MANAJEMEN ASUHAN KEPERAWATAN SPESIALIS JIWA PADA KLIEN HALUSINASI DI RUANG SADEWA DI RS DR. H MARZOEKI MAHDI BOGOR

Sri Nyumirah

STIKES CENDEKIA UTAMA KUDUS

Email : srinyumirah@yahoo.co.id

ABSTRAK

Halusinasi merupakan diagnosa keperawatan terbanyak yang dikelola penulis selama menjalankan praktik residensi tiga di ruang Sadewa. Tujuan penulisan ini adalah menggambarkan penatalaksanaan asuhan keperawatan dengan pendekatan model stres adaptasi Stuart yang terkait dengan proses keperawatan dan Interpersonal Peplau terkait dengan pendekatan 6 peran perawat dalam melakukan tindakan keperawatan pada klien halusinasi.

Terapi perilaku kognitif dan psikoedukasi keluarga dilakukan pada 7 klien, terapi perilaku dilakukan pada 3 klien dan terapi kognitif dilakukan pada 10 klien. Terapi tersebut dilakukan mulai tanggal 18 Februari-20 April 2013.

Hasil penerapan terapi perilaku kognitif dan psikoedukasi keluarga meningkatkan kemampuan klien dalam menggunakan tanggapan yang rasional dalam melawan pikiran dan perilaku yang negatif, sehingga mengurangi respon kognitif, afektif dan perilaku yang negatif, serta meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi. Hasil penerapan terapi perilaku meningkatkan kemampuan klien dalam melawan pikiran negatif yang muncul saat halusinasi muncul. Hasil penerapan terapi kognitif juga meningkatkan kemampuan klien dalam melakukan perilaku yang positif saat halusinasi muncul.

Berdasarkan hasil di atas perlu direkomendasikan bahwa terapi perilaku, terapi kognitif dan terapi perilaku kognitif dapat dijadikan standar terapi spesialis keperawatan jiwa pada klien halusinasi dan perlu disosialisasikan pada seluruh tatanan pelayanan kesehatan.

Kata kunci : Halusinasi, Terapi perilaku kognitif, terapi perilaku dan terapi kognitif, model stres adaptasi Stuart dan interpersonal Peplau

ABSTRACT

Hallucination was the major nursing diagnose found during the clinical nursing psychiatric practice at Sadewa ward. The aim of this scientific writing paper was to described the nursing intervention of clients with hallucination by using the application of Stuart's Stress Adaptation Model and Peplau's Interpersonal Model. Stuart's Stress Adaptation Model focused on nursing process while Peplau's Interpersonal Model focused on 6 roles of nursing with hallucination clients.

Cognitive behavior therapy (CBT), cognitive therapy (CT), behavior therapy (BT) and family psycho education (FPE) were recognize as nursing intervention that provided to 10 clients during Feb, 18 – April, 20 2013. CBT and FPE were delivered to 7 of clients with hallucination, BT was delivered to 3 of clients, and CT was delivered to 10 of clients.

Result shown that CBT was increased the client's ability to counter negative thought by using rationale thought. This also reported that this treatment decreased the signs and symptoms of hallucination (cognitive, affective and psychomotor). Given the FPE also reported to increase the family's ability to nurturing the clients. Furthermore, CT and BT were also recognized to increased the client's ability to counter negative thought and to perform the positive behavior when hallucination was occurred.

This scientific writing paper recommended that CBT, CT, BT, and FPE were the nursing intervention that needs to be standardizing of psychiatric nursing intervention to client with hallucination and also need to socialize for all clinical settings.

Key words : hallucination, Cognitive behavior therapy (CBT), cognitive therapy (CT), behavior therapy (BT), Stuart's Stress Adaptation Model and Peplau's Interpersonal Model

PENDAHULUAN

Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi sehat emosional, psikologis, dan sosial yang terlihat dari hubungan interpersonal yang memuaskan perilaku dan coping individu efektif, konsep diri yang positif dan kestabilan emosional (Johnsons, 1997 dalam Videback 2008). Gangguan jiwa adalah merupakan respon maladaptif terhadap stressor dari dalam dan luar lingkungan yang berhubungan dengan perasaan dan perilaku yang tidak sejalan dengan budaya/kebiasaan/norma setempat dan mempengaruhi interaksi sosial individu, dan fungsi tubuh (Townsend, 2009).

Menurut WHO (2009), prevalensi masalah kesehatan jiwa mencapai 13% dari penyakit secara keseluruhan dan kemungkinan akan berkembang menjadi 25% di tahun 2030, gangguan jiwa juga berhubungan dengan bunuh diri, lebih dari 90% dari satu juta kasus bunuh diri setiap tahunnya akibat gangguan jiwa. Prevalensi terjadinya gangguan jiwa berat di Indonesia berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (2007) adalah sebesar 4,6 permil, dengan kata lain dari 1000 penduduk Indonesia empat sampai lima diantaranya menderita gangguan jiwa berat (Balitbang Depkes RI, 2008). prevalensi gangguan mental emosional seperti gangguan kecemasan dan depresi sebesar 11,6% dari populasi orang dewasa dengan prevalensi tertinggi di Jawa Barat yaitu 20,0%. Prevalensi gangguan jiwa berat di Indonesia sebesar 0,46 %, dengan kata lain dari 1000 penduduk Indonesia empat sampai lima diantaranya menderita gangguan jiwa berat. Prevalensi gangguan jiwa berat di Jawa Barat sebesar 0,22 % dan angka tersebut meningkat menjadi 0,40% di kota Bogor.

Kondisi diatas menggambarkan prevalensi masalah kesehatan jiwa baik gangguan jiwa ringan sampai berat cukup tinggi dan membutuhkan penanganan yang serius serta berkesinambungan. Salah satu

gangguan jiwa berat yang dialami oleh klien adalah skizofrenia.

Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realita (halusinasi dan waham), afek yang tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak) dan mengalami kesukaran melakukan aktivitas sehari-hari (Keliat,2006). Seorang yang mengalami skizofrenia terjadi kesulitan berfikir dengan benar, memahami dan menerima realita, gangguan emosi/perasaan, tidak mampu membuat keputusan, serta gangguan dalam melakukan aktivitas atau perubahan perilaku.

