**

Hubungan sosial, klien mengatakan orang yang paling terdekat dan yang berarti bagi klien adalah anaknya yang bernama "L", klien mempunyai banyak teman di sekitar rumahnya, didalam kegiatan masyarakat klien mengatakan malas untuk mengikuti kegiatan, klien mengatakan kalau klien ingin main ketetangganya klien main tetapi kalau tidak pengen main hanya di rumah saja, menyendiri di kamar. Di ruangan klien suka menyendiri, klien mengatakan malas untuk berkenalan dan ngobrol-ngobrol dengan pasien lain.

Masalah keperawatan yang muncul adalah isolasi sosial : menarik diri.

Spiritual, klien beragama Islam, klien kalau di rumah jarang sholat, selama di RSJ klien tidak pernah sholat karena klien malas belum mau sholat.

Status mental, penampilan klien cukup, rambut rapi, klien memakai pakaian 2x sehari, pakaian sesuai seragam dari rumah sakit. Pembicaraan klien tidak mau memulai pembicaraan, pembicaraan klien lambat, labil, banyak senyum dan diam, klien sulit menjawab pertanyaan yang diajukan, suara klien pelan. Aktivitas motorik klien terlihat lesu dan hanya diam, klien mau mengikuti senam jika di suruh, makan dan minum jika disuruh, klien sering melamun. Alam perasaan, klien mengatakan sedih, ingin pulang karena ingin ketemu dengan anaknya, klien tau-taunya saat ini sudah di RSJ. Afek, klien datar, saat klien di beri cerita lucu klien hanya tersenyum sedangkan saat klien di beri cerita sedih klien diam saja tanpa ekspresi. Interaksi selama wawancara, klien selalu merunduk, lebih banyak diam menjawab pertanyaan hanya seperlunya saja, kontak mata kurang. Persepsi, " Klien mengatakan klien mendengar suara-suara namun tidak ada wujudnya, suara itu bisa

berganti-ganti dan lebih dari satu, suara tersebut kadang suara cewek kadang suara cowok, klien mengatakan suara itu datang saat klien sedang melamun sendirian tidak terlalu sering kurang lebih dalam sehari 3-4 kali, perasaan klien pada waktu suara-suara itu datang biasa saja dan klien hanya diam saja.

Masalah keperawatan yang muncul adalah : Resiko perubahan persepsi sensori : halusinasi. Proses pikir, klien lebih banyak diam bila ditanya, klien lambat dalam berbicara, pembicaraan klien sulit dimengerti. Isi pikir, "Mbak saya ingin pulang, ingin ketemu sama anaknya karena saya kangen". Tingkat kesadaran, kesadaran klien baik, klien dapat membedakan waktu, situasi, klien tahu yang pake seragam putih adalah perawat yang membantu klien untuk menyembuhkan penyakitnya dan klien menyadari dirinya benar-benar di RSJ. Memory, klien tidak mampu mengingat kejadian jangka panjang, klien menjawab pertanyaan dari perawat dengan senyum, klien mampu berhitung hitungan sederhana, tingkat konsentrasi mudah beralih. Kemampuan penilaian, klien dapat mengambil keputusan sederhana seperti : mandi dulu sebelum makan pagi maupun sore. Daya tilik diri, klien menyadari bahwa saat ini klien sakit jiwa dan berada di **RSJD Dr. Amino Gondhoutomo Semarang.**

Kebutuhan persiapan pulang : Makan, klien mengatakan makan 3x sehari habis satu porsi dengan menu yang di sajikan dari rumah sakit jiwa dan klien mampu mengembalikan tempat makan yang kotor dan membersihkan sendiri alat makannya. BAB/BAK, klien mampu melakukan BAK dan BAB sendiri klien juga mampu membersihkan diri setelah BAK dan BAB.

