

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran

1. Definisi Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa dimana klien mengalami perubahan sensori persepsi : merasakan sensori palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penghidu (Direja, 2011).

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 penginderaan (Dalami, dkk, 2014).

Halusinasi adalah suatu gangguan persepsi panca indra tanpa disertai dengan adanya rangsangan dari luar yang dapat terjadi pada sistem penginderaan dimana pada saat kesadaran individu itu penuh dan baik (Abdul muhith,2015).

Jadi, halusinasi adalah suatu gangguan persepsi yang mempengaruhi rangsangan seseorang yang berasal dari sistem penginderaan.

2. Faktor Predisposisi dan Faktor Presipitasi

Stuart (2016) menjelaskan bahwa faktor penyebab terjadinya halusinasi yaitu :

a. Faktor Predisposisi

1) Biologis

Abnormalitas perkembangan sistem saraf yang berhubungan dengan respon neurobiologis yang maladaptif baru mulai dipahami.

2) Psikologis

Keluarga, pengasuh dan lingkungan klien sangat mempengaruhi respon dan kondisi psikologis klien. Salah satu sikap atau keadaan yang dapat mempengaruhi gangguan orientasi realitas adalah penolakan atau tindakan kekerasan dalam rentang hidup klien.

3) Sosial Budaya

Kondisi sosial budaya mempengaruhi gangguan orientasi realita seperti kemiskinan, konflik sosial budaya (perang, kerusuhan, bencana alam) dan kehidupan yang terisolasi disertai stres.

b. Faktor Presipitasi

Secara umum klien dengan gangguan halusinasi timbul gangguan setelah adanya hubungan yang bermusuhan, tekanan, isolasi, perasaan tidak berguna, putus asa dan tidak berdaya. Penilaian individu terhadap stresor dan masalah koping dapat mengidentifikasi kemungkinan kekambuhan.

1) Biologis

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

2) Stres Lingkungan

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

3) Sumber koping

Sumber koping mempengaruhi respon individu dalam menanggapi stresor.

3. Pemeriksaan Penunjang

- a. Hospitalisasi perawatan rumah sakit
- b. Pemberian obat-obatan seperti haloperidol, amitriptylin, dan lain-lain.
- c. Terapi ECT, merupakan kejang listrik dan pengobatan menggunakan arus listrik antara 70-160 volt.
- d. Psikoterapi (menurut Dadang Hawari, 2021)

4. Penatalaksanaan Medis

a. Farmakologis

1) Psikofarmakoterapi

a) Golongan butirefenon

Haldol, serenace, ludomer. Pada kondisi akut biasanya diberikan dalam bentuk injeksi 3 x 5 mg, IM. Pemberian injeksi biasanya cukup 3 x 24 jam. Setelahnya klien bisa diberikan obat per oral 3x 1,5 mg (Yosep, 2020).

b) Golongan Fenotiazine

Chlorpromazine/largactil/promactil. Biasanya diberikan per oral. Kondisi akut biasanya diberikan 3 x 100 mg. apabila kondisi sudah stabil dosis dapat dikurangi 1 x 100 mg pada malam hari saja (Yosep, 2020).

2) Psikoterapi

Terapi kejang listrik adalah pengobatan untuk menimbulkan kejang grandmall secara artifisial dengan melewati aliran listrik melalui

electrode yang dipasang pada satu atau dua temples. Terapi kejang listrik dapat diberikan pada skizofrenia yang tidak mempan dengan terapi neuroleptika oral atau injeksi, dosis terapi kejang listrik 4-5 joule / detik (Yosep,2020).

c. Rehabilitasi

Terapi kerja baik untuk mendorong penderita bergaul dengan orang lain, penderita lain, perawat, dan dokter. Maksudnya supaya pasien tidak mengasingkan diri lagi karena bila menarik diri pasien dapat membentuk kebiasaan yang kurang baik. Diajurkan penderita untuk menadakan permainan atau pelatihan bersama (Yosep, 2020).

