

BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

Pada bab ini menjelaskan terkait konsep yang mendasari penelitian antara lain: 1) Skizofrenia; 2) Halusinasi; 3) Konsep Dasar Asuhan Keperawatan; 4) Konsep Dasar Terapi Dzikir; 5) Jurnal yang Relevan

2.1 Konsep Dasar Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan suatu gangguan jiwa berat yang bersifat kronis yang ditandai dengan gangguan komunikasi, gangguan realitas (halusinasi), afek tidak wajar atau tumpul, gangguan fungsi kognitif serta mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Pardede, 2020).

2.1.2 Etiologi dan Faktor Risiko Skizofrenia

Menurut (Syafwan, 2025) terdapat dua faktor penyebab skizofrenia, yaitu :

a. Faktor predisposisi

1) Faktor biologis

a) Faktor genetik

Faktor genetik adalah faktor pencetus utama dari skizofrenia. Anak yang memiliki satu orang tua biologis penderita skizofrenia tetapi diadopsi pada saat lahir oleh keluarga tanpa riwayat skizofrenia masih memiliki resiko genetik dari orang tua biologis mereka.

b) Faktor neuroanatomi

Penelitian menunjukkan bahwa individu penderita skizofrenia memiliki jaringan otak yang relatif lebih sedikit. Hal ini dapat memperlihatkan suatu kegagalan perkembangan atau kehilangan jaringan selanjutnya.

c) Neurokimia

Penelitian neurokimia secara konsisten memperlihatkan adanya perubahan sistem neurotransmitter otak pada individu penderita skizofrenia. Pada orang normal, sistem switch pada otak bekerja secara normal. Sinyal-sinyal persepsi yang datang dikirim kembali dengan sempurna tanpa ada gangguan sehingga menghasilkan perasaan, pemikiran dan akhirnya melakukan tindakan sesuai kebutuhan saat itu. Pada otak skizofrenia, sinyal-sinyal yang dikirim mengalami gangguan sehingga tidak berhasil mencapai sambungan sel yang dituju.

2) Faktor psikologis

Skizofrenia terjadi karena kegagalan dalam menyelesaikan perkembangan awal psikososial sebagai contoh seorang anak yang tidak mampu membentuk hubungan saling percaya yang dapat mengabaikan konflik intrapsikis seumur hidup. Skizofrenia yang parah terlihat pada ketidakmampuan mengatasi masalah yang ada.

3) Faktor sosiokultural dan lingkungan

Faktor sosiokultural dan lingkungan menunjukkan bahwa jumlah individu dari sosial ekonomi kelas rendah mengalami gejala skizofrenia lebih besar dibandingkan dengan individu dari sosial ekonomi yang lebih tinggi.

2.1.3 Klasifikasi Skizofrenia

Menurut (Riyanda & Cholissodin, 2020) terdapat 7 tipe skizofrenia diantaranya yaitu :

1. Skizofrenia paranoid (F20.0)

Skizofrenia paranoid merupakan jenis skizofrenia yang paling umum terjadi dimana gejala utamanya adalah delusi dan halusinasi terhadap ketakutan tertentu. Penderita kondisi ini seringkali

memiliki kecurigaan berlebih pada orang-orang sekitarnya sehingga sulit mengendalikan emosi atau keinginannya.

2. Skizofrenia hebefrenik (F20.1)

Memenuhi kriteria umum skizofrenia, diagnosis hebefrenik hanya ditegakkan pertama kali pada usia remaja atau dewasa muda (15-25 tahun), gejala bertahan sampai 2-3 minggu, efek dangkal dan tidak wajar, senyum sendiri, dan mengungkapkan sesuatu dengan diulang-ulang. Ciri khas yang biasanya muncul ialah pemalu, dan lebih suka sendirian.

3. Skizofrenia katatonik (F20.2)

Memenuhi kriteria umum skizofrenia, stupor (reaktifitas rendah dan tidak mau bicara, gaduh-gelisah (tampak aktivitas motorik yang tidak bertujuan untuk stimuli eksternal), rigiditas (kaku tubuh), diagnosa katatonik bisa tertunda apabila diagnosis skizofrenia belum tegak dikarenakan pasien tidak komunikatif.

4. Skizofrenia Undifferentiated atau tak terinci (F20.3)

Memenuhi kriteria umum skizofrenia, tidak memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia paranoid, hebefrenik, dan katatonik, tidak memenuhi diagnosis skizofrenia residual atau depresi pasca skizofrenia. Pada pasien ini didiagnosis sebagai skizofrenia tak terinci tidak didiagnosis sebagai Skizofrenia paranoid karena waham dan halusinasi yang kurang merujuk pada diagnosis tersebut. Pasien tidak mengalami regresi dan juga tidak mengalami rigiditas serta posturing sehingga menyingkirkan skizofrenia hebefrenik dan katatonik.

5. Skizofrenia pasca skizofrenia (F20.4)

Pasien menderita 12 bulan terakhir, beberapa gejala skizofrenia masih tetap ada namun tidak mendominasi gejala depresif menonjol dan mengganggu.

6. Skizofrenia resodial (F20.5)

Gejala negatif menonjol (psikomotorik lambat, aktivitas turun, berbicara kacau), riwayat psikotik (halusinaai dan waham) dan tidak terdapat gangguan mental organik.

7. Skizofrenia simpleks (F20.6)

Gejala negatif yang khas tanpa didahului riwayat halusinasi, waham, atau manifestasi lain dari episode psikotik, disertai dengan perubahan perilaku pribadi yang bermakna.

2.2 Konsep Halusinasi

2.2.1 Pengertian Halusinasi

Halusinasi menurut buku ajar Azizah et al (2016) merupakan gejala umum pada gangguan jiwa, terutama skizofrenia, yang dialami sekitar 70% penderitanya, namun juga bisa terjadi pada gangguan manik depresif dan delirium. Sebagai respon persepsi yang paling maladaptif dalam rentang neurobiologis, halusinasi menunjukkan kegagalan individu dalam memproses stimulus secara akurat melalui panca indra.

2.2.2 Etiologi

1) Faktor Predisposisi

Menurut Yosep dalam buku (Azizah et al., 2016) faktor predisposisi yang menyebabkan halusinasi adalah:

1. Faktor Perkembangan

Tugas perkembangan pasien terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan pasien 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. Faktor 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 teraktivasi neurotransmitter otak. Abnormalitas perkembangan sistem saraf yang berhubungan dengan respon neurobiologis yang maladaptif baru mulai dipahami. Ini ditunjukkan oleh penelitian-penelitian yang berikut:

- a) Penelitian pencitraan otak sudah menunjukkan keterlibatan otak yang lebih luas dalam perkembangan skizofrenia. Lesi pada daerah frontal, temporal dan limbik berhubungan dengan perilaku psikotik.
- b) Beberapa zat kimia di otak seperti dopamin neurotransmitter yang berlebihan dan masalah pada system reseptor dopamin dikaitkan dengan terjadinya skizofrenia.
- c) Pembesaran ventrikel dan penurunan massa kortikal menunjukkan terjadinya atropi yang signifikan pada otak manusia. Pada anatomi otak pasien dengan skizofrenia kronis, ditemukan pelebaran lateral ventrikel, atropi korteks bagian depan dan atropi otak kecil (cerebellum). Temuan kelainan anatomi otak tersebut didukung oleh otopsi (post-mortem).

