

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Halusinasi

1. Definisi

Halusinasi adalah keadaan di mana seseorang tidak dapat membedakan rangsangan internal (pikiran) dari rangsangan eksternal (dunia luar), yang berarti seseorang memiliki persepsi atau pemahaman tentang lingkungan mereka tanpa adanya objek atau rangsangan nyata. Gejala gangguan jiwa ini termasuk perubahan persepsi sensori, seperti merasakan sensasi palsu seperti suara, pendengaran, pengecapan, atau penghiduan. (Aprilia and Zaini, 2023).

Salah satu gejala gangguan jiwa adalah halusinasi, di mana orang yang menderita mengalami perubahan dalam persepsi sensorinya dan mengalami sensasi palsu seperti sentuhan, suara, dan gambar. Pasien menganggap tidak ada rangsangan yang sebenarnya (Indra Cahyani, 2023) Halusinasi adalah kesalahan persepsi yang terjadi pada respon neurobiologist maladaptive. Penderita sebenarnya mengalami distorsi sensori dan meresponnya (Aprilia and Zaini, 2023).

Suatu gejala gangguan jiwa adalah halusinasi. Pasien yang mengalami perubahan persepsi sensori dapat merasakan sensasi

palsu seperti suara, pendengaran, pengecapan, perabaan, atau penghiduan. Pasien mengalami stimulus yang sebenarnya tidak ada (Aprilia and Zaini, 2023).

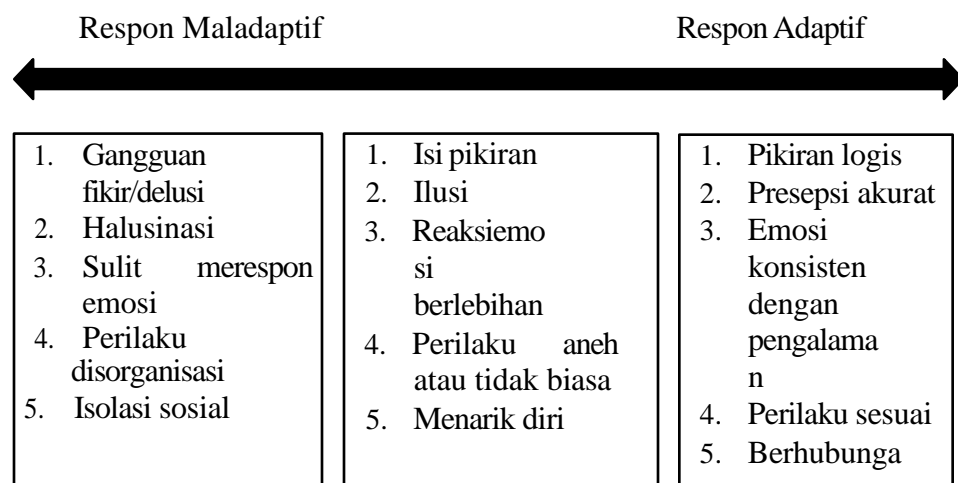
Halusinasi didefinisikan sebagai persepsi klien terhadap lingkungannya tanpa stimulus nyata; dengan kata lain, klien menginterpretasikan stimulus atau rangsangan dari luar yang tidak nyata (Aprilia and Zaini, 2023). Halusinasi merupakan salah satu diagnosa dalam gangguan jiwa atau gangguan mental. Halusinasi didefinisikan sebagai terganggunya persepsi sensori seseorang, dimana tidak ada stimulus. Pasien akan merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada (Fatma arumba riyanti, 2022). Halusinasi terjadi ketika persepsi diterima oleh panca indera tanpa pengaruh dari luar. Klien halusinasi sering merasakan kondisi atau keadaan unik yang tidak dapat dirasakan orang lain (Maryanah, Pratiwi and Mentari, 2024)

Berdasarkan beberapa pengertian diatas, dapat di simpulkan bahwa halusinasi adalah gangguan persepsi sensori tentang suatu objek atau gambaran dan pikiran yang sering terjadi tanpa adanya rangsangan dari luar yang dapat meliputi semua sistem pengindraan.