b. Nonfarmakologis

Terapi non farmakologis yang dapat dilakukan pada pasien halusinasi yaitu:

1) Menghardik

Menghardik halusinasi adalah upaya mengendalikan diri terhadap halusinasi dengan cara menolak halusinasi yang muncul. Pasien dilatih untuk mengatakan tidak terhadap halusinasi yang muncul atau tidak memperdulikan halusinasinya. Kalau ini bisa dilakukan, pasien akan mampu mengendalikan diri dan tidak mengikuti halusinasi yang muncul. Mungkin halusinasi tetap ada namun dengan kemampuan ini pasien tidak akan larut untuk menuruti apa yang ada dalam halusinasinya. Tahapan ini meliputi:

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

- e) Bercakap-cakap dengan orang lain.
- f) Melakukan aktivitas terjadwal
- g) Menggunakan obat secara teratur.

2) Terapi dzikir atau murotal

Terapi murotal yaitu terapi dengan cara mendengarkan ayat suci Al-Qur'an Surah Ar-Rahman ayat 1 sampai dengan ayat 78 (Wuryaningsuh, Anwar, Wijaya & Kurniyawan ,2015). Terapi murotal menciptakan lantunan ayat suci Al-Qur'an memiliki frekuensi yang menciptakan telinga kemudian bergerak ke sel-sel otak dan mempengaruhinya melalui medan-medan elektromagnetik frekuensi ini yang dihasilkan dalam sel-sel ini akan merespon medan-medan tersebut dan memodifikasi getaran-getarannya. Perubahan pada getaran inilah yang mampu membuat otak menjadi rileks dan tenang sehingga dapat mengurangi halusinasi.

3) Terapi musik

Pemberian terapi musik klasik merupakan salah satu teknik relaksasi dan tepat diberikan pada pasien halusinasi pendengaran yang dapat menjadikan pasien merasa tenang, mengurangi gejala agresif, mengendalikan emosi, pendidikan moral, pengembangan spiritual dan menyembuhkan gangguan psikologis. Pemberian terapi musik klasik dilakukan sekali sehari dengan durasi 10-15 menit selama 5 hari.

d. Terapi *thought stopping*

Terapi *thought stopping* merupakan terapi dengan penghentian pikiran yang digunakan untuk membantu klien dalam mengubah proses berpikir. Dasar dari teknik ini adalah secara sadar memerintah diri sendiri, "stop!", saat mengalami pemikiran yang negatif, tidak penting dan *distorted*. Kemudian

mengganti pikiran negatif tersebut dengan pikiran lain yang lebih positif dan realistis. Pemberian terapi ini dengan waktu 10-15 menit.

B. Konsep Terapi *Thought Stopping*

1. Definisi Terapi *Thought Stopping*

Thought stopping adalah suatu teknik yang digunakan untuk menyembuhkan pemikiran negatif yang merusak diri dengan mengatakan “STOP” dan mengganti pikiran negatif menjadi pikiran positif (Joseph Wolpe, 2015). Penghentian Pikiran (*Thought Stopping*) merupakan salah satu contoh dari teknik psikoterapeutik kognitif-behavior yang dapat digunakan untuk membantu klien mengubah pemikiran negatif. Mengubah proses berpikir merupakan hal penting bagi seorang terapis mempertahankan perasaan klien dapat berpengaruh kuat dengan pola dan proses berpikir (Tang & DeRubies, 2015).

Menurut Bakker (2016), teknik *Thought Stopping* merujuk pada sekelompok prosedur yang digunakan untuk meningkatkan kemampuan seseorang agar seseorang bisa memblokir secara kognitif serangkaian tanggapan yang diterima. Mengubah proses berpikir merupakan hal penting bagi seorang konselor mempertahankan perasaan konseli dapat berpengaruh kuat dengan pola dan proses berpikir. Penghentian pikiran dapat dilakukan ketika pikiran negatif atau maladaptif terjadi.