4. Faktor Psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan pasien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya.

Pasien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam hayal.

5. Faktor Genetik dan Pola Asuh

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

2) Faktor Presipitasi

Menurut Stuart dalam (Azizah et al., 2016), faktor presipitasi terjadinya gangguan halusinasi adalah:

1. Biologis

Gangguan dalam komunikasi dan putaran balik otak, yang mengatur proses informasi serta abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus yang diterima oleh otak untuk diinterpretasikan.

2. Stress lingkungan

Ambang toleransi terhadap stress yang berinteraksi terhadap stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.

3. Sumber koping

Sumber koping mempengaruhi respon individu dalam menanggapi stressor.

2.2.3 Rentang Respon

Rentang respons neurobiologis menurut Stuart dan Laria (2011) dalam Azizah et al. (2016) menggambarkan bagaimana individu bereaksi terhadap stimulus berdasarkan fungsi sistem sarafnya, yang terbagi ke dalam tiga tingkatan, yaitu respons adaptif, respons psikososial, dan respons maladaptif.

Tabel 2. 1 Rentang Respon (Azizah et al., 2016)

Respon Adaptif	Respon Psikososial	Respon Maladaptif
1. Pikiran logis	1. Kadang-kadang proses pikir terganggu	1. Waham
2. Persepsi akurat	2. Ilusi	2. Halusinasi
3. Emosi konsisten dengan pengalaman	3. Emosi berlebihan	3. Kerusakan proses emosi
4. Perilaku cocok	4. Perilaku yang tidak biasa	4. Perilaku tidak terorganisasi
5. Hubungan sosial harmonis	5. Menarik diri	5. Isolasi sosial

Keterangan Gambar:

- a. Respons adaptif merupakan reaksi yang masih sejalan dengan norma sosial budaya yang berlaku, sehingga individu yang berada pada rentang ini mampu memecahkan masalah yang dihadapinya secara wajar.

1. Pikiran logis merupakan cara pandang yang sesuai dengan kenyataan.
2. Persepsi akurat berarti penilaian yang tepat terhadap kenyataan yang ada.
3. Emosi yang konsisten dengan pengalaman adalah perasaan yang muncul selaras dengan apa yang benar-benar dialami.
4. Perilaku sosial mengacu pada sikap dan tindakan yang masih berada dalam batas kewajaran.

- b. Respon psikososial meliputi:

1. Proses pikir yang terganggu adalah jalannya pikiran yang menimbulkan hambatan atau gangguan.

2. Ilusi merupakan kesalahan interpretasi terhadap objek nyata akibat rangsangan panca indera, sehingga penilaian yang muncul tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya.
3. Emosi berlebihan atau berkurang.
4. Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tindakan yang melampaui batas kewajaran.
5. Menarik diri merupakan upaya seseorang untuk menghindari interaksi dengan orang lain.

c. Respon maladaptif

Respons maladaptif adalah reaksi individu dalam menghadapi masalah yang menyimpang dari norma sosial budaya dan lingkungan sekitarnya, yang mencakup beberapa bentuk berikut:

1. Waham adalah keyakinan yang dipegang teguh meskipun bertentangan dengan kenyataan sosial dan tidak diyakini oleh orang lain.
2. Halusinasi didefinisikan sebagai persepsi sensori yang keliru, yaitu munculnya persepsi terhadap stimulus eksternal yang sebenarnya tidak ada.
3. Kerusakan proses emosi merupakan perubahan yang terjadi pada perasaan seseorang.
4. Perilaku tidak terorganisasi merujuk pada tindakan yang tidak teratur.
5. Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami individu, yang dipandang oleh lingkungan sekitarnya sebagai sesuatu yang mengancam atau merugikan.

2.2.4 Jenis Halusinasi

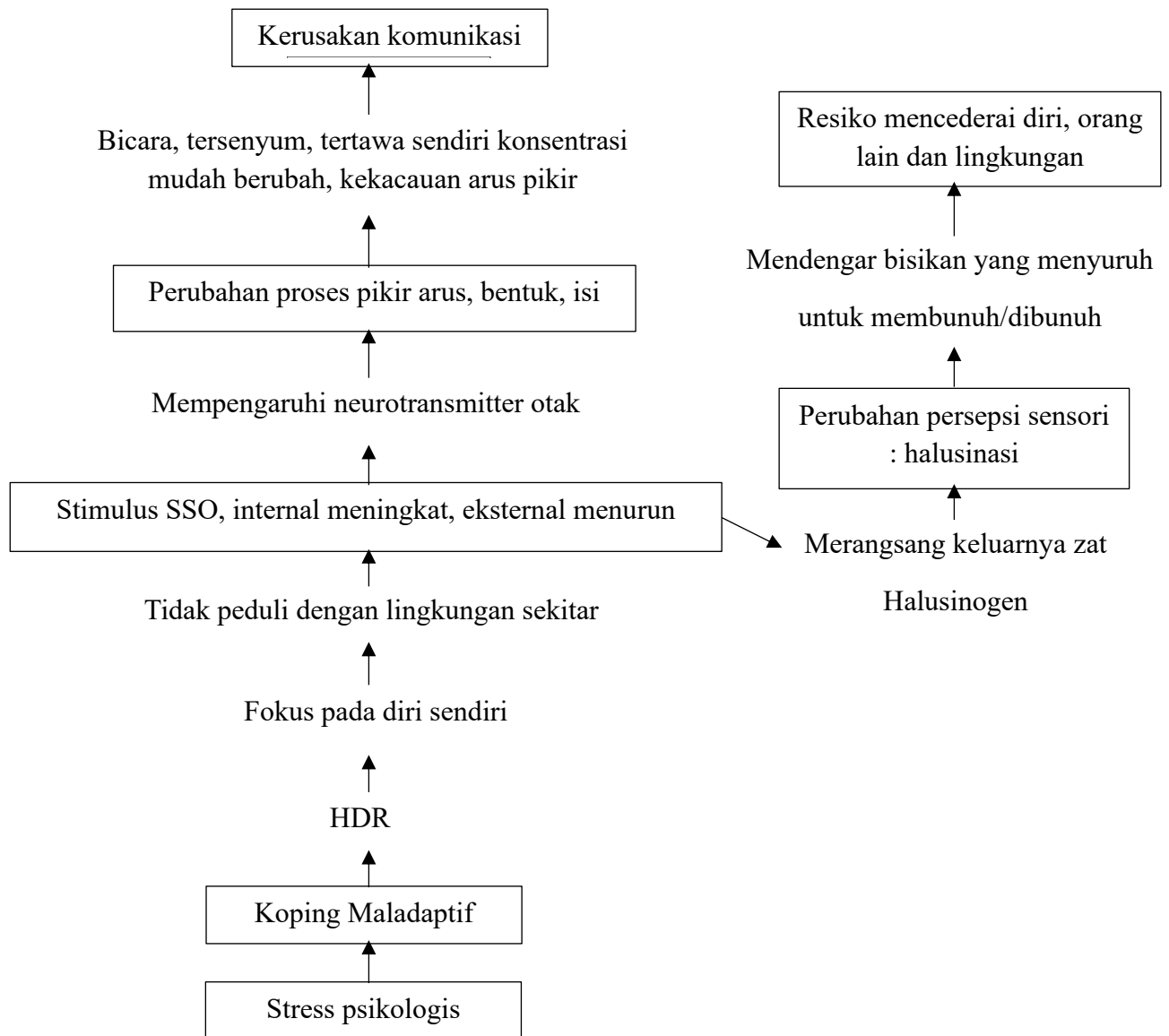
Menurut (Azizah et al., 2016) terdapat 7 jenis halusinasi, meliputi :