2. Rentang Respon Halusinasi

Rentan respon menurut Stuart (2019), adalah

Gambar 2. 1 Rentang Respon Neurobiologi Halusinasi



3. Etiologi

Faktor predisposisi klien halusinasi menurut (Syahdi, Syahdi and Pardede, 2020)

a. Faktor Predisposisi

- 1) Faktor perkembangan Tugas perkembangan klien terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri.
- 2) Faktor sosiokultural Seseorang yang merasa tidak diterima dilingkungan sejak bayi akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungan.
- 3) Biologi Faktor biologis mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan

dialami seseorang maka didalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogen neurokimia. Akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktivitasnya neurotransmitter otak.

- 4) Psikologis Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan psien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya, klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam khayal.
- 5) Sosial Budaya Meliputi klien mengalami interaksi social dalam fase awal dan comfortin, klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Klien asyik dengan Halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi social, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata.

b. Faktor Presipitasi Menurut Stuart dan Sudeen faktor presipita dapat meliputi (Syahdi, Syahdi and Pardede, 2020) :

- 1) Biologis Gangguan dalam komunikasi dan putaran balik otak, yang mengatur proses informasi serta abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif

menanggapi stimulus yang diterima oleh otak untuk diinterpretasikan.

- 2) Stress lingkungan Ambang toleransi terhadap stress yang berinteraksi terhadap stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.
- 3) Sumber koping mempengaruhi respon individu dalam menanggapi stressor.

4. Fase Halusinasi

Menurut Riyanti (2022), Fase halusinasi terbagi atas :

a. Fase pertama /sleep disorder

Pada fase ini klien merasa banyak masalah,ingin menghindari dari lingkungan,takut diketahui orang lain bahwa dirinya banyak masalah. Masalah makin terasa sulit karna berbagai stressor terakumulasi, misalnya kekasih hamil, terlibat narkoba, dikhianati kekasih, masalah dikampus, drop out, dst. Masalah terasa menekan karena terakumulasi sedangkan support sistem kurang dan persepsi terhadap masalah sangat buruk. Sulit tidur berlangsung terus-menerus sehingga terbiasa menghayal. Klien menganggap lamunanlamunan awal tersebut sebagai pemecah masalah

b. Fase Kedua / Comforting

Klien mengalami emosi yang berlanjut seperti adanya perasaan cemas, kesepian, perasaan berdosa, ketakutan, dan mencoba

memusatkan pemikiran pada timbulnya kecemasan. Ia beranggapan bahwa pengalaman pikiran dan sensorinya dapat dia kontrol bila kecemasannya diatur, dalam tahap ini ada kecenderungan klien merasa nyaman dengan halusinasinya.

- c. Fase Ketiga / Condemning
Pengalaman sensori klien menjadi sering datang dan mengalami bias. Klien mulai merasa tidak mampu lagi mengontrolnya dan mulai berupaya menjaga jarak antara dirinya dengan objek yang dipersepsikan klien mulai menarik diri dari orang lain, dengan intensitas waktu yang lama.

- d. Fase Keempat / Kontrolling Severe Level of Anxiety
Klien mencoba melawan suara-suara atau sensori abnormal yang datang. Klien dapat merasakan kesepian bila halusinasinya berakhir. Dari sinilah dimulai fase gangguan psikotik.

- e. Fase ke lima / Conquering Panic Level of Anxiety
Pengalaman sensorinya terganggu. Klien mulai terasa terancam dengan datangnya suara-suara terutama bila klien tidak dapat menuruti ancaman atau perintah yang ia dengar dari halusinasinya. Halusinasi dapat berlangsung selama minimal empat jam atau seharian bila klien tidak mendapatkan komunikasi terapeutik.

5. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala pada klien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi yaitu tersenyum atau tertawa sendiri, berbicara sendiri,

respon yang kurang tepat terhadap realita, melakukan gerakan mengikuti halusinasi, kurang konsentrasi, kurang interaksi dengan orang lain dan bersikap seperti sedang mendengarkan sesuatu (Larasaty and Hargiana, 2019). Tanda dan gejala halusinasi pendengaran menurut PPNI (2018), yaitu:

1) Gejala dan tanda mayor

a) Subjektif

- Mendengar suara bisikan

b) Objektif

- Distorsi sensori
- Respons tidak sesuai
- Bersikap seolah mendengar sesuatu

2) Gejala dan tanda minor

a) Subjektif

- Menyatakan kesal

b) Objektif

- Menyendiri Melamun
- Konsentrasi buruk
- Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi
- Curiga
- Melihat ke satu arah
- Mondar-mandir
- Bicara sendiri