Gejala yang muncul dari skizofrenia dibagi dalam 5 dimensi, yaitu gejala positif, gejala negatif, gejala kognitif, gejala agresif dan hostilitas serta gejala depresi dan *anxious* (Shives, 2005; Sinaga, 2008). Gejala positif menggambarkan fungsi normal yang berlebihan dan khas, meliputi waham, halusinasi, disorganisasi pembicaraan dan disorganisasi perilaku kegelisahan. Gejala agresif dan *hostile*, gejala ini menekankan pada masalah pengendalian impuls.

Berdasarkan berbagai gejala diatas pada klien skizofrenia menggambarkan banyaknya masalah yang muncul seperti penyerangan terhadap orang lain, perilaku mencederai diri dan orang lain, depresi, rasa bersalah/harga diri rendah, waham, halusinasi. Halusinasi adalah persepsi atau tanggapan dari pancaindera tanpa adanya rangsangan (stimulus) eksternal. Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi.

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien dengan halusinasi yaitu tindakan keperawatan generalis dan spesialis. Tindakan keperawatan yang generalis sesuai dengan standar asuhan

keperawatan yaitu mengidentifikasi halusinasi yang muncul (isi, jenis, durasi, situasi dan respon), mengontrol halusinasi dengan menghardik atau mengusir, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan kegiatan dan minum obat dengan teratur, serta melakukan terapi aktivitas stimulasi persepsi (Fortinash, 2007). Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Caroline, Keliat, & Sabri (2008) bahwa penerapan standar asuhan keperawatan klien halusinasi dalam mengontrol halusinasi akan mempengaruhi kemampuan kognitif dan psikomotor klien, sehingga klien halusinasi akan mengalami penurunan terhadap intensitas tanda dan gejala halusinasi yang muncul. Tindakan keperawatan spesialis yang dapat dilakukan untuk klien baik individu maupun keluarga dengan halusinasi antara lain untuk terapi individu adalah terapi perilaku kognitif (CBT) bahwa penerapan terapi psikososial dengan perilaku kognitif dapat merubah pola pikir yang negatif menjadi positif, sehingga perilaku yang maladaptif menjadi adaptif (Martin, 2010).

Terapi perilaku (BT) menurut Laraia (2005) merupakan terapi yang digunakan untuk membentuk perilaku baru yang positif, sehingga meningkatkan ketrampilan atau meminimalkan perilaku yang dihindari. Terapi kognitif (CT) menurut Copel (2007) adalah terapi yang membantu klien untuk mengembangkan pola pikir yang rasional. Terapi keluarga yang dilakukan pada keluarga klien adalah terapi psikoedukasi keluarga yang merupakan satu elemen program perawatan kesehatan jiwa keluarga dengan cara pemberian informasi dan edukasi melalui komunikasi yang terapeutik menurut (Stuart, 2009).

Tindakan keperawatan spesialis yang sudah dilakukan pada klien dengan halusinasi sesuai dengan penelitian yang terkait yaitu menurut Sasmita, Keliat & Budiharto (2007) *Cognitive behaviour therapy* meningkatkan secara bermakna

kemampuan kognitif dan perilaku klien harga diri rendah. Fauziah, Hamid & Nuraini (2009) mengatakan terapi perilaku kognitif dapat meningkatkan kemampuan kognitif dan perilaku klien skizofrenia dengan perilaku kekerasan. Wahyuni, Keliat & Yusron (2010) mengatakan terapi perilaku kognitif dapat meningkatkan kemampuan kognitif dan perilaku klien halusinasi. Erwina, Keliat, Yusron & Helena (2010) mengatakan terapi perilaku kognitif dapat meningkatkan kemampuan kognitif dan perilaku klien pasca gempa. Sesuai penelitian yang telah dilakukan oleh Morisson (2009) mengatakan terapi perilaku kognitif dapat diberikan pada klien skizofrenia yang menjadikan klien dapat mengontrol perilaku marah, mengontrol klien yang berbicara sendiri atau halusinasi dan dapat meningkatkan hubungan klien baik di rumah sakit, keluarga dan di tempat kerja.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini dilaporkan dan dianalisis berdasarkan praktik klinik keperawatan jiwa III di RS Dr Marzoeke Mahdi di Ruang Sadewa selama 9 minggu yaitu dari tanggal 18 Februari sampai dengan 19 April 2013. Rumah Sakit Dr. H. Marzoeke Mahdi (RSMM) Bogor merupakan Rumah Sakit Tipe A Khusus yang merawat klien dengan gangguan fisik, jiwa dan Napza, sebagai pusat rujukan klien gangguan jiwa dan pusat pengembangan keperawatan jiwa di Indonesia. Di ruang Sadewa pada bulan Februari-April 2013 ada beberapa diagnosa yang muncul baik medis dan keperawatan. Diagnosa keperawatan utama yang ditemukan dari 37 klien selama di rawat yaitu, sebanyak 20 klien diagnosa keperawatan halusinasi, 9 diagnosa keperawatan RPK, 5 diagnosa keperawatan HDR Kronik, dan 3 diagnosa keperawatan isolasi sosial. Diagnosa medis yang ditemukan skizofrenia paranoid sebanyak 24 klien, skizofrenia 3 klien, gangguan afektif bipolar 4 klien, psikosis 5 klien, dan skizofrenia hebrefenik 1 klien. Diagnosa medis yang paling sering ditemukan

skizofrenia paranoid sebanyak 24 klien dan diagnosa keperawatan utama yang paling sering ditemukan adalah halusinasi sebanyak 20 klien.

Manajemen asuhan keperawatan dengan halusinasi telah diberikan tindakan keperawatan generalis dan tindakan keperawatan spesialis. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien dengan halusinasi yang sudah dilakukan di Rumah Sakit sudah dikembangkan melalui model praktik keperawatan profesional (MPKP) yang diberikan oleh perawat ruangan. Pelaksanakan MPKP di ruang Sadewa untuk mempermudah dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien, sehingga ada kesinambungan dalam melakukan asuhan keperawatan yang setiap hari dilakukan adalah penerapan operan yaitu melaporkan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang sudah dilakukan kedua tim bagi shift pagi, siang dan malam, *pre* dan *post conference* yaitu melaporkan rencana yang mau dilakukan pada klien dan melaporkan hasil tindakan keperawatan yang dilakukan pada masing-masing tim sebelum operan, membuat daftar alokasi pasien untuk mempermudah kolaborasi tim atas pengelolaan masing-masing klien.