1. Halusinasi pendengaran (akustik/audiotorik): individu mendengar suara, bunyi, atau percakapan yang sebenarnya tidak ada, mulai dari bisikan samar hingga perintah yang berpotensi membahayakan. Suara yang didengar biasanya

menyerupai suara manusia, hewan, atau mesin, dan muncul dalam kondisi sadar tanpa adanya stimulus nyata.

2. Halusinasi penglihatan (visual): individu melihat kilatan cahaya, gambar sederhana maupun kompleks, atau bayangan menakutkan seperti sosok monster, padahal tidak ada rangsangan visual yang nyata.
3. Halusinasi penghidu (olfaktori): individu mencium aroma yang sebenarnya tidak ada, umumnya berupa bau tidak sedap seperti darah, urine, atau feses, dan sering dikaitkan dengan kondisi neurologis tertentu seperti stroke atau kejang.
4. Halusinasi pengecap (gustatorik): individu merasakan rasa yang tidak wajar, misalnya rasa darah atau kotoran, tanpa adanya makanan maupun minuman.
5. Halusinasi perabaan (taktil/kinestetik): individu mengalami sensasi sentuhan atau nyeri tanpa sebab yang jelas, misalnya merasa seperti tersengat listrik.
6. Halusinasi cenestetik: individu merasakan aktivitas tubuh secara tidak wajar, seperti aliran darah atau proses pencernaan, yang biasanya tidak disadari dalam kondisi normal.
7. Halusinasi kinestetik: individu merasa tubuhnya bergerak atau berpindah tempat padahal sesungguhnya diam.

2.2.5 Pathway halusinasi



Sumber : (Azizah et al., 2016)

2.2.6 Tanda dan Gejala

Menurut Azizah et al. (2016), perawat perlu memahami tanda dan gejala halusinasi agar mampu menegakkan masalah keperawatan secara tepat, di antaranya: (Azizah et al., 2016)

- 1) Berbicara, tertawa dan tersenyum sendiri
- 2) Bersikap seperti mendengarkan sesuatu

- 3) Berhenti berbicara sesaat ditengah-tengah kalimat untuk mendengarkan sesuatu.
- 4) Disorientasi
- 5) Tidak mampu atau kurang konsentrasi
- 6) Cepat berubah pikiran
- 7) Alur pikir kacau
- 8) Respon yang tidak sesuai
- 9) Menarik diri
- 10) Suka marah dengan tiba-tiba dan menyerang orang lain tanpa sebab
- 11) Sering melamun

2.2.7 Fase-Fase Halusinasi

Tabel 2. 2 Fase-fase halusinasi (Azizah et al., 2016)

Fase Halusinasi	Karakteristik	Perilaku Pasien
Fase 1 : (<i>Comforting</i>) Ansietas sedang Halusinasi bersifat menyenangkan	Pada tahap ini pasien mulai mengalami kecemasan, perasaan kesepian, rasa bersalah, dan ketakutan. Untuk mengurangi kecemasan tersebut, pasien berusaha mengalihkan perhatian pada pikiran atau pengalaman yang dirasakan menyenangkan. Pasien masih mampu menyadari bahwa pengalaman sensorik yang dialaminya berasal dari dirinya sendiri dan masih dapat mengendalikan hal tersebut apabila kecemasan dapat diatasi (fase nonpsikotik).	- Tersenyum atau tertawa tanpa stimulus yang sesuai. - Bibir tampak bergerak seperti berbicara tanpa mengeluarkan suara. - Gerakan bola mata tampak cepat. - Respons verbal cenderung lambat. - Lebih banyak diam dan tampak larut dalam pengalaman yang dirasakan menyenangkan.
Fase II : (<i>Condemning</i>) Ansietas berat Halusinasi mulai	Pengalaman sensorik mulai dirasakan tidak menyenangkan, mengancam, dan	- Terjadi peningkatan aktivitas sistem saraf otonom seperti peningkatan denyut

terasa mengganggu	menimbulkan ketakutan. Pasien mulai kehilangan kendali terhadap halusinasi, berusaha menghindari sumber yang dipersepsikan, merasa malu terhadap pengalaman tersebut, serta mulai menarik diri dari lingkungan. Tahap ini termasuk psikotik ringan.	nadi, tekanan darah, dan frekuensi pernapasan. - Kemampuan berkonsentrasi menurun. - Pasien lebih terfokus pada pengalaman halusinasi sehingga mulai sulit membedakan antara kenyataan dan halusinasi.
Fase III : (<i>Controlling</i>) Ansietas berat Halusinasi mulai mengendalikan pasien	Pasien mulai berhenti melawan halusinasi dan menerima keberadaannya. Halusinasi menjadi lebih dominan dalam mengendalikan perilaku pasien. Bahkan, ketika halusinasi menghilang sementara, pasien dapat merasa kehilangan atau kesepian. Tahap ini termasuk dalam kondisi psikotik.	- Cenderung mengikuti perintah atau isi halusinasi. - Mengalami kesulitan berinteraksi dengan orang lain. - Rentang perhatian sangat pendek, hanya beberapa detik hingga menit. - Menunjukkan tanda fisik kecemasan berat seperti berkeringat, tremor, dan sulit mengikuti instruksi.
Fase IV: (<i>Conquering</i>) Panik Pasien sepenuhnya dikuasai halusinasi	Pada fase ini halusinasi menjadi sangat kuat dan bersifat mengancam, terutama apabila pasien mengikuti perintah dari halusinasi tersebut. Kondisi ini dapat berlangsung selama beberapa jam hingga beberapa hari apabila tidak mendapatkan intervensi terapeutik. Fase ini termasuk psikotik berat.	- Menunjukkan perilaku panik atau ketakutan yang ekstrem. - Memiliki risiko tinggi melakukan bunuh diri (<i>suicide</i>) atau mencederai orang lain (<i>homicide</i>). - Aktivitas fisik sesuai dengan isi halusinasi, seperti perilaku agresif, agitasi, menarik diri, atau katatonía. - Tidak mampu memahami atau

		mengikuti perintah yang kompleks. - Tidak mampu merespons lebih dari satu orang dalam waktu yang bersamaan.
--	--	--