6. Penatalaksanaan Halusinasi

Penatalaksanaan keperawatan pada pasien halusinasi Menurut Muhith, (2018) dalam Nur Syamsi Norma Lalla dan Wiwi Yunita (2022):

a. Penatalaksanaan medis

Penatalaksanaan medis pada pasien skizofrenia yang mengalami halusinasi adalah dengan pemberian obat-obatan dan tindakan antara lain psikofarmakologis dan teknik kejang listrik.

b. Penatalaksanaan Keperawatan

Penatalaksanaan keperawatan yang dimaksud yaitu pelaksanaan Menurut Ilham (2019) dalam Nur Syamsi Norma Lalla & Wiwi Yunita (2022) penerapan strategi pelaksanaan keperawatan yang dilakukan melalui teknik generalis SP 1–4. Teknik generalis ini merupakan salah satu jenis intervensi dalam teknik modalitas dalam bentuk standar asuhan keperawatan dengan menggunakan strategi komunikasi. Adapun teknik yang dimaksudkan ini yaitu: SP1 menghardik halusinasi : mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, respon terhadap halusinasi. Mengajarkan pasien menghardik halusinasi. Mengajarkan pasien memasukan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian. SP2 menggunakan obat secara teratur : mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, memberikan

pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur, menganjurkan pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian. SP3 bercakap-cakap dengan orang lain : mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, menganjurkan pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian. SP4 melakukan aktivitas yang terjadwal : mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan yang biasa dilakukan pasien, menganjurkan pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian.

Impelentasi keperawatan diatas pada klien dengan gangguan jiwa dimulai dengan bina hubungan saling percaya (BHSP) dengan menggunakan komunikasi terapeutik agar mendapat kepercayaan dari klien. Membina hubungan saling percaya sangat diperlukan, sesuai dengan penelitian Syagitta (2020) menjalin BHSP dengan klien dapat menumbuhkan kepercayaan sehingga klien akan lebih terbuka untuk menyampaikan masalah yang dialami dan terkait kondisi dan penyakit klien (Endriyani, S. et al., 2022). Adapun penatalaksanaan keperawatan dengan melakukan teknik kelompok TAK stimulus persepsi halusinasi sebagai berikut :

Sesi 1 : Mengenal halusinasi (jenis, isi, frekuensi, waktu, situasi, perasaan dan respon)

Sesi 2 : Mengontrol halusinasi dengan menghardik

Sesi 3 : Mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan terjadwal
Sesi 4 : Mencegah halusinasi dengan bercakap-cakap dan denklasi

Sesi 5 : Mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat secara teratur.

7. Klasifikasi

Halusinasi dibagi menjadi 5 jenis, yaitu halusinasi pendengaran, halusinasi penglihatan, halusinasi penciuman, halusinasi perabaan, dan halusinasi pengecap. Jenis halusinasi yang paling sering terjadi adalah halusinasi pendengaran. Halusinasi pendengaran merupakan kondisi halusinasi pada indra pendengaran, pasien mendengar suara yang biasanya berisi ajakan berbicara dan memerintah pasien untuk melakukan sesuatu (Hapsari and Azhari, 2020). Pasien halusinasi pendengaran tidak mampu menghadapi stresor dan mengenal cara mengontrol halusinasi, sehingga pasien

8. Dampak halusinasi

Dampak halusinasi yaitu pasien dapat kehilangan kontrol diri yang bisa membahayakan diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Pasien yang mengalami halusinasi, perilakunya dapat dikendalikan oleh isi halusinasinya. Hal ini dapat membahayakan dan pasien bisa mengalami bunuh diri maupun membunuh orang lain (Pratiwi and Rahmawati Arni, 2022).

Halusinasi dapat menyebabkan masalah bagi pasien atau keluarga pasien. Halusinasi dapat menyebabkan risiko mencederai diri sendiri maupun orang lain dan bunuh diri (Cahayatiningsih and Rahmawati, 2023).

B. Konsep tindakan keperawatan melatih bercakap-cakap

Teknik bercakap-cakap merupakan salah satu cara untuk mengontrol klien yang mengalami halusinasi pendengaran. Beberapa penelitian telah membuktikan bahwa halusinasi dapat dikendalikan dengan cara bercakap-cakap atau mengobrol dengan orang lain. Klien yang mengalami halusinasi pendengaran akan mengalami pengalihan fokus dan perhatian dimana pikiran dan fokusnya akan beralih dari halusinasi pendengaran ke percakapan (Patimah, 2021).