Mandi, klien selama di RSJ mandi 2x sehari tanpa bantuan orang lain, ganti baju 1x sehari, menggosok gigi 2x sehari dan mencuci rambut sendiri. Berpakaian, klien mampu mengenakan pakaian sendiri dan sesuai dengan pakaiannya, klien mampu menyisir rambutnya sendiri, selama di RSJ klien tidak memakai bedak karena tidak tersedia. Istirahat tidur, klien selama sehari tidur kurang lebih 7 jam, siang hari klien biasa tidur 1-2 jam, apabila ingin tidur tidak ada persiapan khusus, klien jika merasa ngantuk langsung pergi tidur sedangkan aktivitas setelah bangun tidur klien bisa merapikan tempat tidurnya lebih dahulu kemudian pergi mandi. Penggunaan obat, selama di RSJ klien diberi obat sehari 2x yaitu setelah makan pagi dan makan sore. reaksi obat yang akan di rasakan obat adalah ngantuk, obat yang diberikan pada klien selalu di minum dan tidak pernah di buang. Pemeliharaan kesehatan, tekad keluarga sudah bulat dan berani menerima konsekuensinya untuk pengobatan istrinya di RSJ ini keluarga akan mengunjungi klien 1 minggu sekali. Klien mampu memelihara kesehatannya selama dirawat dengan cara makan dan minum obat secara teratur dan klien juga mengatakan jika sudah pulang nanti akan rutin control di RSJD Dr. Amino Gondhoutomo Semarang. Kegiatan di dalam rumah. Klien mengatakan nanti kalau sudah pulang ke rumah akan melakukan pekerjaannya di rumah sendiri, seperti : bersih-bersih rumah, mencuci piring, mencuci baju, menyapu rumah ataupun memasak. Kegiatan di luar rumah, klien mengatakan jika sudah sampai rumah nanti akan berinteraksi dengan tetangganya , klien tidak pernah melakukan kegiatan di luar rumah.

Mekanisme coping : klien mengetahui bahwa saat ini klien menderita gangguan jiwa dan klien akan melanjutkan pengobatan yang lebih optimal supaya klien sembuh.

Masalah psikososial : klien mengatakan setelah pulang dari RSJ klien akan bergaul dengan temannya, berinteraksi dengan tetangganya.

Pengetahuan : keluarga mengatakan tidak mampu mengatasi penyakit yang di derita klien makannya keluarga membawa klien ke RSJD Dr. Amino Gondhoutomo Semarang untuk mendapatkan perawatan yang optimal.

Aspek medik ; klien di diagnosa medik mengalami Skizofrenia tak terinci, adapun obat yang di berikan pada klien per oral yaitu chlorpromazine 2x5mg, triheksypenidil 2x2mg dan stelozine 2x5mg, ECT 3x.

B. Analisa Data

Pada tanggal 20 Maret 2010, penulis menetapkan tiga masalah keperawatan. Adapun data fokusnya antara lain : data subyektif "klien mengatakan mendengar suara-suara namun tidak ada wujudnya, suara itu bisa berganti-ganti lebih dari satu, suara tersebut kadang suara cewek kadang suara cowok dan klien mengatakan suara itu datang saat klien sedang melamun sendirian, tidak terlalu sering kurang lebih dalam sehari 3-4 kali perasaan klien pada saat suara-suara itu datang biasa saja dan klien hanya diam saja." sedangkan data obyektifnya "klien sering menyendiri, klien sering melamun, dan klien senyum-senyum sendiri" dari data tersebut penulis menetapkan masalah resiko perubahan persepsi sensori: halusinasi.

Kemudian data yang kedua ditemukan data subyektifnya "klien mengatakan malas untuk berkenalan dan ngobrol-ngobrol dengan pasin lain."

Sedangkan data obyektifnya “di ruangan klien suka menyendiri, apatis, afek datar, kontak mata kurang, klien sering diam dan melamun, klien tidak mau bergaul, klien hanya menjawab pertanyaan seperlunya (miskin bicara)” dari data tersebut penulis menetapkan masalah isolasi sosial: menarik diri.

Kemudian data yang ketiga ditemukan data subyektif “klien mengatakan dirinya jelek, makanya suaminya punya wanita idaman lain dan merasa malu dengan tetangganya dan klien mengatakan tidak bisa mengurus rumah tangganya dan sering diperbincangkan oleh tetangga-tetangganya” sedangkan data obyektifnya “klien lebih banyak diam, kontak mata kurang, selama interaksi sering menunduk, ekspresi wajah sedih, mengkritik diri sendiri”. Dari data tersebut penulis menetapkan masalah gangguan konsep diri: harga diri rendah.

Daftar Masalah Keperawatan

Masalah keperawatan yang ditemukan antara lain, Resiko perubahan persepsi sensori: halusinasi, gangguan konsep diri: Harga diri rendah, Isolasi sosial: Menarik diri.