Jadi, dapat disimpulkan *Thought Stopping* adalah tindakan yang mengahlikan pikiran seseorang dengan cara mengatakan stop dan mengganti pikiran negatif menjadi pikiran positif.

2. Tujuan Terapi *Thought Stopping*

- a. Membantu klien mengatasi stres.
- b. Membantu klien mengatasi pikiran negatif atau maladaptif yang sering muncul.
- c. Membantu klien mengatasi pikiran obsesif dan fobia.
- d. Membantu klien mengatasi kecemasan.
- e. Membantu klien mengurangi kritik diri yang tidak sehat atau suka menyalahkan diri sendiri.
- f. Bermanfaat untuk belajar melupakan pengalaman buruk.

3. Standar Operasional Prosedur Terapi

Dalam tahap peneltiap , peneliti melakukan proses konseling dengan teknik *thought stopping*. Dari pendapat Ankrom dan Nursalin, maka peneliti melaksanakan konseling dengan teknik *thought stopping* menurut pedoman dari Nursalim. Secara prosedural, pelaksanaan konseling teknik *thought stopping* dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 1
Standar Operasional Prosedur

Tahap I						
Tahap-tahap	konseling	<i>thought</i>	Penghentian	pikiran	atas	arahan
<i>stopping</i>			konselor			
Waktu			Dilakukan kurang lebih 10 menit, dan ketika pasien tenang dan tidak kambuh.			
Tujuan yang ingin di capai			1. Menciptakan hubunagn yang hangat dan akrab dengan klien. 2. Klien mampu mengungkapkan situasi masalah dan pikiran menyalahkan diri yang dialami.			

	3. Klien memahami tujuan konseling. 4. Klien memahami prosedur teknik <i>thought stopping</i> yang akan dilaksanakan dalam konseling. 5. Klien mampu memahami dan mendeskripsikan atau mengungkapkan situasi masalah dan pikiran yang dialami. 6. Klien mampu memahami interupsi “STOP” dalam mengalihkan pikiran negatif. 7. Klien mampu mengontrol pikirannya.
Langkah-langkah yang dilakukan	a. Perawat membuka percakapan. b. Perawat menjelaskan tujuan terapi <i>thought stopping</i> dan menjelaskan prosedur tanpa memperagakan secara jelas kepada klien mengenai bagaimana cara menghentikan pikiran itu. c. Mengkonfirmasi klien tentang keinginan klien untuk menggunakan teknik <i>thought</i>. d. Perawat meminta klien duduk rileks, dan diminta untuk menyatakan semua pikirannya. e. Temukan pernyataan yang mana yang tepat untuk dihentikan (misal : pikiran-pikiran yang menyalahkan diri sendiri/<i>self defeating</i>).

	f. Perawat mengatakan “STOP” dengan keras, dapat pula disertai dengan tepukan tangan, mengetuk meja ataupun dengan siulan. g. Pada tahap ini, perawat juga melakukan evaluasi masalah atau mencatat masalah yang membuat klien stres di lembar evaluasi. h. Perawat menanyakan bagaimana perasaan klien setelah mengikuti terapi. i. Perawat menutup sesi 1, dan kontrak untuk selanjutnya (sesi 2)
--	--

Tahap II	
Tahap-tahap konseling <i>thought stopping</i>	Penghentian pikiran atas arahan konselor (<i>Overt Interruption</i>)
Waktu	Dilakukan kurang lebih 10 menit, dan ketika pasien tenang dan tidak kambuh.
Tujuan yang ingin di capai	1. Tetap menjaga hubungan baik dengan klien. 2. Klien mampu mengaktikan pikirannya Mengungkapkan segala macam pikiran yang ada dibenaknya. 3. Klien dapat mengidentifikasi dan menganalisa pikiran negatif melalui interupsi kata "STOP" Dalam menginterupsi diri sendiri
Langkah-langkah yang dilakukan	a. Perawat membuka percakapan.