Melakukan asuhan keperawatan dengan berkolaborasi untuk masing-masing klien perawat ruangan melakukan terapi generalis dan penulis melakukan terapi spesialis. Visit dokter juga dilakukan oleh dokter psikiatri yang didampingi oleh perawat ruangan untuk melaporkan hasil tindakan keperawatan yang sudah dilakukan oleh perawat, sehingga ada tindak lanjut dari tenaga medis (dokter) terhadap terapi obat yang diberikan dari resep dokter yang diberikan.

Tujuan umum untuk menggambarkan hasil manajemen kasus spesialis keperawatan jiwa terhadap klien halusinasi di Ruang Sadewa Rumah Sakit Dr Marzoeeki Mahdi Bogor dengan pendekatan model stres

adaptasi Stuart dan model Hildegard Peplau's.

HASIL MANAJEMEN PELAYANAN DAN ASUHAN KEPERAWATAN

Setiap perawat mempunyai jumlah klien yang dikelola dari datang sampai pulang. Setiap klien halusinasi memiliki perawat pada setiap *shift* dinas yang bertanggung jawab secara total selama dirawat. Perawat menyusun rencana bulanan. Rencana bulanan biasa dibuat oleh kepala ruang dan Ka. Tim yaitu perawat membuat jadwal pelaksanaan *case conference* yang sudah dilakukansetiap dua minggu sekali setiap hari kamis (4x) yang dihadiri oleh semua perawat. *Case conference* pembahasan tentang kasus asuhan keperawatan klien halusinasi keluarga, topik yang dibicarakan: kasus klien baru, kasus klien yang tidak ada perkembangan, kasus klien pulang, klien yang meninggal, klien dengan masalah yang jarang ditemukan.

Kegiatan pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan yang dilakukan setiap hari adalah perawat membuat rencana harian yang dibuat sebelum operan dilakukan dan dilengkapi pada saat operan dan *preconference*

Penerapan asuhan keperawatan dengan melakukan interaksi dengan klien halusinasi berkolaborasi untuk masing-masing klien halusinasi dengan perawat ruangan melakukan terapi generalis dan penulis melakukan terapi spesialis sesuai dengan tanggung jawab perawat masing-masing yang telah tertulis di daftar alokasi pasien yang dilakukan interaksi dalam sehari minimal dua kali pada setiap klien halusinasi. Visit dokter juga dilakukan oleh dokter psikiatri yang didampingi oleh perawat ruangan untuk melaporkan hasil tindakan keperawatan pada klien halusinasi yang sudah dilakukan oleh perawat, sehingga ada tindak lanjut dari tenaga medis (dokter) terhadap terapi obat yang diberikan dari resep dokter.

Hasil pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di ruang Sadewa perawat mengevaluasi kegiatan asuhan keperawatan yang sudah dilakukan yaitu salah satunya audit dokumentasi untuk mengevaluasi dokumen asuhan keperawatan pada klien halusinasi yang telah dilaksanakan oleh perawat, kegiatan audit dokumentasi dilakukan setelah klien halusinasi pulang atau meninggal, hasil audit tersebut direkapitulasi dalam satu bulan. Melakukan evaluasi indikator mutu pada klien halusinasi untuk mengetahui jumlah rata-rata lama rawat klien halusinasi yaitu 45-60 hari, untuk mengevaluasi penilaian kinerja perawat, juga dapat dilakukan dengan melihat peningkatan kemampuan klien halusinasi dalam menggunakan pikiran dan perilaku yang positif dalam mengontrol halusinasi yang muncul.

Klien yang mengalami halusinasi sebagian besar berjenis kelamin laki-laki yaitu 13 klien (65%). Usia klien yang mengalami halusinasi terbanyak adalah usia 40-65 tahun sebanyak 15 klien (75%). Sebagian besar klien belum menikah yaitu 10 klien (50%). Sebagian besar klien berpendidikan menengah yaitu 9 klien (45%). Sebagian besar klien tidak bekerja sebanyak 13 klien (65%). Lama sakit klien terbanyak adalah kurang dari 10 tahun sebanyak 12 klien (64%). Lama rawat klien yang sekarang terbanyak adalah 2 bulan dan 3 bulan (25%) dan frekuensi masuk RS terbanyak adalah lebih dari 3 kali yaitu 10 klien (50%). Jumlah klien sebagian besar sudah pulang sebanyak 17 klien (85%). Rata-rata rawat klien halusinasi sebagian besar 2 bulan sebanyak 8 klien (47%). Rata-rata rawat klien yang mengalami gangguan jiwa mulai 9 hari sampai 54 hari (2 minggu-2 Bulan). Respon terhadap stressor yang meliputi respon kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan respon sosial. Respon kognitif, sebagai respon kognitif yang dilakukan klien dengan halusinasi yang terbanyak adalah tidak mampu

membedakan yang nyata dan tidak nyata sebanyak 16 klien (80%).

Pengkajian aspek biologis didapatkan hasil bahwa klien dengan halusinasi terbanyak disebabkan oleh faktor genetik yang dialami oleh 10 orang klien (50%). Faktor genetik yang muncul pada klien dari adik, kakak dan orang tua serta dari saudara orang tua (paman, dan tante).Pengkajian aspek psikologis didapatkan hasil bahwa klien halusinasi terbanyak disebabkan oleh masa lalu yang tidak menyenangkan yang dialami oleh 18 klien (90%). Masa lalu yang tidak menyenangkan pada klien yang banyak terjadi yaitu pengalaman saat kecil suka diejek oleh teman bermain, kurang mendapat penghargaan dari orang tua maupun orang lain, jarang mendapatkan kasih sayang dari orang tua, penolakan dari keluarga, putus cinta dan pergaulan bebas. Pengkajian aspek sosiokultural didapatkan hasil bahwa klien halusinasi terbanyak disebabkan oleh masalah pekerjaan dan belum menikah yang dialami oleh 7 klien (35%). Masalah pekerjaan yang dialami klien yaitu sulit mendapatkan pekerjaan yang sesuai keinginan klien dan ada permasalahan ketika masih bekerja. Berdasarkan kasus yang telah dikelola pada 20 klien halusinasi ditemukan stressor presipitasi biologis sebagian besar berupa riwayat putus obat sebanyak 14 klien (70%) yaitu selama klien di rumah klien tidak mau minum obat, tidak pernah kontrol kembali di pelayanan kesehatan, jadi pengobatan klien terputus. Pada stressor psikologis sebagian besar disebabkan oleh keinginan klien yang tidak terpenuhi sebanyak 9 (45%) yaitu keinginan klien untuk menikah, mempunyai uang dan pekerjaan yang layak serta ingin mendapatkan perhatian dari keluarga. Pada stressor sosiokultural sebagian besar karena adanya masalah ekonomi yang dialami 5 klien (25%) yaitu karena klien belum bekerja, sehingga klien belum mempunyai uang sendiri, semua keuangan tergantung dengan orangtua.