C. Pohon Masalah



D. Prioritas Diagnosa Keperawatan

Isolasi sosial: Menarik diri

E. Intervensi Keperawatan

Isolasi sosial : Menarik diri

1. Tujuan umum

Klien dapat berhubungan dengan orang lain secara optimal

2. Tujuan khusus

a) Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat

Kriteria evaluasi :

Klien menunjukkan ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang dan ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam dank lien mau duduk berdampingan dengan perawat.

Intervensi :

Bina hubungan saling percaya dengan prinsip komunikasi terapeutik. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal. Perkenalkan diri dengan sopan. Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien. Jelaskan tujuan pertemuan. Jujur dan menepati janji. Tunjukkan sikap empaty dan menerima klien apa adanya. Berikan perhatian kepada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien.

b) Klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri

Kriteria evaluasi :

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

Intervensi :

Kaji pengetahuan perilaku menarik diri dan tanda-tandanya. Beri kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaan penyebab menarik diri atau tidak mau bergaul. Diskusikan bersama klien tentang perilaku menarik diri, tanda-tanda serta penyebab yang muncul. Berikan pujian terhadap kemampuan klien dalam mengungkapkan perasaannya.

- c) Klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain :

Kriteria evaluasi :

klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain, misalnya : banyak teman, tidak sendiri, bisa diskusi. Klien dapat menyebutkan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain, misalnya : sendiri, tidak punya teman, sepi.

Intervensi :

Kaji pengetahuan klien tentang manfaat dan keuntungan berhubungan dengan orang lain. Beri kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaan tentang keuntungan berhubungan dengan orang lain. Diskusikan bersama klien tentang manfaat berhubungan dengan orang lain. Beri reinforcement positif terhadap kemampuan mengungkapkan perasaan tentang keuntungan berhubungan dengan orang lain.

- d) Klien dapat berhubungan dengan orang lain secara bertahap

Kriteria evaluasi :

Klien dapat berhubungan dengan orang lain secara bertahap :

Klien – perawat, klien – perawat – perawat lain, klien – perawat – perawat lain – klien lain, klien – kelompok kecil (TAK), klien – keluarga.

Intervensi :

Kaji kemampuan klien dalam membina hubungan dengan orang lain. Dorong dan bantu klien untuk berhubungan dengan orang lain secara bertahap. Beri *reinforcement* positif terhadap keberhasilan yang telah dicapai. Bantu klien untuk mengevaluasi manfaat berhubungan dengan orang lain. Motivasi klien untuk mengikuti kegiatan di ruangan. Beri *reinforcement* positif atas kegiatan klien dalam kegiatan ruangan.

- e) Klien dapat mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan sosial dengan orang lain

Kriteria evaluasi :

Klien dapat mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan sosial dengan orang lain

Intervensi :

Dorong klien untuk mengungkapkan perasaannya bila berhubungan sosial dengan orang lain. Diskusikan dengan klien tentang perasaannya dan manfaat berhubungan sosial dengan orang lain. Beri *reinforcement* positif atas kemampuan klien dalam mengungkapkan perasaannya dan manfaat berhubungan sosial dengan orang lain.

- f) Klien dapat memberdayakan system pendukung atau keluarga mampu mengembangkan kemampuan klien berhubungan sosial dengan orang lain.

Kriteria evaluasi :

Keluarga dapat :

- 1) Menjelaskan perasaannya
- 2) Menjelaskan cara merawat klien menarik diri
- 3) Mendemonstrasikan cara perawatan klien menarik diri
- 4) Berpartisipasi dalam perawatan klien menarik diri

Intervensi :

Bina hubungan saling percaya: ucapkan salam dan perkenalkan diri. Jelaskan tujuan. Buat kontrak. Eksplorasi perasaan klien dan keluarga. Diskusikan dengan anggota keluarga tentang: perilaku menarik diri. Penyebab perilaku menarik diri. Cara keluarga menghadapi klien menarik diri. Akibat yang akan terjadi jika perilaku menarik diri tidak dapat di atasi. Dorong anggota keluarga untuk memberi dukungan kepada klien untuk berkomunikasi dengan orang lain. Anjurkan anggota keluarga untuk memberi dukungan kepada klien untuk berkomunikasi dengan orang lain. Beri *reinforcement* atas hal – hal yang telah dicapai oleh keluarga

F. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Selama tiga hari penulis melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi Ny. K yang di mulai tanggal 20 Maret 2010 sampai 22 Maret 2010.

Penulis melakukan tindakan keperawatan pada diagnosa isolasi sosial :

menarik diri. Tujuan umum pada diagnosa ini adalah klien dapat berinteraksi dengan orang lain sehingga tidak terjadi menarik diri.