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi halusinasi pendengaran ada 4 yaitu mengontrol halusinasi dengan menghardik, bercakap-cakap, melakukan kegiatan harian yang positif harian dan meminum obat. Dari intervensi tersebut mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap merupakan intervensi yang efektif dilakukan pada pasien dibandingkan ketiga intervensi yang lainnya. Beberapa penelitian lain menyatakan bahwa teknik bercakap-cakap tercapai saat klien mengalami halusinasi (Patimah, 2021).

Salah satu tindakan untuk mengontrol halusinasi adalah bercakap-cakap dengan orang lain (Maulana et al., 2021; Yanti et al., 2020).

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Sumangkut (2019) yang menyatakan membina hubungan saling percaya berperan penting dalam proses penyembuhan dan perawatan pasien gangguan jiwa bertujuan agar pasien gangguan jiwa merasa nyaman dan menimbulkan rasa percaya kepada perawat. Penelitian lain oleh Alfaniyah & Pratiwi (2021) menunjukkan adanya peningkatan kemampuan mengontrol halusinasi ditandai dengan penurunan tanda dan gejala halusinasi setelah diberikan teknik bercakap-cakap.

Halusinasi pendengaran bisa diatasi dengan menghardik halusinasi, bercakap cakap dengan orang lain atau orang terdekat, melakukan aktifitas berjadwal dan keteraturan minum obat. Bila keempat cara ini tidak dilakukan secara teratur oleh para penderita halusinasi akan menyebabkan penderita terus menerus terganggu oleh halusinasi tersebut (Aji, 2019). Bercakap-cakap dengan orang lain efektif dalam memutus halusinasi karena menyibukkan pasien melakukan aktivitas bercakap-cakap dengan orang lain (Alfaniyah & Pratiwi, 2021).

Berdasarkan penelitian Kusumawaty (2021) diketahui terjadinya peningkatan kemampuan penderita dalam mengontrol halusinasinya setelah dilatih bercakap-cakap dengan orang lain. Penelitian lain juga mengatakan bercakap-cakap merupakan cara paling efektif untuk mengontrol halusinasi karena memfokuskan pasien pada percakapan dan mencegah pasien untuk berinteraksi dengan halusinasinya (Larasaty & Hargiana, 2019).

Sebagai strategi dalam mengontrol halusinasi, aktivitas bercakap- cakap mutlak untuk dikuasai agar penderita tetap dapat membedakan antara stimulus nyata dan yang tidak nyata. Teknik bercakap-cakap merupakan salah satu bentuk implementasi yang efektif dalam membantu penderita dalam mengatasi halusinasi yang mengusik kehidupannya (Reliani, 2015; Stuart Gail W, 2019). Terjadinya penurunan intensitas halusinasi dapat dicegah dengan cara menganjurkan pasien melaksanakan bercakap- cakap (Donner & Wiklund Gustin, 2020). Secara tanpa disadari, perhatian penderita tidak lagi terfokus pada halusinasi tetapi beralih perhatiannya ke percakapan. Kemampuan penderita dalam bersosialisasi berpeluang dapat ditingkatkan dengan adanya latihan bercakap-cakap ini, karena ternyata bercakap-cakap dapat menumbuhkan dan meningkatkan kepercayaan diri penderita untuk berinteraksi dengan orang lain (Kusumawaty et al., 2021)

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

- a. Identitas Pasien: Nama, tempat tanggal lahir, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status perkawinan, diagnose medis, nomor rekam medis.
 - 1) Alasan Masuk, Apa yang menyebabkan klien/keluarga datang dirumah sakit saat ini.
 - 2) Apa yang sudah dilakukan oleh keluarga mengatasi masalah ini, dan bagaimana hasilnya.

b. Faktor Predisposisi

- 1) Apakah pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu.
- 2) Bagaimana pengobatan sebelumnya, apakah berhasil atau tidak.
- 3) Apakah klien pernah melakukan dan atau mengalami dan atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga dan tindakan kriminal.
- 4) Adakah keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Apabila ada anggota keluarga lama yang mengalami gangguan jiwa maka tanyakan bagaimana hubungan klien dengan anggota keluarga tersebut. Tanyakan apa gejala yang dialami serta riwayat pengobatan dan perawatan yang pernah diberikan pada anggota keluarga tersebut
- 5) Apakah ada pengalaman yang tidak menyenangkan (kegagalan, kehilangan/ perpisahan/ kematian, trauma selama tumbuh kembang) yang pernah dialami klien pada masa lalu.