Pengkajian asal stressor, sumber permasalahan pada klien halusinasi sebagian besar berasal dari individu itu sendiri yaitu sebanyak 18 klien (90%). Lamanya klien terpapar stressor sebagian besar kurang dari 2 bulan sebanyak 12 klien (60%). Seluruh klien yang mengalami halusinasi mengalami lebih dari 3 stressor yaitu sebanyak 10 klien (50%), stressor dari biologis, psikologis dan sosial budaya setiap klien berbeda.

Respon afektif yang terbanyak pada klien halusinasi adalah mudah marah 15 klien (75%). Respon fisiologis yang terbanyak adalah lelah/letih/lemah 13 klien (65%). Respon perilaku yang terbanyak adalah mengatakan mendengar suara-suara atau melihat atau merasakan sesuatu 17 klien (85%). Respon sosial yang terbanyak pada klien halusinasi adalah menghindari orang lain dan mengurung diri 15 klien (75%). Sebagian besar kemampuan klien halusinasi tidak mampu memodifikasi perilaku negatif menjadi positif sebanyak 20 klien (100%). Sebagian besar klien halusinasi yakin akan sembuh sebanyak 17 klien (85%). Dukungan keluarga yang terbanyak pada klien halusinasi adalah keluarga tidak mampu yang mampu merawat klien dengan halusinasi dan tidak mampu memodifikasi lingkungan sebanyak 14 klien (70%). Dukungan kelompok yang terbanyak pada klien halusinasi adalah kelompok tidak tahu cara merawat sebanyak 17 klien (85%). Ketersediaan finansial, sebagian besar klien halusinasi menggunakan biaya pribadi sebanyak 13 klien (65%). Jangkauan rumah klien dengan Rumah Sakit jiwa sebagian besar dekat sebanyak 13 klien (65%).

Tindakan keperawatan generalis dan spesialis yang diberikan kepada 20 klien dengan diagnosa keperawatan halusinasi yang berada di ruang Sadewa yaitu seluruh klien dilakukan tindakan keperawatan generalis, tindakan keperawatan spesialis yang paling banyak dilakukan adalah terapi kognitif (CT) 10 klien (50%), terapi

kognitif dan perilaku sebanyak 7 klien (35%), terapi perilaku 3 klien (15%) dan psikoedukasi keluarga sebanyak sebanyak 7 keluarga klien (35%).

Secara umum klien mengalami penurunan halusinasi yang muncul. Hal ini tampak dari adanya penurunan gejala/respon pada klien dengan membandingkan respon klien saat sebelum diberikan terapi kognitif, terapi perilaku kognitif, terapi perilaku dan psikoedukasi keluarga. Perubahan atau selisih yang paling besar terlihat pada respon perilaku perilaku yang mengatakan mendengar suara-suara atau melihat bayangan 100% dan pada respon kognitif khususnya tidak mampu membedakan yang nyata dan tidak nyata 100%, respon afektif pada aspek mudah marah 86%, respon fisiologis pada letih/lemah dan lesu 86%, dan respon sosial mengurung diri dan menghindari orang lain 100%. Data tersebut menunjukkan bahwa dengan pemberian terapi perilaku kognitif, terapi perilaku kognitif dan terapi perilaku, serta setelah mendapatkan dukungan dari keluarga terutama bagi klien yang keluarganya mendapatkan terapi psikoedukasi keluarga, maka respon klien halusinasi terhadap stresor akhirnya menunjukkan respon yang adaptif baik secara kognitif, afektif, fisiologis, sosial, maupun perilaku.

Klien mengalami peningkatan kemampuan klien dalam mengatasi halusinasi yang muncul dengan melakukan merubah pikiran dan perilaku yang negatif menjadi positif. Perubahan yang paling besar yaitu pada kemampuan klien dalam memodifikasi perilaku yang negatif menjadi positif yaitu sebanyak 100%. Data tersebut menunjukkan bahwa dengan pemberian terapi perilaku kognitif, terapi perilaku kognitif dan terapi perilaku, serta setelah mendapatkan dukungan dari keluarga terutama bagi klien yang keluarganya mendapatkan terapi psikoedukasi keluarga, maka respon klien halusinasi terhadap kemampuan klien

akhirnya menunjukkan kemampuan perilaku yang positif.

PEMBAHASAN

Penerapan terapi generalis dan terapi perilaku dan kognitif menunjukkan hasil yang lebih efektif mengubah pikiran dan perilaku klien dengan halusinasi. Hal ini terbukti dengan perubahan respon terhadap stressor baik respon perilaku, fisiologis, afektif, sosial dan kognitif. Hasil yang dicapai yaitu, klien menunjukkan peningkatan dalam hal respon terhadap stressor pada lima aspek yaitu respon kognitif mampu membedakan yang nyata dan tidak nyata dan mampu memahami cara mengontrol halusinasi 100%, respon afektif yang mampu mengurangi perasaan takut 100%, mampu mengontrol marah dan tidak tersinggung sebesar 86%, tidak curiga terhadap orang lain 100%. Respon fisiologis yang ditunjukkan tidak muncul kondisi lemah/lesu 86%. Respon perilaku klien tidak tertawa dan senyum sendiri, mondar-mandir, mau merawat diri, mengatakan sudah tidak mendengar suara dan melihat bayangan sebanyak 100%. Respon sosial klien sudah tidak mengurung diri, tidak menghindari dengan orang lain dan tidak curiga dengan orang lain sebanyak 100%.