Pada pertemuan pertama tanggal 20 Maret 2010 penulis melakukan TUK 1 dan TUK 2 : Klien dapat membina hubungan saling percaya, klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri.

Implementasi :

Klien dapat membina hubungan saling percaya: mengajak klien berkenalan, menjelaskan tujuan pertemuan, mendiskusikan penyebab klien di bawa ke rumah sakit, memberi kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya.

Klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri: mengidentifikasi penyebab klien menarik diri, memberikan kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaannya, memberikan pujian terhadap kemampuan klien mengungkapkan perasaannya.

Evaluasi :

Data subyektif : klien mengatakan “selamat pagi juga mbak” Nama saya “K” saya senang dipanggil mbak “K”, saya mengurung di kamar karena saya malas untuk ngobrol-ngobrol dengan orang lain.

Data obyektif : klien mau mengulurkan tangan untuk berjabat tangan dengan perawat, klien mau duduk berdampingan dengan perawat, kontak mata kurang, klien lebih sering merunduk, klien hanya berbicara jika di beri pertanyaan, klien bicara dengan nada suara pelan, bicara lambat, klien sedih, klien sudah mau bercerita.

Analisa : TUK 1 dan TUK 2 tercapai, klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat dan klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri

Planning : perawat, pertahankan TUK 1 dan TUK 2 kemudian lanjutkan TUK 3, anjurkan pada klien untuk mengungkapkan penyebab menarik diri.

Pada pertemuan kedua tanggal 21 Maret 2010 penulis melakukan TUK 3 : klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain.

Implementasi ;

Mengucapkan salam terapeutik, mengkaji pengetahuan klien tentang manfaat dan keuntungan berhubungan dengan orang lain, memberi kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaan tentang keuntungan berhubungan dengan orang lain, mendiskusikan bersama klien tentang keuntungan berhubungan dengan orang lain, mengkaji pengetahuan klien bila tidak berhubungan dengan orang lain, memberi kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaannya tentang kerugian tidak berhubungan dengan orang lain.

Evaluasi :

Data subyektif : Tidak suster... saya hanya pengen sendirian saja, "klien mengatakan ya..kalau teman enak bisa di ajak bercanda, ngbrol, bisa saling membantu tapi kalau saya tidak punya teman,saya hanya bisa diam dan tidak bisa bercanda, ngobrol dengan orang lain.

Data obyektif : klien kooperatif, klien mampu menyebutkan keuntungan dan kerugian jika tidak berhubungan dengan orang lain.

Analisa : TUK 3 tercapai, klien mampu menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian berhubungan dengan orang lain

Planning : perawat; pertahankan TUK 3, kemudian lanjutkan TUK 4 kaji tentang keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain.

Pada pertemuan ketiga tanggal 22 Maret 2010 penulis melakukan TUK 4: klien dapat membina hubungan sosial secara bertahap antara klien dengan perawat.

Implementasi :

Mengucapkan salam terapeutik, mengkaji kemampuan klien membina hubungan dengan orang lain, mendorong klien dan membantu untuk berhubungan dengan orang lain, melibatkan klien dalam aktivitas kelompok.

Evaluasi :

Data subyektif : klien mengatakan mau berkenalan dengan perawat dan pasien lain.

Data obyektif : klien kooperatif, klien tampak senang, klien mampu bersosialisasi dengan orang lain berkenalan dengan perawat dan pasien lain.

Analisa : TUK 4 tercapai, klien dapat membina hubungan dengan orang lain secara bertahap

Planning: untuk perawat pertahankan TUK 4, anjurkan klien untuk membina hubungan dengan orang lain.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas asuhan keperawatan klien Halusinasi, pada Ny K , umur 25 tahun, alamat Rembang. Pengkajian di lakukan selama tiga hari dari tanggal 20 – 22 Maret 2010 di ruang 1 (Arimbi) Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondhoutomo Semarang. Pembahasan ini melalui tahap proses perawatan dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

A. Pengkajian

Berikut ini penulis membahas data – data yang terdapat pada pengkajian antara lain :

Pada saat penulis melakukan pengkajian penulis kurang mengkaji tentang menayakan kepada klien pengalaman yang tidak menyenangkan, tidak mencantumkan aspek medik berupa pemeriksaan laboratorium dan tidak mencantumkan tanggal pemeriksaan ECT karena penulis kurang teliti mengkaji.