c. Fisik

Pengkajian fisik difokuskan pada sistem dan fungsi organ;

- 1) Ukur dan observasi tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan klien.
- 2) Ukur tinggi badan dan berat badan klien.
- 3) Tanyakan kepada klien/keluarga, apakah ada keluhan fisik yang dirasakan oleh klien. Kaji lebih lanjut sistem dan fungsi organ dan jelaskan sesuai dengan keluhan yang ada.

d. Psikososial

1) Genogram minimal tiga generasi yang dapat menggambarkan hubungan klien dan keluarga. Jelaskan masalah yang terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh.

2) Konsep diri.

a) Gambaran diri

Bagaimana persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai.

b) Identitas diri

Bagaimana status dan posisi klien sebelum dirawat. Kepuasan klien terhadap status dan posisinya (sekolah, tempat kerja keompok). Kepuasan klien sebagai laki-laki/perempuan.

c) Peran diri

Bagaimana tugas/peran yang diemban dalam keluarga/kelompok/ masyarakat. Kemampuan klien dalam melaksanakan tugas/ peran tersebut.

d) Ideal diri

Bagaimana harapan terhadap tubuh, posisi, status, tugas/peran. Harapan klien terhadap lingkungan (keluarga, sekolah, tempat kerja, masyarakat). Harapan klien terhadap penyakitnya.

e) Harga diri

Bagaimana hubungan klien dengan orang lain. Penilaian/ penghargaan orang lain terhadap diri dan kehidupannya.

3) Hubungan Sosial

- a) Siapa orang yang berarti dalam kehidupannya, tempat mengadu, tempat bicara, minta bantuan atau sokongan.
- b) Kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat. Sejauh mana pasien terlibat dalam kelompok di masyarakat, apakah ada hambatan atau tidak.

4) Spiritual

a) Nilai dan keyakinan

- Pandangan dan keyakinan terhadap gangguan jiwa sesuai dengan norma budaya dan agama yang dianut.
- Pandangan masyarakat setempat tentang gangguan jiwa.

b) Kegiatan ibadah.

- Kegiatan ibadah di rumah secara individu dan kelompok.
- Pendapat klien/ keluarga tentang kegiatan ibadah.
- Status Mental

5) Penampilan : Bagaimana penampilan pasien apakah rapi/tidak rapi/penggunaan pakaian tidak sesuai/cara berpakaian tidak seperti biasanya.

6) Pembicaraan. : Bagaimana cara bicara klien, apakah cepat, keras, gagap, membisu, apatis dan atau lambat.

7) Aktivitas motoric : Amati apakah pasien lesu, tegang, gelisah, agitasi, tik, grisamen, tremor, kompulsif.

- 8) Alam perasaan : Amati apakah pasien sedih, ketakutan, putus asa, khawatir, atau gembira berlebihan.
- 9) Afek : Amati apakah afek pasien datar, tumpul, labil, atau tidak sesuai.
- 10) Interaksi selama wawancara : Bagaimana interaksi pasien apakah kooperatif, mudah tersinggung, kontak mata,defensive, atau curiga.
- 11) Persepsi : Jelaskan jenis halusinasi, isi halusinasi, waktu, frekuensi, respon yang tampak pada saat klien berhalusinasi.
- 12) Proses pikir : Bagaimana proses pikir pasien apakah sirkumtansial, tangensial, kehilangan asosiasi, flight of idea, blocking, atau pengulangan pembicaraan.
- 13) Isi pikir : Bagaimana isi pikir pasien apakah obsesi, fobia, hipokondria, depersonalisasi, atau pikiran magis.
- 14) Tingkat kesadaran : Bagaimana tingkat kesadaran pasien apakah bingung, sedasi, stupor, atukah mengalami gangguan disorientasi waktu, tempat, dan orang.
- 15) Memori : Bagaimana memori pasien, apakah mengalami gangguan daya ingat jangka panjang, gangguan daya ingat jangka pendek, gangguan daya ingat saat ini, atau konfabulasi.
- 16) Tingkat konsentrasi dan berhitung : Bagaimana apakah pasien mudah teralih, tidak mau konsentrasi, atau tidak mampu berhitung sederhana.