Peningkatan kemampuan klien dalam mengontrol halusinasi yaitu sebagian klien mampu mengidentifikasi pikiran negatif yang muncul, klien sudah mampu menggunakan tanggapan yang rasional, klien mampu memodifikasi pikiran yang negatif menjadi positif. Peningkatan kemampuan dalam mengontrol halusinasi yang muncul kemampuan dalam mengontrol halusinasi (menghardik, bercakap-cakap, melakukan kegiatan dan minum obat) dan mampu mengidentifikasi pikiran dan perilaku otomatis yang negatif, mampu menggunakan tanggapan yang rasional terhadap pikiran yang negatif, mampu memodifikasi perilaku negatif menjadi positif dengan memberikan token dan mampu menjelaskan pentingnya

psikofarma sebesar 100%. Pada pemberian terapi perilaku kognitif memberikan peningkatan kemampuan klien dan respon terhadap stressor pada aspek kognitif, afektif, fisiologis dan sosial.

Hasil pengkajian pada klien dengan halusinasi di ruang Sadewa menunjukkan bahwa banyak klien yang merasa yakin akan kesembuhan klien yaitu sebanyak 17 klien (85%). Keyakinan dan gambaran positif seseorang dapat menjadi dasar dari harapan yang dapat mempertahankan coping adaptif walaupun dalam kondisi penuh stressor. Keyakinan harus dikuatkan untuk membentuk keyakinan positif (kognitif) dan dapat menguatkan afektif, kestabilan fisiologis tubuh, perilaku konstruktif dan sosial yang baik. Kondisi ini klien dengan halusinasi perlu mendapatkan terapi yang lebih *advance* yaitu terapi perilaku kognitif (Stuart, 2009). Dapat disimpulkan bahwa sebagian besar menunjukkan dukungan sosial dan keyakinan yang positif akan berpengaruh terhadap kondisi kesehatan klien.

Dukungan sosial dan keyakinan positif ini berkorelasi positif dengan halusinasi. Semakin negatif keyakinan klien dan tidak adanya dukungan sosial, maka semakin berat halusinasi yang dialami klien. Keyakinan positif yang muncul pada klien halusinasi akan mempermudah perawat dalam melakukan tindakan keperawatan terutama dalam menerapkan terapi perilaku kognitif yaitu antara perawat dan klien dapat bekerjasama dengan baik dalam proses terapi hal ini dapat dijelaskan oleh teori Peplau bahwa perawat dan klien mengidentifikasi satu masalah pertama kali dan mulai fokus pada tindakan yang tepat, pendekatan yang dilakukan melalui perbedaan latar belakang dan keunikan setiap individu. Setiap individu dapat pandang sebagai satu struktur yang unik biologis, psikologis, spiritual dan sosial yang satu dengan yang lain tidak bertentangan. Setiap individu telah belajar dari lingkungan, adat istiadat, kebiasaan,

dan kepercayaan yang berbeda yang membentuk budaya individu tersebut. Setiap orang datang dari (pemikiran) sudut pandang yang berbeda sehingga mempengaruhi persepsi dan perbedaan persepsi ini sangat penting dalam proses interpersonal (Fitzpatrick, 1989). Konsep ini didukung oleh Genevieve Burton (1950) setiap permasalahan akan mempengaruhi kepribadian perawat dan meningkatkan profesionalisme. Ciri perawat yang memiliki perubahan langsung dalam terapeutik, hubungan interpersonal. Peplau mengidentifikasi empat tahapan hubungan interpersonal yang saling berkaitan yaitu: (1) orientasi, (2) identifikasi, (3) eksploitasi, (4) resolusi (pemecahan masalah). Setiap tahapan saling melengkapi dan berhubungan sebagai satu proses untuk penyelesaian masalah.

Hal ini sesuai dengan pendapat Oemarjoedi (2003) bahwa terapi perilaku kognitif meyakini pola pemikiran manusia terbentuk melalui proses rangkaian stimulus-kognisi-respon yang saling terkait dan membentuk jaringan dalam otak manusia, dimana faktor kognitif akan menjadi penentu dalam menjelaskan bagaimana manusia berpikir, merasa, dan bertindak. Hasil penelitian ini juga didukung oleh hasil penelitian sebelumnya Hidayat (2011) dalam penelitiannya tentang pengaruh terapi perilaku kognitif pada klien perilaku kekerasan yang mengalami peningkatan kemampuan kognitif untuk mengurangi munculnya perilaku kekerasan. Hasil penelitian Sasmita, Keliat & Budiharto (2007) bahwa dalam penelitiannya tentang pengaruh terapi perilaku kognitif yang diterapkan pada klien HDR yang mendapatkan hasil yang terjadi peningkatan kemampuan kognitif secara bermakna. Hasil penelitian Lelono, Keliat & Besral (2010) tentang pengaruh terapi perilaku kognitif pada klien halusinasi dan perilaku kekerasan mendapatkan hasil terjadi peningkatan kemampuan kognitif secara bermakna.

Menurut Davis dkk (2005) mengatakan terapi perilaku kognitif dapat diberikan klien skizofrenia untuk intervensi meningkatkan kepercayaan yang positif bagi klien sehingga muncul perilaku yang positif juga pada klien.

Menurut Fauziah, Hamid & Nuraini (2009) mengatakan terapi perilaku kognitif dapat meningkatkan kemampuan kognitif dan perilaku klien skizofrenia dengan perilaku kekerasan, Wahyuni, Keliat & Yusron (2010) mengatakan terapi perilaku kognitif dapat meningkatkan kemampuan kognitif dan perilaku klien halusinasi, Erwina, Keliat, Yusron & Helena (2010) mengatakan terapi perilaku kognitif dapat meningkatkan kemampuan kognitif dan perilaku klien pasca gempa. Sesuai penelitian yang telah dilakukan oleh Morisson (2009) mengatakan terapi perilaku kognitif dapat diberikan pada klien skizofrenia yang menjadikan klien dapat mengontrol perilaku marah, mengontrol klien yang berbicara sendiri atau halusinasi dan dapat meningkatkan hubungan klien baik di rumah sakit, keluarga dan di tempat kerja. Dapat disimpulkan bahwa penerapan tindakan keperawatan spesialis terapi perilaku kognitif pada klien dengan halusinasi dapat meningkatkan kemampuan klien mengubah status pikiran, dan perasaannya klien dari perilaku negatif menjadi positif.