Pada faktor predisposisi dan faktor presipitasi penulis mencantumkan data yang sudah dikaji yaitu tentang faktor yang menyebabkan klien dibawa ke Rumah Sakit Jiwa. Data tersebut yaitu klien marah – marah terhadap suaminya dan klien curiga terhadap suaminya punya wanita simpanan lain semenjak kejadian itu klien suka senyum – senyum sendiri, melamun, menyendiri di kamar, tidak mau bergaul dengan orang lain dan tidak mau makan.

Dari data pengkajian seharusnya penulis menegakkan diagnosa perubahan persepsi sensori : halusinasi, pada hal ini penulis melakukan kesalahan dalam menentukan masalah keperawatan.

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian penulis menetapkan tiga diagnosa keperawatan yaitu :

1. Perubahan persepsi sensori : halusinasi

Menurut Carpenito (2007) gangguan persepsi sensori adalah : keadaan ketika individu /kelompok mengalami atau beresiko mengalami suatu perubahan dalam jumlah, pola, atau interpretasi stimulus yang datang. Dengan batasan karakteristik mayor subyektifnya yaitu tidak akuratnya interpretasi stimulus lingkungan dan atau perubahan negatif dalam jumlah atau pola stimulus yang datang, sedangkan batasan karakteristik minor objektifnya yaitu disorientasi mengenai waktu atau tempat, perubahan waktu atau pola komunikasi, halusinasi dengar atau halusinasi lihat, kegelisahan, perubahan kemampuan memecahkan masalah, peka rangsang, konsentrasi buruk, disorientasi terhadap orang.

2. Isolasi sosial : menarik diri.

Menurut Carpenito (2007) isolasi sosial : menarik diri adalah keadaan ketika individu atau kelompok mengalami atau merasakan kebutuhan atau keinginan untuk meningkatkan keterlibatan dengan orang lain tetapi tidak mampu untuk membuat kontak. Dengan batasan karakteristik mayor subyektifnya yaitu klien mengatakan ketidakamanan dalam situasi sosial,

menggambarkan kurang hubungan yang berarti. Sedangkan Batasan karakteristik minor objektifnya yaitu ketidakmampuan untuk berkonsentrasi dan membuat keputusan, perasaan tak berguna, perasaan penolakan, kegagalan untuk berinteraksi dengan orang lain, efek dangkal, tidak komunikatif, kontak mata kurang.

3. Gangguan konsep diri : harga diri rendah

Menurut Carpenito (2007) gangguan konsep diri adalah suatu keadaan ketika individu mengalami atau beresiko mengalami keadaan negative dari perubahan mengenai perasaan, pikiran, atau pandangan mengenai dirinya. Dengan batasan karakteristik mayor subjektifnya yaitu klien mengatakan malu atau rasa bersalah. Sedangkan batasan karakteristik minor objektifnya yaitu pengungkapan dirinya negatif, ekspresi malu atau bersalah, ketidakmampuan untuk menentukan tujuan, ragu - ragu, penampilan tubuh buruk.

Diagnosa keperawatan pada Ny. K yang penulis angkat hanya perubahan persepsi sensori : halusinasi. Diagnosa ini ditegakkan sebagai prioritas utama sebab masalah utama pada kasus Ny. K adalah halusinasi, dua diagnosa yang lain tidak penulis angkat karena setelah diselesaikan masalah utama maka di harapkan untuk diagnosa yang dua ikut teratasi.

Pada Asuhan Keperawatan penulis menegakan diagnosa Resiko perubahan persepsi sensori : halusinasi, seharusnya penulis menegakan diagnosa perubahan persepsi sensori : halusinasi karena data tersebut data actual, Ditandai dengan :

Didapat data subyektif : klien mengatakan mendengar suara – suara namun tidak ada wujudnya, suara itu bisa berganti – ganti lebih dari satu, suara tersebut kadang suara cewek kadang suara cowok dan klien mengatakan susrs itu datang pada saat klien sedang melamun sendirian, tidak terlalu sering kurang lebih dalam sehari 3 – 4 kali perasaan klien pada saat suara itu datang biasa saja dan klien hanya diam saja. Data objektifnya : klien sering menyendiri, klien sering melamun, dan klien senyum – senyum sendiri.