-
- b. Perawat menjelaskan kembali tujuan terapi *thought stopping* dan Menjelaskan prosedur mengenai bagaimana cara menghentikan pikiran negatif dengan mengatakan "STOP" dalam hati oleh klien.
 - c. Klien diminta untuk memejamkan dan membangkitkan pikirannya mata kembali tentang masalah yang dialami membayangkan masalahnya.
 - d. Tanyakan apakah pikiran klien sudah terbayangkan. Minta klien untuk menganggukkan kepala jika pikiran tersebut sudah ada, dan minta klien untuk menghentikan tersebut dengan mengatakan "STOP" dalam hati.
 - e. Minta klien untuk membuka matanya kembali Perawat mengevaluasi kembali masalah klien.
 - f. Perawat menanyakan bagaimana perasaan klien setelah mengikuti terapi.
 - g. Perawat menutup sesi 2, dan kontrak untuk selanjutnya (sesi 3).
-

Tahap III

Tahap-tahap	konseling	<i>thought</i>	Berhenti berpikir yang diarahkan oleh klien (<i>Covert Interruption Client</i>)
Waktu			Dilakukan kurang lebih 10 menit, dan ketika pasien tenang dan tidak kambuh.
Tujuan yang ingin di capai			

Langkah-langkah yang dilakukan

1. Klien mampu menghentikan pikiran negatif
 2. Klien mampu mengganti pikiran negatif ke pikiran positif.
 3. Klien termotivasi menerapkan pikiran positif dalam kehidupan nyata
 - a. Perawat membuka percakapan.
 - b. Perawat menjelaskan tujuan terapi *thought stopping* dan menjelaskan menghentikan prosedur pikirannya dengan mengganti pikiran negatif menjadi pikiran positif.
 - c. Perawat diminta memejamkan untuk membangkitkan mata dan kembali tentang masalah yang pikirannya dialami.
 - d. Klien diminta memejamkan mata untuk membayangkan masalahnya.
 - e. Tanyakan apakah pikiran tersebut sudah ada. Minta klien untuk menganggukkan kepala jika sudah masuk ke pikiran.
 - f. Jika pikiran sudah masuk dan terbayangkan. Minta subjek untuk mengatakan "STOP" dengan keras.
 - g. Ajarkan klien untuk mengganti pikiran negatif ke pikiran positif.
 - h. Minta klien untuk mengulangi kata-kata yang membangun yang diajarkan perawat.
 - i. Minta klien untuk membuka matanya kembali.
-

			j. Perawat mengevaluasi kembali masalah klien. k. Perawat menanyakan bagaimana klien setelah mengikuti terapi. l. Perawat menutup sesi 3, dan kontrak (sesi 4).
Tahap IV			
Tahap-tahap	konseling	<i>thought</i>	Pergantian dari pikiran negatif yang tegas, positif atau netral
stopping			
Waktu			Dilakukan kurang lebih 10 menit, dan ketika pasien tenang dan tidak kambuh.
Tujuan yang ingin di capai			1. Dengan melakukan/membuat kegiatan akan mengalinkan pikiran klien. 2. Membantu klien mengevaluasi memelihara kemajuan yang telah dicapai. a. Perawat membuka percakapan. b. Perawat menjelaskan kembali tujuan terapi <i>thought stopping</i> dan menjelaskan prosedur kepada pasien bagaimana cara menghentikan pikiran negatif dengan melakukan terapi <i>thought stopping</i> c. Setelah melakukan terapi <i>thought stopping</i> lakukan evaluasi bagaimana kemajuan yang sudah dicapai dan menyarankan menerapkan terapi <i>thought stopping</i> jika suatu saat pikiran negatif itu datang kembali. Pada tahap ini, sekaligus melakukan post-test.
Langkah-langkah yang dilakukan			