2.2.8 Penatalaksanaan

Anggarawati et al. (2022) menekankan bahwa pengobatan halusinasi perlu diberikan sesegera mungkin, dengan peran keluarga yang sangat menentukan. Setelah pasien diperbolehkan pulang dari rumah sakit jiwa, keluarga memegang peran penting dalam merawat pasien, menciptakan suasana rumah yang kondusif, serta mengawasi kepatuhan minum obat. Penatalaksanaan yang dapat diberikan meliputi :

a. Farmakoterapi

Pemberian neuroleptika dengan dosis efektif bermanfaat bagi penderita skizofrenia kronis.

b. Terapi kejang listrik

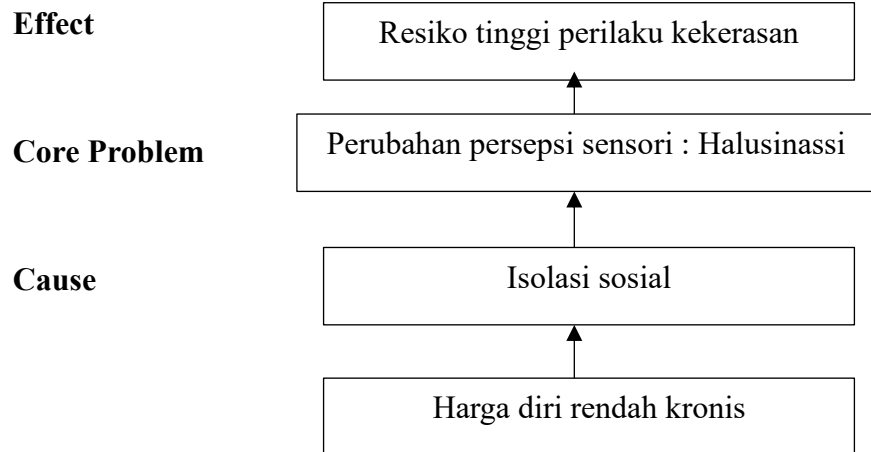
Terapi kejang listrik merupakan tindakan pengobatan yang menimbulkan kejang grand mal secara artifisial melalui aliran listrik yang dialirkan lewat elektrode pada satu atau dua sisi pelipis. Terapi ini dapat diberikan pada pasien skizofrenia yang tidak berespons terhadap terapi neuroleptik oral maupun injeksi, dengan dosis sekitar 4-5 joule/detik.

c. Psikoterapi dan Rehabilitasi

Psikoterapi, baik secara individual maupun kelompok, sangat membantu pasien untuk kembali berbaur dengan masyarakat. Terapi kerja juga bermanfaat melatih pasien bersosialisasi dengan sesama pasien, perawat, maupun dokter, sehingga pasien tidak semakin menutup diri. Pendekatan ini termasuk dalam terapi modalitas, yaitu terapi utama dalam asuhan keperawatan

jiwa yang bertujuan membantu individu mengatasi berbagai kesulitan hidup, termasuk masalah gangguan psikiatrik.

2.2.9 Pohon masalah



2.2.10 Alat Ukur Halusinasi Pendengaran

Alat ukur halusinasi menggunakan alat ukur Auditory Hallucinations Rating Scale (AHRS) adalah alat ukur untuk mengetahui gambaran halusinasi pendengaran pasien skizofrenia. Alat ukur Auditory Hallucinations Rating Scale (AHRS) dikembangkan oleh . Lembar kuesioner yang diterapkan pada penelitian ini yaitu semacam skala halusinasi yang disebut Auditory Hallucination Rating Scale atau AHRS yang memiliki skor dari 0 (tidak ada), antara 1 dan 11 (ringan), antara 12 dan 22 (sedang), antara 23 dan 33 (berat), dan antara 34 dan 44 (sangat berat) dengan penilaian 0 hingga 4 (Haddock, 1994). Skala ini meliputi sebanyak 11 item pertanyaan di mana nantinya responden akan mengisinya dengan symbol ceklis (✓) ke dalam kotak jawaban tetapi harus memilih salah satu yang paling sesuai dengan kondisi sesungguhnya yang dirasakan responden (Agusta et al., 2024).

2.3 Konsep terapi spiritual : Dzikir

2.3.1 Pengertian Terapi Dzikir

Secara bahasa, dzikir berasal dari kata "dzakara" yang bermakna mengingat atau menjaga sesuatu dalam ingatan. Berdzikir kepada Allah berarti senantiasa menjaga ingatan agar selalu tertuju kepada-Nya. Secara syariat, dzikir adalah aktivitas mengingat Allah dengan tata cara tertentu yang telah diatur dalam Al-Qur'an dan hadis, dengan tujuan menyucikan hati serta mengagungkan Allah. Ibnu Abbas R.A. menjelaskan bahwa dzikir merupakan sarana agar manusia terbiasa mengingat Allah bahkan di luar waktu shalat (Akbar & Rahayu, 2021).

Jika berdzikir kepada Allah artinya menjaga ingatan agar selalu ingat kepada Allah ta'ala. Dzikir menurut syara' adalah ingat kepada Allah dengan etika tertentu yang sudah ditentukan Al-Qu'an dan hadits dengan tujuan mensucikan hati dan mengagungkan Allah. Menurut Ibnu Abbas R.A. Dzikir adalah konsep, wadah, sarana, agar manusia tetap terbiasa dzikir (ingat) kepadaNya ketika berada diluar sholat (Akbar & Rahayu, 2021).

2.3.2 Tujuan Terapi Dzikir

Dzikir bertujuan menyucikan hati dan jiwa, menjadi ungkapan rasa syukur atas nikmat Allah, menjaga kesehatan tubuh, serta menjauhkan diri dari hawa nafsu (Amira et al., 2023). Akbar dan Rahayu (2021) menambahkan bahwa dzikir juga ditujukan untuk mengagungkan Allah, menyucikan hati dan jiwa sebagai wujud rasa syukur seorang hamba, menyehatkan tubuh, menjadi sarana pengobatan melalui metode ruqyah, serta mencegah manusia dari bahaya hawa nafsu. Selain itu, dzikir berperan memperkuat keimanan seseorang agar mampu mengembangkan potensi diri dan fitrah keagamaannya secara optimal, dengan menanamkan nilai-nilai Al-Qur'an dan As-Sunnah melalui shalat wajib, doa, dan dzikir,

sehingga kehidupan menjadi lebih selaras, seimbang, dan sesuai tuntunan agama (Inayah et al., n.d.)