Sedangkan menurut teori carpenito (2007), perubahan persepsi sensori: halusinasi mempunyai batasan karakteristik yaitu mayor subyektifnya tidak akuratnya interpretasi stimulus lingkungan dan atau perubahan negatif dalam jumlah atau pola stimulus yang datang. sedangkan batasan karakteristik minor objektifnya disorientasi mengenai waktu atau tempat, perubahan perilaku atau pola komunikasi, halusinasi dengar atau halusinasi lihat, kegelisahan, perubahan kemampuan memecahkan lingkungan, peka rangsang, konsentrasi buruk, disorientasi terhadap lingkungan.

C. Intervensi

1. Isolasi sosial : menarik diri

Untuk mengatasi masalah tersebut penulis menyusun strategi operasional yang terdiri dari 6 TUK yaitu TUK 1 klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat, TUK 2 klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri, TUK 3 klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain, TUK 4 klien dapat berhubungan dengan orang lain secara bertahap, TUK 5 klien dapat mengungkapkan perasaannya setelah

berhubungan sosial dengan orang lain, untuk TUK 6 klien dapat memberdayakan system pendukung atau keluarga mampu mengembangkan kemampuan klien berhubungan sosial dengan orang lain. Yang mana dari ke 6 TUK tersebut sesuai / sama dengan TUK yang terdapat pada teori yang ada, yaitu meliputi :

TUK 1 : klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat.

Intervensi : Bina hubungan saling percaya dengan prinsip komunikasi terapeutik, sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal, perkenalkan diri dengan sopan, tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien, jelaskan tujuan pertemuan, jujur dan menepati janji, tunjukkan sikap empaty dan menerima klien apa adanya, berikan perhatian kepada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien.

TUK 2 : Klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri.

Intervensi : kaji pengetahuan perilaku menarik diri dan tanda – tandanya, beri kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaan penyebab menarik diri atau tidak mau bergaul, diskusikan bersama klien tentang perilaku menarik diri, tanda – tanda serta penyebab yang muncul, berikan pujian terhadap kemampuan klien dalam mengungkapkan perasaannya.

TUK 3 : Klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain.

Intervensi : kaji pengetahuan klien tentang manfaat dan keuntungan berhubungan dengan orang lain, beri kesempatan kepada klien untuk

mengungkapkan perasaan tentang keuntungan berhubungan dengan orang lain, diskusikan bersama klien tentang manfaat berhubungan dengan orang lain, beri *reinforcement* positif terhadap kemampuan mengungkapkan perasaan tentang keuntungan berhubungan dengan orang lain.

TUK 4 : Klien dapat berhubungan dengan orang lain secara bertahap.

Intervensi : kaji kemampuan klien dalam membina hubungan dengan orang lain, dorong dan bantu klien untuk berhubungan dengan orang lain secara bertahap, beri *reinforcement* positif terhadap keberhasilan yang telah dicapai, bantu klien untuk mengevaluasi manfaat berhubungan dengan orang lain, motivasi klien untuk mengikuti kegiatan di ruangan, beri *reinforcement* positif atas kegiatan klien dalam kegiatan ruangan.

TUK 5 : klien dapat mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan sosial dengan orang lain.

Intervensi : dorong klien untuk mengungkapkan perasaannya bila berhubungan sosial dengan orang lain, diskusikan dengan klien tentang perasaannya dan manfaat berhubungan sosial dengan orang lain, beri *reinforcement* positif atas kemampuan klien dalam mengungkapkan perasaannya dan manfaat berhubungan sosial dengan orang lain.

TUK 6 : klien dapat memberdayakan system pendukung atau keluarga mampu mengembangkan kemampuan klien berhubungan sosial dengan orang lain.

Intervensi : bina hubungan saling percaya: ucapkan salam, jelaskan tujuan, buat kontak, eksplorasi perasaan klien dan keluarga, diskusikan

dengan anggota keluarga tentang: perilaku menarik diri, penyebab perilaku menarik diri, cara keluarga menghadapi klien menarik diri, akibat yang akan terjadi jika perilaku menarik diri tidak dapat di atasi, dorong anggota keluarga untuk member dukungan kepada klien untuk berkomunikasi dengan orang lain, anjurkan anggota keluarga untuk memberi dukungan kepada klien untuk berkomunikasi dengan orang lain, beri *reinforcement* atas hal – hal yang telah dicapai oleh keluarga.