			d. Perawat menutup sesi terapi, dan mengucapkan salam
Tahap V			
Tahap-tahap	konseling	<i>thought</i>	Melakukan/Membuat kegiatan yang bermanfaat dan evaluasi.
Waktu			Dilakukan kurang lebih 10 menit, dan ketika pasien tenang dan tidak kambuh.
Tujuan yang ingin di capai			1. Dengan melakukan/membuat kegiatan akan mengalihkan pikiran klien 2. Membantu klien mengevaluasi dan memelihara kemajuan yang telah dicapai.
Langkah-langkah yang dilakukan			
			a. Perawat membuka percakaoan. b. Perawat menjelaskan kembali tujuan terapi <i>thought stopping</i> dan menjelaskan prosedur kepada klien mengenai bagaimana cara menghentikan pikirannya dengan melakukan kegiatan. c. Setelah melakukan kegiatan evaluasi bagaimana kemajuan yang sudah dicapai dan menyarankan untuk menerapkan terapi <i>thought stopping</i> jika suatu saat pikiran negatif itu datang kembali. d. Pada tahap ini, perawat sekaligus melakukan post-test.

-
- e. Perawat menutup sesi terapi, dan mengucapkan salam.
-

Sumber : *ejurnal Mislika 2021. Penerapan Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Halusinasi Pendengaran*

C. Asuhan Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori (Halusinasi Pendengaran)

1. Pengkajian

a. Identitas

Nama, umur, jenis kelamin, No MR, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian.

b. Alasan Masuk

Klien dengan halusinasi pendengaran biasanya dilaporkan oleh keluarga bahwa klien sering melamun, menyendiri, terlihat berbicara sendiri, tertawa sendiri, bersikap seolah mendengarkan sesuatu, mondar mandir, dan curiga yang berlebihan.

c. Faktor Predisposisi

Biasanya pasien mengalami gangguan jiwa yang mempunyai riwayat gangguan jiwa di masa lalu, di sebabkan oleh pengobatan yang terputus atau tidak selesai. adanya trauma masa lalu, faktor genetik, dan pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan. Genetik biasanya di keluarga pasien sudah ada yang mengalami gangguan jiwa, merasa malu, stigma masyarakat yang menganggap keluarga tersebut adalah keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

d. Pemeriksaan fisik

TTV:

- 1) TD: biasanya tekanan darah pasien di atas normal
- 2) Suhu: biasanya suhu tubuh dalam batas normal
- 3) Nadi: biasanya nadi pasien teraba cepat

- 4) Pernafasan: biasanya pernafasan pasien cepat
- e. Psikososial dan spiritual
 - 1) Konsep Diri
 - a) Citra tubuh, bagaimana persepsi klien terhadap tubuhnya bagian mana yang disukai dan yang tidak disukai.
 - b) Identitas diri, biasanya pasien mengalami disorientasi diri, seperti pasien berjenis kelamin laki-laki tapi bertingkah layaknya perempuan, seperti itu juga sebaliknya.
 - c) Peran, biasanya pasien mengalami gangguan fungsi peran, yang menyebabkan mengalami konsentrasi buruk, lebih sering melamun dan menyendiri sehingga tadinya sebagai kepala keluarga atau seorang anak tidak menjalankan perannya sebagai mana mestinya.
 - d) Ideal diri, bagaimana harapan klien terhadap tugas/peran dan harapan klien terdapat lingkungan.
 - e) Harga diri, biasanya pasien mengisolasi diri dikarenakan lingkungan yang tidak menerimanya, dan mendapatkan pengucilan dari lingkungan.
 - f) Hubungan Sosial, biasanya pasien mengalami gangguan dalam berhubungan sosial, misalnya mengalami hambatan dalam berperan serta di kegiatan kelompok masyarakat dan dengan orang lain. Klien biasanya tampak melamun, konsentrasi buruk merasa ingin sendiri, curiga terhadap orang-orang baru.
 - g) Spiritual, biasanya pasien mengalami gangguan spiritual, karena pasien tidak sesuai tatacara ibadah.
 - h) Status Mental

1) Pembicaraan

Biasanya pada pasien mengalami gangguan jiwa saat diajak bicara tidak nyambung/inkoheren, respon tidak sesuai, melihat ke suatu arah, bicara sendiri, curiga.