Terapi spesialis psikoedukasi keluarga merupakan terapi lanjut dari terapi generalis yang mengukur aspek kognitif, afektif dan psikomotor keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa. Hasil yang didapatkan adalah 100% keluarga memiliki kemampuan dalam melaksanakan 5 tugas perkembangan keluarga yang meliputi mengenal masalah halusinasi, mengambil keputusan untuk merawat anggota keluarga dengan halusinasi, melakukan perawatan pada anggota keluarga dengan masalah halusinasi, memodifikasi lingkungan yang mendukung untuk perawatan anggota

keluarga dengan masalah halusinasi dan memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk merawat anggota keluarga dengan masalah halusinasi.

Dukungan sosial adalah dukungan untuk individu yang didapat dari keluarga, teman, kelompok atau orang-orang disekitar klien termasuk perawat dalam ruangan dan dukungan terbaik yang diperlukan oleh klien adalah dukungan dari keluarga (Maglaya, 2009). Keluarga sebagai *care giver* bagi klien harus memiliki kemampuan tentang cara merawat klien (Maglaya, 2009). Dukungan sosial adalah sumber dukungan yang berasal dari eksternal dan merupakan komponen terpenting dalam sumber coping yang perlu dikembangkan (Stuart, 2009). Sebagian besar kenyataan yang banyak ditemukan bahwa kurangnya dukungan sosial dan keluarga untuk membantu klien dalam mengembangkan kemampuan yang positif yang menyebabkan klien sering mengalami masalah kembali pada klien atau halusinasi kembali muncul. Hal ini terbukti dari rendahnya kunjungan keluarga yang dilihat dari frekuensi kunjungan keluarga klien di rumah sakit, motivasi yang rendah dari keluarga untuk merawat klien dirumah, rendahnya kelompok pemerhati gangguan jiwa di masyarakat dan belum terlibatnya klien pada kelompok-kelompok suportif.

Kondisi ini menurut penulis dikaitkan dengan stigma dan beban yang diterima keluarga atau masyarakat, padahal keluarga sebagai *care giver* bagi klien harus memiliki kemampuan tentang cara merawat klien (Maglaya, 2009). Hal tersebut sesuai pendapat Levine (2002) menyatakan bahwa tujuan pemberian terapi ini adalah untuk mengurangi dan mencegah kekambuhan klien serta mempersiapkan klien kembali kedalam lingkungan keluarga dan masyarakat dengan memberikan ketrampilan dan penghargaan terhadap fungsi sosial dan okupasi klien selain itu tujuan lainnya

adalah memberikan dukungan terhadap anggota keluarga dalam dalam mengurangi beban keluarga terutama beban fisik dan mental dalam merawat klien dengan gangguan jiwa dalam waktu yang lama. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Sari, Keliat, Helena & Susanti (2009) psikoedukasi keluarga pada klien gangguan jiwa, meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat klien dirumah serta meningkatkan peran serta keluarga dalam perawatan klien dirumah sakit. Dapat disimpulkan bahwa terapi psikoedukasi keluarga sangat diperlukan pada keluarga untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi saat sudah di rumah.

Terapi kognitif diberikan pada 10 klien 50% klien yang mengalami peningkatan kemampuan dalam mengontrol halusinasi sebesar 95%. Peningkatan kemampuan kognitif setelah dilakukan terapi kognitif karena klien halusinasi diidentifikasi pikiran yang negatif yang muncul yang menyebabkan perubahan perilaku pada klien dan latihan untuk melawan pikiran negatif untuk menjadi positif sehingga memunculkan suatu pikiran yang positif dan rasional sebanyak 100%. Perubahan kemampuan kognitif ini sesuai dengan pernyataan (Bloom 1956 dalam Bastable 2002) bahwa pengetahuan atau kognitif merupakan salah satu bagian atau domain dari perilaku selain sikap (afektif) dan perilaku (psikomotor) yang ketiganya saling mempengaruhi respon kognitif yang menjadi peran sentral dalam proses adaptasi. Kemampuan kognitif juga akan membentuk cara berfikir seseorang untuk memahami faktor yang berkaitan dengan kondisinya (Edelman & Mandle, 1994 dalam Potter & Perry, 2005).

Menurut Rahayuningsih dan Hamid (2008), terapi kognitif cukup efektif memperbaiki persepsi individu yang pada akhirnya dapat menurunkan ansietas pada klien dengan sakit fisik di RS

Darmais. Hasil implementasi oleh Syafwani, Hamid & Budiharto (2008), menggambarkan bahwa terapi kognitif dapat digunakan tidak hanya pada klien harga diri rendah dan percobaan bunuh dirisaja, namun dapat juga dapat digunakan pada klien yang mempunyai masalah ansietas. Menurut Burns (1988), terapi kognitif efektif dan cepat memperbaiki kondisipsikis klien yang terganggu, termasuk ansietas, dan mengalamikesulitan konsentrasi berfikir. Menurut Sarfika, Keliat & Wardani (2012), terapi kognitif juga efektif dalam meningkatkan kemampuan klien dalam mengubah pikiran negatif klien.

Terapi perilaku diberikan pada 15% klien yang mengalami peningkatan dalam mengurangi perilaku tertawa dan berbicara sendiri sebesar 100%. Peningkatan perilaku yang positif setelah dilakukan terapi perilaku karena klien halusinasi diidentifikasi perilaku yang negatif yang muncul yang menyebabkan klien muncul perilaku suka marah, menyendiri dan tertawa dan berbicara sendiri dan latihan untuk melawan perilaku negatif untuk menjadi positif, sehingga memunculkan suatu perilaku yang positif dan rasional dengan memberikan kegiatan di ruangan yang dapat mengurangi kembali perilaku klien yang mengalami halusinasi sebanyak 100%, meskipun kadang masih muncul ketidakmampuan klien dalam mengidentifikasi pikiran negatif yang muncul dengan menggunakan tanggapan rasional terhadap pikiran klien yang negatif karena klien merasa halusinasi yang dialami adalah kenyataan yang dialami oleh klien dan menyenangkan bagi klien, sehingga dengan terapi ini lebih banyak terjadi peningkatan kemampuan pada perilaku klien ketika muncul halusinasi.