D. Implementasi

Adapun implementasi yang sudah dilakukan oleh penulis yaitu : TUK

1 : Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat, dengan member salam, mengajak klien berkenalan, menjelaskan tujuan pertemuan, mendiskusikan penyebab klien dibawa ke rumah sakit jiwa,

TUK 2 : Klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri, mengkaji pengetahuan perilaku menarik diri, dan tanda – tandanya, member kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaan penyebab menarik diri atau tidak mau bergaul, mendiskusikan bersama klien tentang perilaku menarik diri, tanda –tanda serta penyebab yang muncul.

TUK 3 : klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain, mengkaji pengetahuan klien tentang manfaat dan keuntungan berhubungan dengan orang lain, memberi kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaan tentang keuntungan berhubungan dengan orang lain, mendiskusikan bersama klien tentang manfaat berhubungan dengan orang lain. mengkaji

pengetahuan klien bila tidak berhubungan dengan orang lain, memberi kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya tentang kerugian bila tidak berhubungan dengan orang lain.

TUK 4 : klien dapat berhubungan dengan orang lain secara bertahap, mengkaji kemampuan klien dalam membina hubungan dengan orang lain, mendorong dan bantu klien untuk berhubungan dengan orang lain secara bertahap, motivasi klien untuk mengikuti kegiatan di ruangan.

Intervensi dan implementasi yang penulis lakukan adalah untuk mengatasi masalah menarik diri pada hal ini penulis melakukan kesalahan dalam menegakan diagnosa seharusnya intervensi dan implementasi yang dilakukan adalah untuk mengatasi masalah halusinasi yang klien alami. Rencana tindakan dari halusinasi antara lain sebagai berikut: TUK 1 Klien dapat membina hubungan saling percaya. TUK 2 Klien dapat mengenal halusinasi. TUK 3 Klien dapat mengontrol halusinasi. TUK 4 Klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasi.

E. Evaluasi

Evaluasi yang diperoleh isolasi sosial : menarik diri adalah dengan melihat implementasi yang dilakukan serta memperhatikan respon subjektif dan objektif yang muncul penulis berkesimpulan bahwa diagnosa ini masalah teratasi. Evaluasi TUK 1 dan TUK 2. Subjektif: klien mengatakan “selamat pagi juga mbak” Nama saya “K” saya senang dipanggil mbak “K”, saya mengurung diri di kamar karena saya malas untuk ngobrol – ngobrol dengan orang lain. Objektif: klien mau mengulurkan tangan untuk berjabat tangan dengan perawat, klien mau duduk berdampingan dengan perawat, kontak

mata kurang, klien lebih sering merunduk, klien hanya berbicara jika diberi pertanyaan, klien bicara dengan nada suara pelan, bicara lambat. Klien sedih, klien sudah mau bercerita. Analisa: TUK 1 dan TUK 2 tercapai, klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat dan klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri. Planning: untuk perawat, pertahankan TUK 1 dan TUK 2 kemudian lanjutkan TUK 3.

Evaluasi TUK 3 adalah dengan melihat implementasi yang dilakukan serta memperhatikan respon subjektif dan objektif yang muncul penulis berkesimpulan bahwa TUK ini teratasi. Subjektif: tidak suster... saya hanya pengen sendirian saja, "klien mengatakan ya.. kalau teman enak diajak bercanda, ngobrol, bisa saling membantu. tapi kalau saya tidak punya teman, saya hanya bisa diam dan tidak bisa bercanda, ngobrol dengan orang lain. Objektif: klien kooperatif, klien mampu menyebutkan keuntungan dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain. Analisa: TUK 3 tercapai, klien mampu menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain. Planning: untuk perawat, pertahankan TUK 3 kemudian lanjutkan TUK 4.

Untuk evaluasi TUK 4 dengan melihat implementasi yang dilakukan serta memperhatikan respon subjektif dan objektif yang muncul penulis berkesimpulan bahwa TUK ini teratasi. Subjektif: klien mengatakan mau berkenalan dengan perawat dan pasien lain. Objektif: klien kooperatif, klien tampak senang, klien mampu bersosialisasi dengan orang lain, berkenalan dengan perawat dan pasien lain. Analisa: TUK 4 tercapai, klien dapat

berhubungan dengan orang lain secara bertahap. Planning: untuk perawat pertahankan TUK 4, anjurkan klien untuk membina hubungan dengan orang lain.

Evaluasi yang dilakukan penulis adalah evaluasi sesuai dengan implementasi yang penulis lakukan dan lebih kepada masalah menarik diri bukan halusinasi karena pada awalnya penulis sudah melakukan kesalahan dalam menegakkan diagnosa.