2.3.3 Manfaat Terapi Dzikir

Dzikir bermanfaat menghilangkan rasa resah dan gelisah, menjaga diri dari godaan setan maupun ancaman dari sesama manusia, membentengi diri dari perbuatan maksiat dan dosa, serta memberikan pencerahan bagi hati sekaligus menghilangkan kekeruhan jiwa (Emulyani & Herlambang, 2020).

2.3.4 Jurnal yang Relevan

Tabel 2. 3 Jurnal Hasil Penelitian

Judul Penelitian	Patient/Problem	Intervensi	Comparison	Outcome
Terapi Religius : Dzikir pada pasien halusinasi Pendengaran di RSJD Dr.Amino Gondohutomo Semarang (Akbar & Rahayu, 2021)	Pasien dengan masalah Halusinasi pendengaran	Menggunakan terapi Religius :dzikir	-	Hasil studi kasus pada pasien halusinasi pendengaran di ruang UPIP RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang menunjukkan adanya peningkatan Kemampuan mengontrol halusinasi setelah pemberian terapi psikoreligius: dzikir sebagai suatu upaya terapi non farmakologi pada pasien halusinasi pendengaran. Kemampuan mengontrol halusinasi pendengaran pada kedua pasien didapatkan hasil 6 (baik) setelah pemberian terapi psikoreligius: dzikir sebagai suatu upaya terapi non farmakologi pada pasien halusinasi pendengaran.
Psikoreligius terhadap Perubahan persepsi Sensorik pada pasien Halusinasi pendengaran di RSUD Arjawinangu Kabupaten Cirebon (Abdurkhman et al., 2022)	Pasien dengan halusinasi pendengaran	Menggunakan terapi Psikoreligius	-	Hasil penelitian menggunakan uji-t diperoleh nilai signifikansi sebesar 0,000 ($p < 0,05$), artinya terdapat pengaruh terapi psikoreligius: terapi dzikir terhadap perubahan persepsi sensori pada pasien halusinasi pendengaran di RSUD Arjawinangun dengan perbedaan

				rerata persepsi sensorik sebelum terapi dzikir yaitu 2,80. dan setelah terapi dzikir adalah 1,62. Diharapkan kepada tenaga kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan perlu diterapkan secara berkala tentang terapi zikir untuk mengontrol halusinasi pendengaran pada pasien halusinasi. Pemberian asuhan keperawatan terapi zikir perlu dikembangkan lebih lanjut dan SOP diterapkan.
Penerapan terapi dzikir pada pasien gangguan Persepsi sensori (halusinasi pendengaran) di ruang Arjuna RSUD Banyumas (Pratiwi & Rahmawati Arni, 2022)	Pasien dengan gangguan persepsi Sensori (halusinasi pendengaran)	Penerapan terapi dzikir	-	Penerapan terapi dzikir pada diagnose gangguan persepsi sensori selama 3 hari terbukti mempengaruhi pasien dalam mengontrol halusinasi pendengarannya. Pasien merasa lebih tenang dan halusinasi berupa suara yang muncul sudah menurun. terapi psikoreligius: dzikir dengan membaca istighfar (Astaqfirullahal'adzim) sebanyak 3 kali, dilanjutkan dengan tasbeih (Subhannallah) 33 kali, tahmid (Alhamdulillah) 33 kali, dan takbir (Allahu akbar) 33 kali, terapi ini dilakukan selama 3 hari dengan durasi waktu 10-20 menit.

2.4 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian asuhan keperawatan secara teoritis dilakukan melalui beberapa tahapan berikut: (Azizah et al., 2016)

a. Identitas

Data identitas umumnya mencakup nama pasien, usia, jenis kelamin, agama, alamat, tanggal masuk rumah sakit, nomor rekam medis, serta kontak keluarga yang dapat dihubungi.

b. Keluhan utama

Keluhan utama biasanya berkaitan dengan penyebab kambuhnya halusinasi pasien, yang dapat digali dari pasien sendiri maupun keluarga, seperti: berbicara, tersenyum, atau tertawa sendiri tanpa alasan jelas; mengaku mendengar suara-suara; kadang marah tanpa sebab; mengganggu lingkungan sekitar; tampak melamun dan banyak diam; merasa takut berada di rumah sehingga sering keluyuran tanpa tujuan dan tidak pulang; mengaku melihat bayangan seperti monster atau hantu; mengaku mencium bau tertentu yang disukainya; sering meludah atau muntah karena merasa mengecap sesuatu; serta sering menggaruk kulit karena merasa ada sesuatu yang menempel di kulitnya.

c. Faktor predisposisi

Pasien atau keluarga :

- 1) Apakah pasien pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya?
- 2) Apakah pasien pernah menjadi korban atau pelaku kekerasan fisik?
- 3) Apakah pasien pernah merasa tidak disukai oleh keluarga atau lingkungan sekitarnya?
- 4) Apakah pasien pernah mengalami peristiwa traumatis atau tidak menyenangkan di masa lalu?

d. Pemeriksaan fisik

Pada pasien dengan gangguan persepsi, pemeriksaan mencakup tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, pernapasan, dan suhu tubuh), tinggi badan, berat badan, serta gejala fisik lain yang dikaji bersamaan dengan pemeriksaan pendengaran halusinasi.

e. Psikososial

1. Genogram

Genogram idealnya dibuat minimal tiga generasi untuk menggambarkan hubungan pasien dengan keluarganya, termasuk pola komunikasi, pengambilan keputusan, pola asuh, serta pertumbuhan individu dan keluarga.

2. Konsep diri, meliputi :

a) Citra tubuh

Menggali persepsi pasien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, serta reaksinya terhadap bagian tubuh yang tidak disukai.

b) Identitas diri

Pasien dengan halusinasi umumnya merasa tidak puas terhadap dirinya sendiri dan merasa tidak berguna.

c) Peran diri

Mengkaji tugas atau peran pasien dalam keluarga, pekerjaan, maupun kelompok masyarakat, serta kemampuannya menjalankan peran tersebut.

d) Ideal diri

Menggali harapan pasien terhadap kondisi tubuh yang ideal, posisi, serta

peran dalam keluarga, pekerjaan, atau sekolah, termasuk harapan pasien terhadap lingkungan sekitarnya. Pasien dengan halusinasi cenderung bersikap acuh baik terhadap dirinya maupun lingkungannya.

e) Harga diri

Pasien dengan halusinasi cenderung tetap menerima dirinya tanpa syarat sekalipun pernah melakukan kesalahan atau mengalami kegagalan, serta tetap merasa dirinya berharga.