17) Kemampuan penilaian : Apakah pasien mengalami gangguan penilaian ringan atau bermakna.

18) Daya tilik diri : Apakah pasien mengingkari penyakit yang di deritanya atau menerima.

19) Kebutuhan Persiapan Pulang

Makan, BAB/BAK, mandi, berpakaian/berhias, istirahat tidur, penggunaan obat, pemeliharaan kesehatan, kegiatan di dalam rumah, kegiatan di luar rumah.

20) Mekanisme Koping

Bagaimana mekanisme koping pasien, apakah adaptif atau maladaptif.

21) Masalah Psikososial dan Lingkungan

Apakah pasien mengalami masalah dengan dukungan kelompok, masalah berhubungan dengan lingkungan, masalah dengan pendidikan, masalah dengan pekerjaan, masalah dengan perumahan, masalah dengan ekonomi, masalah dengan pelayanan kesehatan, dan masalah lainnya.

22) Pengetahuan

Bagaimana pengetahuan pasien mengenai penyakit jiwa, faktor presiptasi, koping, system pendukung, penyakit fisik, atau obat-obatan.

23) Aspek Medis.

Apa diagnosa medis pasien dan apa saja teknik medik pasien.

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien halusinasi menurut (SDKI, 2017) yaitu

:Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi (Pendengaran, Pendengaran, Penciuman, Perasaan dan Perabaan)

3. Rencana Tindakan Keperawatan

Rencanaan keperawatan merupakan rencana tindakan yang akan diberikan kepada klien sesuai dengan kebutuhan berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul. Pada tahap intervensi ini penulis menyusun tindakan keperawatan sesuai dengan diagnosis prioritas pasien yang dilihat dari pohon masalah yaitu, ketidak patuhan (penyebab), gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dan pendengaran (masalah), resiko perilaku kekerasan (akibat). Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran dan Pendengaran menjadi prioritas utama dalam melakukan intervensi keperawatan. Keperawatan Indonesia (SLKI, 2018) dapat dijabarkan pada tabel berikut:

Tabel 2. 1 Rencana Tindakan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi Keperawatan	Rasional
1	Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x pertemuan, diharapkan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dapat teratasi dengan kriteria hasil: Persepsi Sensori (L.09083) Ekspektasi: Membaik</p> <p>Kriteria Hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku halusinasi menurun dengan skala 1 2. Melamun menurun dengan skala 1 3. Mondar-mandir menurun dengan skala 1 4. Respon stimulus sesuai dengan skala 1 5. Konsentrasi menurun dengan skala 1 6. Orientasi menurun dengan skala 1 	<p>Manajem Halusinasi (L.09288)</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi. - Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan. - Monitor isi halusinasi (misal kekerasan atau membahayakan diri). <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan lingkungan yang aman. - Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (misal limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi). - Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi. - Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi. <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan memonitor sendiri situasiterjadinya halusinasi. - Anjurkan bicara pada orang yang 	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengetahui perilaku yang mengindikasikan pasien mengalami halusinasi. - Mengetahui isi halusinasi pasien. <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lingkungan yang aman dapat memberikan rasa nyaman padapatient. Mengetahui perasaan dan respon pasien. - Memberikan rasa saling percaya <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agar pasien dapat mengontrol ketika terjadi halusinasi.

			<p>dipercaya untuk memberikandukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan melakukan distraksi (misalmendengarkan music, melakukan aktivitas, dan teknik relaksi). - Anjurkan pasien dan keluarga caramengontrol halusinasi. <p>Kolaborasi Kolaborasi pemberian antipsikotik dan antiansietas, jika perlu</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Agar pasien dapat mengurangi terjadinya halusinasi dengan mengekspresikan apa yang ia rasakan pada orang lain. - Teknik relaksasi dapat memberikan rasa ketenangan pada pasien. - Agar pasien dapat mengetahui bagaimana cara mengontrol halusinasi. <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemberian obat antipsikotik dan antiansietas akan memberikan dampak ketenangan pada pasien.
--	--	--	---	--

4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan adalah pemberian asuhan keperawatan yang dilakukan secara langsung kepada pasien. Kemampuan yang harus dimiliki perawat pada tahap implementasi adalah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan untuk menciptakan hubungan saling percaya dan saling membantu, kemampuan teknik psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistematis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan advokasi dan evaluasi.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi bertujuan untuk melihat kemampuan pasien dalam mencapai tujuan keperawatan yang akan dicapai. Evaluasi terbagi atas dua jenis, yaitu:

- i. Evaluasi formatif

Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif

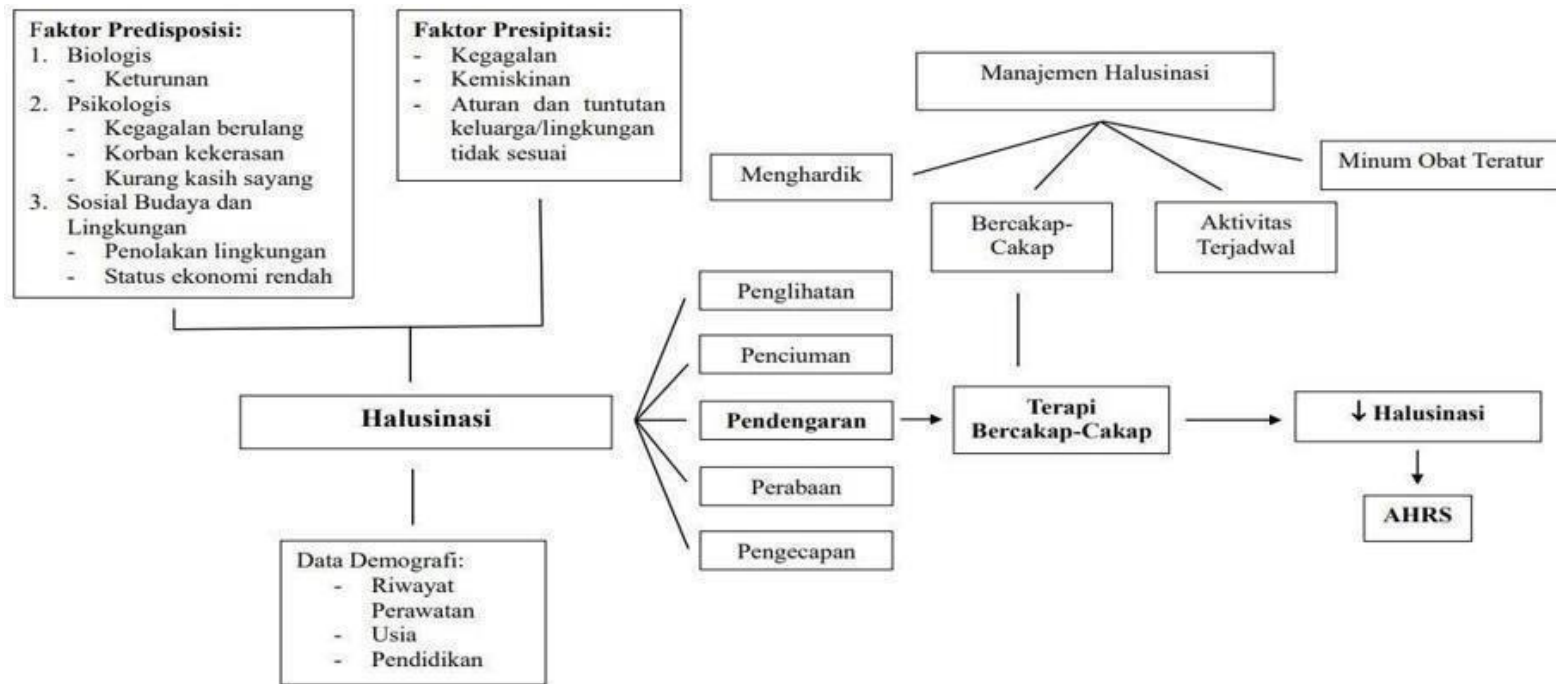
(data berupa keluhan klien), objektif (data hasil pemeriksaan), analisa data (perbandingan data dengan teori), dan Planning (perencanaan).

ii. Evaluasi sumatif

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktifitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Metode yang dapat digunakan pada evaluasi jenis ini adalah melakukan wawancara pada akhir layanan, menanyakan respon pasien dan keluarga terkait layanan keperawatan, mengadakan pertemuan pada akhirpelayanan

D. Kerangka teori

Gambar 2. 2 Kerangka Teori



Sumber: (Kartikasari, Idarahyuni and Fatharani, 2019; Hapsari and Azhari, 2020; Merikangas., 2021)