Latihan ini ditunjang juga dengan *reward*/token ekonomi agar klien termotivasi untuk berperilaku positif, sehingga akhirnya klien mempunyai kemampuan kognitif, afektif dan perilaku

dalam mengontrol halusinasi yang muncul dan mampu mencegah timbulnya perilaku yang sama. Menurut Albert Ellis, manusia pada dasarnya adalah unik yang memiliki kecenderungan untuk berpikir rasional dan irrasional. Ketika berpikir dan bertindak laku rasional manusia akan efektif, bahagia, dan memiliki kemampuan. Menurut Froggatt (2005) mengemukakan suatu penjelasan tentang sebab akibat biopsikososial yang merupakan kombinasi dari faktor biologis, psikologis dan sosial yang mempengaruhi perasaan dan perilaku seseorang, bahwa keadaan biologis seseorang juga mempengaruhi perasaan dan perilakunya, ini merupakan hal yang penting dan perlu diingat oleh therapis untuk memahami seberapa besar kemampuan manusia dapat berubah. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Parendrawati, Keliat & Haryati (2008) menerapkan terapi perilaku dengan memberikan token ekonomi pada klien defisit perawatan diri dapat merubah perilakunya dalam melakukan perawatan diri. Penerapan terapi ini dilakukan lebih banyak terfokus pada perilaku negatif yang muncul ketika mengalami halusinasi, sehingga kurang efektif ketika dilakukan pada klien halusinasi muncul perilaku negatif sehingga berdampak pada pikiran yang negatif.

KESIMPULAN

Karakteristik klien halusinasi di Ruang Sadewa sebagian besar klien laki-laki, berusia 40-65 tahun, belum menikah dengan berpendidikan tinggi, dan tidak bekerja dengan lama sakit klien terbanyak adalah kurang dari 10 tahun dan lama rawat klien terbanyak adalah 2 bulan dan 3 bulan, dengan rata-rata rawat inap klien 60 hari.

Faktor predisposisi pada klien halusinasi di ruang Sadewa 50% karena faktor genetik, 90% mempunyai pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, 35% klien mempunyai masalah pekerjaan dan tidak menikah. Faktor presipitasi klien halusinasi

70 % karena putus obat, 45% keinginan klien yang tidak terpenuhi, 25% karena masalah ekonomi, 90 % stressor berasal dari internal, 60% dalam waktu lebih dari dua bulan, 50% disebabkan lebih dari 3 stressor.

Respon kognitif klien halusinasisebelum dilakukan tindakan keperawatan 80% tidak mampu membedakan yang nyata dan tidak nyata, 75% respon afektif yang muncul mudah marah, 65% respon fisiologis yang muncul lelah/letih/lemah, 85% respon perilaku yang muncul mengatakan mendengar suara-suara atau melihat atau merasakan sesuatu, sedang 75% respon sosial yang muncul menghindari dari orang lain dan mengurung diri.

Kemampuan klien sebelum dilakukan tindakan keperawatan, 20% klien tidak mampu memodifikasi perilaku yang negatif menjadi positif, 85% keyakinan positif klien akan sembuh, 50% keluarga tidak mengenal masalah yang dialami klien, tidak mampu memutuskan, tidak mampu merawat klien dan tidak mampu memodifikasi lingkungan.

Terapi spesialis keperawatan jiwa yang dilakukan di Ruang Sadewa adalah terapi kognitif (CT) pada 10 klien, terapi kognitif dan perilaku pada 7 klien, terapi perilaku pada 3 klien, dan psikoedukasi keluarga pada 7 keluarga klien, setelah dilakukan ketiga terapi tersebut terjadi peningkatan kemampuan klien dan keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi yang berdampak pada respon kognitif, afektif dan perilaku yang positif.

Terapi spesialis keperawatan jiwa dengan halusinasi tidak berfokus pada satu terapi saja melainkan merupakan gabungan dari beberapa terapi sesuai dengan kebutuhan klien, maka dapat dikatakan bahwa keberhasilan klien juga merupakan kombinasi dari macam-macam terapi modalitas yaitu dari terapi keperawatan, psikofarmaka dari medik dan lainnya. Hasil

evaluasi pelaksanaan terapi menunjukkan bahwa terapi yang dilakukan baik generalis maupun spesialis yang memberikan dampak terjadi peningkatan kemampuan klien dalam mengontrol halusinasi dan penurunan tandan dan gejala munculnya halusinasi.

SARAN

Perawat seharusnya melakukan asuhan keperawatan dengan mengevaluasi kemampuan klien halusinasibaik kognitif, afektif dan psikomotor klien sebelum melakukan tindakan keperawatan supaya dapat mengukur keberhasilan tindakan keperawatan yang sudah dilakukan. Melakukan pendidikan kesehatan bagi keluarga klien yang datang ke Rumah Sakit untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi.

Perawat melakukan kerjasama dengan klien supaya terbina hubungan saling percaya antara perawat dan klien sebelum melakukan tindakan keperawatan dan perawat harus dapat memberikan bimbingan terhadap masalah klien, sehingga pemecahan masalah akan mudah dilakukan

DAFTAR PUSTAKA

Caroline.,Keliat.B.A.,Sabri.L(2008).

Pengaruh Penerapan Standar Asuhan Keperawatan Halusinasi terhadap Kemampuan Klien Mengontrol Halusinasi di RS Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta. Tesis. Jakarta. FIK UI. Tidak dipublikasikan.