3. Hubungan sosial

Menanyakan siapa orang terdekat dalam kehidupan pasien sebagai tempat mengadu, bercerita, atau meminta dukungan. Pasien dengan halusinasi umumnya tidak memiliki orang terdekat, jarang terlibat kegiatan kemasyarakatan, dan lebih sering menyendiri.

4. Spiritual nilai dan keyakinan

Mengkaji aktivitas ibadah atau praktik keyakinan pasien, termasuk tingkat kepuasannya dalam menjalankan keyakinan tersebut.

f. Status mental

1. Penampilan

Pasien umumnya tampak kurang rapi, misalnya rambut berantakan, pakaian kotor dan jarang diganti, cara berpakaian yang tidak sesuai, atau penampilan yang berbeda dari kebiasaannya.

2. Pembicaraan

Pasien dengan halusinasi umumnya berbicara dengan nada keras, gagap, atau inkoheren, yaitu berpindah dari satu kalimat ke kalimat lain tanpa keterkaitan yang jelas.

3. Aktivitas motorik

Pasien sering menunjukkan agitasi berupa lesu, tegang, dan gelisah akibat halusinasi yang didengarnya. Tanda lain yang biasa tampak antara lain bibir komat-kamit, tertawa atau berbicara sendiri, mengangguk-angguk seperti mendengar

sesuatu, tiba-tiba menutup telinga, mengarahkan telinga ke arah tertentu, gerakan seperti mengambil atau membuang sesuatu, hingga tiba-tiba marah dan menyerang.

4. Alam perasaan

Pasien sering tampak putus asa, terlalu gembira secara berlebihan, ketakutan, atau khawatir.

5. Afek

Afek datar sering ditemukan, ditandai tidak adanya perubahan ekspresi wajah meski dihadapkan pada stimulus menyenangkan maupun menyedihkan. Afek tumpul juga mungkin dijumpai, di mana pasien hanya bereaksi terhadap stimulus emosi yang sangat kuat. Selain itu, afek labil (mudah berubah) maupun afek yang tidak sesuai dengan stimulus yang ada turut menjadi temuan umum pada pasien halusinasi pendengaran.

6. Interaksi selama wawancara

Selama wawancara, umumnya ditemukan kontak mata yang minim atau enggan menatap lawan bicara, sikap defensif dalam mempertahankan pendapat, serta kurang kooperatif.

7. Persepsi

Pasien dengan gangguan persepsi sensoris halusinasi pendengaran umumnya mendengar suara gaduh, suara yang menyuruh melakukan hal berbahaya, atau suara yang diyakininya nyata. Waktu munculnya bervariasi, mulai pagi, siang, sore, hingga malam, dengan frekuensi sekitar 3-5 kali sehari bahkan tiap jam. Respons yang muncul biasanya berupa mondar-mandir, berbicara atau tertawa sendiri, bahkan berteriak, yang umumnya terjadi saat pasien melamun, sendirian, atau sedang duduk.

8. Proses pikir

Pasien halusinasi sering menunjukkan proses pikir sirkumstansial, yaitu pembicaraan berbelit-belit namun tetap sampai pada tujuannya, maupun tangensial, yaitu pembicaraan berbelit-belit yang tidak sampai pada tujuan. Kehilangan asosiasi juga dapat ditemukan, ditandai kalimat yang tidak saling berkaitan tanpa disadari pasien. Selain itu, terkadang muncul blocking, yaitu pembicaraan yang terhenti mendadak tanpa gangguan dari luar lalu dilanjutkan kembali, serta pengulangan kalimat berkali-kali.

9. Isi pikir

Isi pikir yang sering ditemukan berupa fobia, yaitu ketakutan patologis atau tidak masuk akal terhadap objek atau situasi tertentu, serta obsesi, yaitu pikiran yang terus muncul meski pasien berusaha menghilangkannya.

10. Tingkat kesadaran

Tingkat kesadaran stupor kadang ditemukan, ditandai gangguan motorik seperti kekakuan atau gerakan berulang, meski pasien tetap memahami apa yang terjadi di sekitarnya. Orientasi terhadap waktu, tempat, dan orang dapat tampak jelas maupun terganggu.

11. Memori

Pasien dapat mengalami gangguan daya ingat jangka panjang (mengingat pengalaman masa lalu), jangka pendek (menyadari dirinya sedang dirawat di rumah sakit), maupun daya ingat saat ini (mengulang topik pembicaraan selama interaksi). Pasien juga cenderung menutupi gangguan daya ingatnya dengan menyampaikan cerita yang tidak sesuai kenyataan.

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pasien umumnya mengalami gangguan konsentrasi, mudah teralihkan, dan kesulitan melakukan perhitungan sederhana.

13. Kemampuan penilaian

Gangguan penilaian ringan sering ditemukan, di mana pasien masih dapat mengambil keputusan sederhana dengan bantuan, misalnya diberi pilihan untuk mandi lebih dulu atau makan lebih dulu. Dengan penjelasan yang cukup, pasien umumnya mampu mengambil keputusan.

14. Daya tilik diri

Pasien sering mengingkari kondisi yang dialaminya, tidak menyadari adanya perubahan emosi maupun fisik pada dirinya, dan merasa tidak membutuhkan pertolongan. Pasien juga cenderung menyalahkan faktor luar dirinya, seperti orang lain atau lingkungan, atas kondisi yang dialaminya saat ini.

g. Kebutuhan Persiapan Pulang

1. Kemampuan pasien memenuhi kebutuhan

Menanyakan apakah pasien mampu memenuhi kebutuhannya sendiri

2. Kegiatan hidup sehari-hari

a) Perawatan diri

Pasien dengan halusinasi umumnya kesulitan menjalankan aktivitas kebersihan diri secara mandiri, seperti mandi, kebersihan, dan berganti pakaian, sehingga membutuhkan bantuan minimal.

b) Tidur

Pasien dengan halusinasi cenderung mengalami gangguan kualitas tidur akibat kegelisahan dan kecemasan terhadap hal yang tidak nyata.

3. Kemampuan pasien lain-lain

Pasien kesulitan mengantisipasi kebutuhan hidupnya sendiri maupun mengambil keputusan.

4. Pasien memiliki sistem pendukung

Pasien dengan halusinasi sering kekurangan dukungan dari keluarga maupun lingkungan sekitar, salah satunya akibat minimnya pengetahuan keluarga tentang kondisi tersebut. Pasien juga cenderung sulit percaya kepada orang lain dan mudah merasa curiga.