BAB V

PENUTUP

Pada bab ini penulis memberikan kesimpulan dari bab-bab sebelumnya dan memberikan saran yang kiranya bisa diterima sebagai bahan peningkatan mutu dalam asuhan keperawatan khususnya pada Ny. K dengan perubahan persepsi sensori ; halusinasi di Ruang I (Arimbi) RSJD Dr. Amino Gondhoutomo Semarang pada tanggal 20 Maret 2010 sampai 22 Maret 2010 maka sebagai langkah akhir dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis dapat mengambil beberapa kesimpulan yang sekiranya dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan bagi pemberian asuhan keperawatan pada pasien khususnya pasien dengan isolasi sosial : menarik diri.

A. Kesimpulan

1. Dalam melaksanakan pengkajian asuhan keperawatan pada Ny. K dengan masalah perubahan persepsi sensori : halusinasi dapat di ambil kesimpulan: pengkajian, analisa data, perumusan diagnosa, implementasi dan evaluasi ini merupakan satu rangkaian proses asuhan keperawatan yang tidak terpisahkan dan merupakan salah satu syarat untuk mencapai hasil tujuan asuhan keperawatan yang berkualitas.
2. Untuk menentukan diagnosa keperawatan pada Ny. K, diperoleh dari data subjektif dan data objektif, walaupun penulis melakukan kesalahan dalam menentukan masalah diagnosa. Dalam analisa data tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek.

3. Setelah asuhan keperawatan yang diberikan selama 3 hari di RSJD Dr. Amino Gondhoutomo Semarang, untuk diagnosa perubahan persepsi sensori : halusinasi didapatkan hasil bahwa klien tidak mencederai diri, orang lain, dan lingkungan.

B. Saran

1. Bagi penulis

Agar penulis dapat menambah wawasan dan pengetahuan terutama mengenai pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan masalah perubahan persepsi sensori : halusinasi dengan sarana belajar dalam mengembangkan dan pengetahuan di era globalisasi.

2. Bagi klien dan keluarga

Supaya klien dan keluarga dapat mengenal lebih dalam tentang perubahan persepsi sensori : halusinasi , dan keluarga dapat melakukan perawatan pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa perubahan persepsi sensori : halusinasi.

3. Bagi institusi pendidikan

Hendaknya lebih meningkatkan pembelajaran tentang asuhan keperawatan gangguan jiwa dengan masalah perubahan persepsi sensori : halusinasi.

4. Bagi Rumah Sakit

Supaya lebih memfasilitasi perawat atau penulis dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien.

DAFTAR PUSTAKA

- Carpenito, Lynda Jual, 2007. *Buku Saku Diagnosa Keperawatan*, Edisi 10, Jakarta (terjemahan) EGC.
- Baihaqi, MIF, dkk, 2005. *Psikiatri (Konsep Dasar dan Gangguan – Gangguan)*. Cetakan pertama . Bandung : PT Refika Aditama.
- David A. Tomb, M. D., 2002. *Buku Saku Diagnosa Keperawatan Pada Keperawatan Psikiatri*, Edisi 6. Jakarta : EGC
- Gail W. Stuart, 2006. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*, Edisi 5, Jakarta (terjemahan) EGC
- Keliat, Budi Anna, 2005. *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa*, Edisi 2, Jakarta : EGC
- Rasmun, 2001. *Keperawatan Kesehatan Mental Psikiatri Terintegrasi Dengan Keluarga*, Edisi I, Jakarta : CV Sagung Seto.
- Mukrifah Damayanti, S.Kep., Ns., 2008. *Komunikasi Terapiutik Dalam Praktik Keperawatan*, Jakarta : PT Refika Aditama
- Yosep , Iyus, 2009. *Keperawatan Jiwa*, Jakarta : PT Refika Aditama.
- Suliswati, S.Kp, M.Kes., 2005. *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*, Jakarta : EGC
- Nita, Fitria, 2009. *Prinsip Dasar Dan Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan Dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan*, Jakarta : Salemba Medika.
- Fakultas Psikologi Universitas Islam Sultan Agung. 2006. *Jurnal Psikologi Proyeksi* : Fakultas Psikologi UNISSULA. Semarang
- Isaacs, Ann, 2004. *Keperawatan Kesehatan Jiwa & Psikiatri*. Jakarta : EGC.