Copel, L.C. (2007). *Kesehatan Jiwa dan Psikiatri: Pedoman Klinis Perawat.* Jakarta, EGC

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2008). *Riset kesehatan dasar 2007.* <http://www.litbang.depkes.go.id/Lap>

- [oranRKD/IndonesiaNasional.pdf](#). pada tanggal 22 Mei 2013.
- Erwina, I., Keliat., Yusron. N., Helena. N. *Pengaruh Cognitive Behavior Therapy Terhadap Post Traumatic Stress Disorder Pada Penduduk Pasca Gempa di Kelurahan Air Tawar Barat Kecamatan Padang Utara Propinsi Sumatera Barat.* FIK-UI. Tidak dipublikasikan.
- Fauziah., Hamid, A.Y., Nuraini. T (2009). *Pengaruh Terapi Perilaku Kognitif (TPK) Pada Klien Skizofrenia Dengan Perilaku Kekerasan di Rumah sakit Marzoeki Mahdi Bogor.* Tesis FIK-UI. Tidak dipublikasikan.
- Fontaine, K.L. (2009). *Mental Health Nursing.* 7th ed. New Jersey : Pearson Education, Inc.
- Fortinash, K.M., & Worret, P.A.H. (2007). *Psychiayric Mental Health Nursing.* 4rd ed. USA : Mosby, Inc.
- Friedman, (2010). *Keperawatan keluarga teori dan praktek.* (Edisi 5). Jakarta: EGC
- Froggatt, W (2005). *A brief introduction to rational emotive behaviour therapy, journal of rational emotive behaviour therapy,* pada tanggal 29 Mei 2013.
- Fitzpatrick. (1989). *Conseptual Models of Nursing Analysis and Aplication.* 2rd. California
- Granhholm, E., dkk. (2006). *Cognitive Behavioral Socials Skills Training for Improving Social Functioning in People with Achizophrenia.* Ongoing Research. <http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NC/T00338975>. pada tanggal 29 Mei 2013
- http://currentnursing.com/nursing_theory/interpersonal_theory.html, pada tanggal 12 Mei 2013
- Hidayati. N., Hamid.A.Y., Mustikasari., *Terapi Suportif Pada Klien Skizofrenia Dengan Perilaku Kekerasan Dalam Mengatasi Perilaku Kekerasan Di RSJ Amino Gondohutomo Semarang.* Tesis FIK-UI. Tidak dipublikasikan.
- Iswanti, D.I., Helena, N.C.D., Wardani, I.Y., (2012). *Pengaruh Terapi Perilaku Modeling Persiapan Terhadap Kepatuhan Minum Obat Pada Klien Penatalaksanaan Regimen Terapeutik Tidak Efektif di RSJD Amino Gondohutomo Semarang.* Tesis FIK-UI. Tidak dipublikasikan.
- Keliat, B.A., (2006). *Peran Serta Keluarga Dalam Perawatan Klien Gangguan Jiwa.* Jakarta : EGC
- Lelono, S.K., Keliat, B.A., Besral (2011). *Efektivitas Cognitive Behaviour Therapy dan Rational Emotive Therapy Pada Perilaku Kekerasan, Halusinasi dan Harga Diri Rendah di Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor.* Tesis FIK-UI. Tidak dipublikasikan.
- Maglaya. (2009). *Nursing Practice in the community,* fifth edition, Marikina city.
- Martin, P.F. (2010). CBT. 27 Mei 2013 <http://www.minddisorders.com/Brdel/Cognitive-behavioral-therapy.html>
- Morrison. (2009). *Cognitive behavior therapy for people with schizofrenia.* Department of Psychiatry. Wright State University Boonshoft School of Medicine, Dayton, Ohio.

- Oemarjoedi, A.K., (2003). *Pendekatan Cognitive Behavioral Dalam Psikoterapi*. Jakarta : Kreatif Media.
- Parendrawati, D.,P. Keliat, B.A, Haryati, T.S (2008). *Pengaruh Terapi Token Ekonomi pada Klien Defisit Perawatan Diri di RSMM Bogor, Tesis*. Jakarta. FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Potter , P., (2005). *Fundamentals of Nursing : Concept, Process, and Practice*. Alih bahasa Yasmin Asih, dkk. Jakarta : EGC
- Rahayuningsih, Hamid, A. Y. (2007). *Pengaruh Terapi Kognitif terhadap tingkat harga diri dan kemandirian pasien dengan kanker payudara di RS Kanker Dharmais Jakarta*. Tesis. FIK UI. Jakarta. Tidak dipublikasikan.
- Sarfika, R.,Keliat, B.A.,Wardani, I.Y. (2012). *Pengaruh Terapi Kognitif dan Logoterapi terhadap Depresi, Ansietas Kemampuan Mengubah Pikiran Negatif dan Memaknai Hidup Klien Diabetes Melitus di RSUP Dr. M Djamil Padang*. Tesis. FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Sari, H.,Keliat, B.A., Helena, N.C.D., Susanti, H. (2009). *Pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien pasung di Kabupaten Bireuen Nanggroe Aceh Darussalam*. FK UI. Tidak dipublikasikan.
- Sasmita, H., Keliat, B.A.,Budiharto (2007). *Efektifitas Cognitive Behavioral Therapy (CBT) pada Klien Harga Diri Rendah di RS Dr. Marzoeeki Mahdi Bogor tahun 2007*. Tesis FIK-UI. Tidak dipublikasikan
- Sinaga, B.R. (2008). *Skizofrenia & Diagnosis Banding*. Jakarta., Balai Penerbit, Fakultas Kedokteran – Universitas Indonesia,
- Stuart, G.W. & Laraia, M.T. (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, 8th ed. Missouri : Mosby, Inc.
- Stuart, G.W. (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, 9th ed. Missouri : Mosby, Inc.
- Sudiatmika, I.K., Keliat, B.A.,Wardani, IY., (2011). *Pengaruh Cognitive Behaviour Therapy dan Rational Emotive Behaviour Therapy Pada Perilaku Kekerasan dan Halusinasi di Rumah Sakit Marzoeeki Mahdi Bogor*. Tesis FIK-UI. Tidak dipublikasikan.
- Videbeck, S.L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC.
- Wahyuni, SE., Keliat, B.A., Yusron, N. (2010). *Pengaruh Cognitive Behaviour Therapy Terhadap Halusinasi Pasien di Rumah Sakit Jiwa Pemprosu Medan*. Tesis FIK-UI. Tidak dipublikasikan.
- Wardani, Keliat, & Mustikasari. (2003). *Karakteristik Klien yang Dirawat di Ruang Model Praktik Keperawatan Profesional Rumah Sakit Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor*. *Makara, Kesehatan*, 7 (1).
- WHO. (2008). *Mental health*. Mei 4. www.who.int/mental_health/en/investing_in_mnh_final.pdf
- WHO. (2009). *Improving Health System and Service for Mental Helath* : WHO Library Cataloguing-in-Publication Data