5. Pasien menikmati saat bekerja/kegiatan produktif/hobi

Pasien dengan halusinasi cenderung menikmati pekerjaan dan kegiatan produktif karena aktivitas tersebut membantu mengurangi kecenderungan melamun atau menatap kosong.

h. Mekanisme Koping

1. Mekanisme koping merupakan perilaku yang mencerminkan upaya individu melindungi dirinya. Yosep (2016) menjelaskan beberapa bentuknya, di antaranya regresi, yaitu upaya menghindari stres dan kecemasan dengan kembali ke pola perilaku pada tahap perkembangan sebelumnya, terkait dengan kesulitan memproses informasi sekaligus sebagai cara mengatasi kecemasan.
2. Proyeksi, yaitu melampiaskan dorongan atau emosi yang tidak dapat dipahami kepada orang lain sebagai bentuk pengalihan kesalahan diri sendiri, sekaligus upaya keliru dalam mengenali identitas diri.
3. Menarik diri, yang dapat berupa respons fisik maupun psikologis. Respons fisik ditunjukkan dengan menjauh dari sumber stresor, sedangkan respons psikologis berupa sikap apatis, mengisolasi diri, dan tidak tertarik pada lingkungan sekitar, yang sering disertai rasa takut dan sikap bermusuhan.

i. Masalah psikososial dan Lingkungan

Pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran umumnya mengalami hambatan psikososial dan lingkungan, seperti kesulitan berkomunikasi dengan keluarga atau masyarakat karena perilakunya membuat orang di sekitarnya merasa tidak nyaman.

j. Pengetahuan

Pasien dengan halusinasi pendengaran akibat gangguan persepsi sensori umumnya memiliki pemahaman yang memadai untuk mengenali kondisinya dan bersedia menjalani terapi.

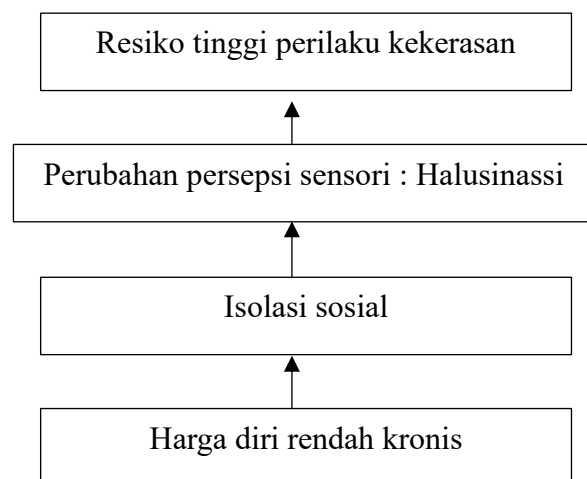
k. Aspek Medis

Pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran umumnya menjalani pengobatan seperti Chlorpromazine (CPZ), Trihexyphenidyl (THP), dan Haloperidol (HLP).

2.4.2 Pohon Masalah
Effect

Core Problem

Cause



2.4.3 Analisa Data Keperawatan

Analisis data halusinasi pendengaran menurut Azizah et al. (2016) mencakup hal-hal berikut: (Azizah et al., 2016)

Tabel 2. 4 Analisa Data

Masalah Keperawatan	Data Yang Perlu Dikaji
Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran	Subjektif : 1. Pasien mengatakan mendengar suara atau kegaduhan 2. Pasien mengatakan mendengar suara mengajaknya untuk bercakap-cakap 3. Pasien mengatakan mendengar suara yang menyuruhnya untuk melakukan sesuatu yang berbahaya 4. Pasien mengatakan mendengar suara yang mengancam dirinya atau orang lain
	Objektif : 1. Pasien tampak berbicara sendiri 2. Pasien tampak tertawa sendiri 3. Pasien tampak marah-marah tanpa sebab 4. Pasien tampak mengarahkan telinga ke arah tertentu 5. Pasien tampak menutup telinga 6. Pasien tampak menunjuk-nunjuk kearah tertentu 7. Pasien tampak mulutnya komat-kamit sendiri.

2.4.4 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan halusinasi pendengaran yang mungkin muncul :

- a. Gangguan persepsi sensori : gangguan pendengaran
- b. Isolasi sosial
- c. Resiko perilaku kekerasan

2.4.5 Rencana Tindakan Keperawatan

Tabel 2. 5 Intervensi Keperawatan

Perencanaan		Intervensi	Rasional
Tujuan	Kriteria Hasil		
Tujuan Umum : Pasien tidak mencederai diri sendiri atau orang lain ataupun lingkungan.			
TUK 1 : Pasien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat.	Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat, dengan kriteria hasil: 1. Membalas sapaan perawat. 2. Ekspresi wajah bersahabat dan senang. 3. Ada kontak mata. 4. Mau berjabat tangan. 5. Mau menyebutkan nama.	1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik: a. Sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal. b. Perkenalkan diri dengan sopan. c. Tanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan kesukaan pasien. d. Jelaskan maksud dan tujuan interaksi. e. Berikan perhatian pada pasien, perhatikan kebutuhan dasarnya. 2. Beri kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaannya. 3. Dengarkan ungkapan pasien dengan empati.	Hubungan saling percaya merupakan langkah awal menentukan keberhasilan rencana selanjutnya. Untuk mengurangi kontak pasien dengan halusinasinya dengan mengenal halusinasi akan membantu mengurangi dan menghilangkan halusinasi.

	6. Pasien mau duduk berdampingan dengan perawat. 7. Pasien mau mengutarakan masalah yang dihadapi.		
TUK 2 : Pasien dapat mengenali halusinasinya.	Pasien mampu mengenali halusinasinya dengan kriteria hasil: 1. Pasien dapat menyebutkan waktu, timbulnya halusinasi. 2. Pasien dapat mengidentifikasi kapan frekuensi situasi saat terjadi halusinasi. 3. Pasien dapat mengungkapkan perasaannya	1. Adakan kontak sering dan ingkat secara bertahap. 2. Tanyakan apa yang didengar dari halusinasinya. 3. Tanyakan kapan halusinasinya datang. 4. Tanyakan isi halusinasinya. 5. Bantu pasien mengenalkan halusinasinya: a. Jika menemukan pasien sedang berhalusinasi, tanyakan apakah ada suara yang didengar. b. Jika pasien menjawab ada, lanjutkan apa yang dikatakan. c. Katakan bahwa perawat percaya pasien mendengar suara itu amun perawat sendiri tidak. d. Katakan bahwa pasien lain juga ada yang seperti pasien. e. Katakan bahwa perawat akan membantu pasien. 6. Diskusikan dengan pasien:	1. Mengetahui apakah halusinasi datang dan menentukan indakan yang tepat atas halusinasinya. 2. Mengenalkan pada pasien terhadap halusinasinya dan mengidentifikasi faktor pencetus halusinasinya. 3. Menentukan tindakan yang sesuai bagi pasien untuk mengontrol halusinasinya

		a. Situasi yang menimbulkan atau tidak menimbulkan halusinasi. b. Waktu, frekuensi terjadinya halusinasi. 7. Diskusikan dengan pasien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi (marah, takut, sedih, senang) beri kesempatan mengungkapkan perasaannya.	
TUK 3: Pasien dapat mengontrol halusinasinya.	Kriteria Evaluasi: 1. Pasien dapat mengidentifikasi tindakan yang dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya 2. Pasien dapat menunjukkan cara baru untuk mengontrol halusinasi.	1. Identifikasi bersama pasien tindakan yang biasa dilakukan bila terjadi halusinasi. 2. Diskusikan manfaat dan cara yang digunakan pasien, jika bermanfaat beri pujian. 3. Diskusikan cara baik memutus atau mengontrol halusinasi: a. Katakan saya tidak mau dengar kamu (pada saat halusinasi terjadi). b. Temui orang lain (perawat atau teman atau anggota keluarga) untuk bercakap-cakap atau mengatakan halusinasi yang didengar. c. Membuat jadwal kegiatan sehari-hari.	Reinforcemen dapat meningkatkan harga diri.