2) Efek dan Emosi

Biasanya mudah merasa kesal, curiga pada orang lain, melamun dan menyendiri tiba-tiba.

3) Persepsi Sensorik

Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan, merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, penglihatan, atau pengecapan, dan menyatakan kesal.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah keperawatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Perumusan diagnosis keperawatan menggunakan komponen *problem* (P), *etiology* (E), dan *sign and symptom* (S). Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga, komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan Kesehatan (PPNI, 2017).

Diagnosis keperawatan dibagi menjadi dua jenis, yaitu diagnosis negatif dan diagnosis positif. Diagnosis negatif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit atau berisiko mengalami sakit sehingga penegakan diagnosis ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan, dan pencegahan. Diagnosis ini terdiri atas diagnosis aktual dan

diagnosis risiko. Sedangkan diagnosis positif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi yang lebih sehat atau optimal. Diagnosis ini disebut juga dengan diagnosis promosi Kesehatan (PPNI, 2017).

3. Rencana Keperawatan

Tabel 2

Kajian Teori Intervensi Asuhan Keperawatan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada
Pasien Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran Dengan Terapi *Thought*
Stopping Di Rumah Sakit Manah Shanti Mahottama

DIAGNOSIS KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN
1	2	3
Gangguan Persepsi Sensori Definisi : Perubahan Persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang di sertai dengan respon yang berkurang, berlebihan, atau terdistrosi. Penyebab : 1. Gangguan penglihatan 2. Gangguan pendengaran 3. Gangguan penghidungan 4. Gangguan perabaan 5. Hiposia serebral 6. Penyalahgunaan zat 7. Usia lanjut 8. Pemajanan toksin lingkungan Gejala dan Tanda Mayor Subjektif : 1. Mendengar suara	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ...x... diharapkan Persepsi Sensori Membaik dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun 2. Perilaku halusinasi menurun 3. Menarik diri menurun 4. Melamun menurun 5. Curiga menurun 6. Mondar-mandir menurun 7. Respon sesuai stimulus meningkat 8. Konsentrasi meningkat 9. Orientasi Meningkat	Manajemen Halusinasi Observasi : 1. Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi 2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulus 3. Monitor isi halusinasi (mis. kekerasan, atau membahayakan diri) Terapeutik : 1. Pertahankan lingkungan yang aman 2. Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis.<i>limit setting</i>, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi) 3. Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi

1	2	3
Bisikan atau melihat Bayangan 2. Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, penglihatan, atau pengecapan. Objektif : 1. Distorsi sensori 2. Respons tidak sesuai 3. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu. Gejala dan Tanda Minor Subjektif 1. Menyatakan kesal Objektif 1. Menyendiri 2. Melamun 3. Konsentrasi buruk 4. Disorientasi waktu, tempat, orang, atau situasi. 5. Curiga 6. Melihat ke satu arah 7. Mondar mandir 8. Bicara sendiri		4. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi Edukasi : 1. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi 2. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi 3. Anjurkan melakukan distraksi (mis. mendengarkan musik, melakukan aktivitas, dan teknik relaksasi) 4. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu

Sumber : Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2016 ; *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*, 2018 ; *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*, 2019

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat melakukan intervensi keperawatan yang telah disusun untuk mencapai luaran (*outcome*) yang telah ditetapkan (PPNI, 2018). Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah di rencanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih di butuhkan dan sesuai dengan kondisi pasien pada saat ini (*here and now*).

Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor lain yang memengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Mulyanti, 2017). Implementasi keperawatan terhadap pasien diberikan secara urut sesuai prioritas masalah yang sudah dibuat dalam rencana tindakan asuhan keperawatan, termasuk didalamnya nomor urut dan waktu ditegakkannya suatu pelaksanaan keperawatan.

Tabel 3
Kajian Teori Implementasi Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Gangguan
Persepsi Sensori Pendengaran Dengan Terapi *Thought*
Stopping Di Rumah Sakit Manah Shanti Mahottama

Diagnosa Keperawatan	Waktu/temu	Implementasi	Respon	Paraf
1	2	3	4	5
Fondasi dari seluruh proses keperawatan dan Kesimpulan perawat mengenai respons pasien (individu, keluarga atau komunitas terhadap masalah Kesehatan, kondisi kehidupan, atau proses tumbuh kembang baik yang actual (terjadi saat ini)maupun potensial (beresiko terjadi)	Hari, Tanggal , pukul dan Waktu pelaksanaan (kapan suatu intervensi dijalankan dan pertemuan Dimana diwaktu yang tepat akan menentukan keberhasilan implementasi	Proses pelaksanaan Tindakan keperawatan yang ditujukan untuk mencapai tujuan atau hasil yang diharapkan sesuai dengan kebutuhan pasien.	Membantu perawat memahami bagaimana tindakan mereka mempengaruhi / memicu reaksi reson dari pasien dan bagaimana menyesuaikan pendekatan agar hasil keperawatan menjadi lebih efektif	Dokumentasi yang singkat yang sah dan bermakna sebagai bukti bahwa perawat telah melaksanakan Tindakan keperawatan secara profesional dan bertanggung jawab

5. Evaluasi Keperawatan

Proses asuhan keperawatan yang terakhir adalah evaluasi. Evaluasi keperawatan didasarkan pada luaran (*outcome*) yang sudah ditetapkan. Evaluasi keperawatan merupakan proses berkelanjutan untuk menilai hasil dari implementasi keperawatan yang sudah diberikan kepada klien (Simanulang, 2020) Menurut PPNI (2018) evaluasi keperawatan dapat dilakukan dengan pedoman SOAP meliputi, subjektif (S) yang merupakan suatu respons subjektif dari klien terhadap implementasi keperawatan yang telah diberikan, objektif (O) merupakan data dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat, analisa ulang (A) merupakan kumpulan data subjektif dan objektif yang menggambarkan masalah teratasi atau belum, dan perencanaan (P) merupakan tindakan selanjutnya yang akan dilaksanakan berdasarkan analisis sebelumnya.

Tabel 4

Kajian Teori Evaluasi Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Gangguan
 Persepsi Sensori Pendengaran Dengan Terapi *Thought*
Stopping Di Rumah Sakit Manah Shanti Mahottama

Temu/Waktu	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	Paraf
1	2	3	4
Hari , Tanggal , Tahun dan Pukul diberikan Evaluasi Waktu pelaksanaan (kapan suatu intervensi dijalankan dan pertemuan Dimana diwaktu yang tepat akan menentukan keberhasilan implementasi	Fondasi dari seluruh proses keperawatan dan Kesimpulan perawat mengenai respons pasien (indivisu, keluarga atau komunitas terhadap masalah Kesehatan, kondisi kehidupan, atau proses tumbuh kembang baik yang actual (terjadi saat ini)maupun potensial (beresiko terjadi)	Penilaian akhir untuk melihat apakah Upaya keperawatan berhasil membantu pasien mencapai kondisi Kesehatan yang diinginkan, sekaligus sebagai dasar pengambilan Keputusan selanjutnya dalam proses keperawatan	Dokumnetasi yang singkat yang sah dan bermakna sebagai bukti bahwa perawat telah melaksanakan Tindakan keperawatan secara professional dan bertanggung jawab