		d. Meminta keluarga atau teman atau perawat untuk menyapa pasien jika tampak berbicara sendiri, melamun atau kegiatan yang tidak terkontrol. 4. Bantu pasien memilih dan melatih cara memutus halusinasi secara bertahap. 5. Beri kesempatan untuk melakukan cara yang dilatih. Evaluasi hasilnya dan beri pujian jika berhasil. 6. Anjurkan pasien mengikuti terapi aktivitas kelompok. enis orientasi realita atau stimulasi persepsi.	
TUK 4 : Pasien dapat dukungan dari keluarga untuk mengontrol halusinasinya.	Kriteria Evaluasi: 1. Pasien dapat memilih cara mengatasi halusinasi. 2. Pasien melaksanakan cara yang telah dipilih untuk memutus halusinasinya. 3. Pasien dapat mengikuti terapi aktivitas kelompok.	1. Anjurkan pasien untuk memberi tahu keluarga jika mengalami halusinasi. 2. Diskusikan dengan keluarga (pada saat keluarga berkunjung atau kunjungan rumah): a. Gejala halusinasi yang dialami pasien. b. Cara yang dapat dilakukan pasien dan keluarga untuk memutus halusinasi. c. Cara merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi di rumah: beri kegiatan, jangan	1. Membantu pasien menentukan cara mengontrol halusinasi. Periode berlangsungnya halusinasinya: a. Memberi support kepada pasien. b. Menambah pengetahuan pasien untuk melakukan tindakan pencegahan halusinasi Membantu pasien untuk beradaptasi dengan cara alternatif yang ada. 2. Memberi motivasi agar cara diulang

		biarkan sendiri, makan bersama, bepergian bersama. d. Beri informasi waktu follow up atau kapan perlu mendapat bantuan halusinasi tidak terkontrol dan resiko menciderai orang lain. 3. Diskusikan dengan keluarga dan pasien tentang jenis, dosis, frekuensi dan manfaat obat. 4. Pastikan pasien minum obat sesuai dengan program dokter.	
TUK 5: Pasien dapat Menggunakan obat dengan benar untuk Mengendalikan halusinasinya.	Kriteria Evaluasi: 1. Keluarga dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat. 2. Keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda, tindakan untuk mengalihkan halusinasi. 3. Pasien dan keluarga dapat menyebutkan manfaat, dosis dan efek samping	8. Anjurkan pasien bicara dengan dokter tentang manfaat dan efek samping obat. 9. Diskusikan akibat berhenti obat tanpa konsultasi. 10. Bantu pasien menggunakan obat dengan prinsip 5 benar	1. Partisipasi pasien dalam kegiatan tersebut membantu pasien beraktivitas sehingga halusinasi tidak muncul. 2. Meningkatkan pengetahuan keluarga tentang obat. 3. Membantu mempercepat penyembuhan dan memastikan obat sudah diminum oleh pasien. 4. Meningkatkan pengetahuan tentang manfaat an efek samping obat. 5. Mengetahui reaksi setelah minum obat. 6. Ketepatan prinsip 5 benar minum obat membantu penyembuhan dan menghindari kesalahan minum obat serta membantu tercapainya standar.

	obat. Pasien minum obat secara teratur. 4. Pasien dapat informasi tentang manfaat dan efek samping obat. 5. Pasien dapat memahami akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi. 6. Pasien dapat menyebutkan prinsip 5 benar penggunaan obat.		
--	---	--	--

2.4.6 Implementasi Keperawatan

a) Sp 1 Pasien:

- 1) Mengidentifikasi jenis halusinasi pasien.
- 2) Mengidentifikasi isi halusinasi pasien.
- 3) Mengidentifikasi waktu halusinasi pasien.
- 4) Mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien.
- 5) Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi.
- 6) Mengidentifikasi respon pasien terhadap halusinasi.
- 7) Mengajarkan pasien menghardik halusinasi.
- 8) Mengajarkan pasien memasukkan cara menghardik halusinasi dan jadwal kegiatan harian

b) Sp 2 Pasien:

- 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
- 2) Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain
- 3) Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara berdzikir
- 4) Mengajarkan pasien memasukkan kedalam jadwal sehari-hari pasien

c) SP 3 Pasien:

- 1) Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan pasien).
- 2) Mengajarkan pasien memasukkan dalam kegiatan sehari-hari.

d) SP 4 Pasien:

- 1) Evaluasi jadwal pasien yang lalu (SP 1, 2, 3).
- 2) Menanyakan pengobatan sebelumnya.
- 3) Menjelaskan tentang pengobatan.
- 4) Melatih pasien minum obat (5 benar).
- 5) Masukkan jadwal.

e) Sp 1 Keluarga:

- 1) Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam rawat pasien.
- 2) Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala halusinasi dan jenis yang dialami oleh pasien beserta proses terjadinya
- 3) Menjelaskan cara-cara merawat pasien halusinasi.

f) Sp 2 Keluarga:

- 1) Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan halusinasi.
- 2) Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien halusinasi.

g) SP 3 Keluarga:

- 1) Membantu keluarga membuat jadwal kegiatan aktifitas di rumah termasuk minum obat.
- 2) Menjelaskan follow up pasien setelah pulang.

2.4.7 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan proses sistematis dan terencana yang dilakukan pada tahap akhir asuhan keperawatan untuk membandingkan capaian kondisi kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Proses ini bertujuan menentukan apakah tindakan keperawatan yang diberikan sudah efektif meningkatkan kondisi pasien atau justru memerlukan pendekatan lain. Selain itu, evaluasi keperawatan juga membantu perawat menilai kinerja dan kualitas asuhan yang diberikan, dengan data subjektif maupun objektif yang dikumpulkan selama perawatan dijadikan dasar untuk menentukan tindakan selanjutnya.

Evaluasi keperawatan mengacu pada komponen SOAP, yaitu:

S (Subjektif): pernyataan pasien mengenai kondisinya setelah tindakan keperawatan dilakukan.

O (Objektif): hasil evaluasi langsung perawat terhadap kondisi pasien saat ini.

A (Assessment): penilaian apakah intervensi perlu dilanjutkan atau dihentikan.

P (Planning): penyusunan rencana tindak lanjut apabila intervensi masih perlu dilanjutkan.