

## BAB II

# Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Halusinasi Pendengaran

Hanim Nur Faizah, S.Kep.,Ns.,M.Kep.

### A. Konsep Halusinasi dalam Perspektif Keperawatan

Halusinasi merupakan gangguan persepsi sensori di mana individu mengalami sensasi tanpa adanya rangsangan eksternal yang nyata. Kondisi ini dapat berupa pengalaman mendengar, melihat, mencium, merasakan, atau menyentuh sesuatu yang sebenarnya tidak ada. Halusinasi sering ditemukan pada pasien dengan gangguan jiwa, terutama skizofrenia, yang ditandai dengan adanya gangguan pada proses berpikir, persepsi, emosi, dan perilaku (Sari et al., 2022).

Dalam konteks kesehatan mental saat ini, halusinasi menjadi masalah yang cukup kompleks dan masih banyak ditemukan di layanan kesehatan jiwa. Halusinasi merupakan salah satu diagnosa keperawatan yang paling sering muncul pada pasien gangguan jiwa. Sebagian besar pasien dengan skizofrenia dilaporkan mengalami halusinasi yang berdampak pada kemampuan interaksi sosial serta komunikasi (Putri & Wahyuni, 2023). Kondisi ini menunjukkan bahwa halusinasi masih menjadi masalah aktual yang membutuhkan penanganan serius dan berkelanjutan.

Permasalahan utama pada pasien dengan halusinasi adalah ketidakmampuan dalam membedakan antara persepsi yang berasal dari stimulus nyata dan yang berasal dari pikiran sendiri. Akibatnya, pasien sering kali mempercayai halusinasi sebagai sesuatu yang nyata, sehingga dapat memicu perilaku maladaptif seperti berbicara sendiri, marah tanpa sebab, bahkan berisiko melukai diri sendiri atau orang lain (Rahmawati et al., 2021). Kondisi ini juga diperparah dengan kurangnya kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi yang dialami.

Dalam praktik keperawatan, penanganan halusinasi dilakukan melalui pendekatan proses keperawatan yang sistematis, meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Metode ini dilakukan melalui teknik wawancara, observasi, serta dokumentasi untuk memahami kondisi pasien secara menyeluruh (Hidayat & Kusumawati, 2022). Selain itu, penerapan terapi generalis seperti mengenali halusinasi, menghardik, minum obat secara teratur, bercakap-cakap dengan orang lain, serta melakukan aktivitas terjadwal terbukti efektif dalam membantu pasien mengontrol halusinasi (Pratama et al., 2024).

Berdasarkan uraian tersebut, pembahasan dalam bab ini bertujuan untuk mengkaji secara mendalam konsep halusinasi serta penerapan asuhan keperawatan yang efektif dalam membantu pasien mengontrol halusinasi. Dengan pemahaman yang baik, diharapkan perawat mampu memberikan intervensi yang tepat guna meningkatkan kualitas hidup pasien dengan gangguan persepsi sensori.

## **B. Konsep Halusinasi dalam Keperawatan Jiwa**

### **a. Pengertian Halusinasi Pendengaran**

Halusinasi Pendengaran merupakan salah satu bentuk tanggapan yang diterima oleh seseorang dapat berupa marah yang dicurahkan melalui ancaman, mencederai diri sendiri maupun lingkungan sekitar. Tanda dan gejala Halusinasi Pendengaran dapat berupa terjadinya perubahan fungsi kognitif, afektif, perilaku, dan sosial. Orang yang mengalami Halusinasi Pendengaran seringkali mengalami tekanan darah yang meningkat, mudah tersinggung, marah, mengamuk, serta dapat mencederai diri sendiri maupun orang lainnya (Pardede & Hulu, 2020). Halusinasi Pendengaran merupakan bentuk perilaku seseorang yang mempunyai maksud untuk mencederai diri secara fisik dan psikologis. Pada pengertiannya Halusinasi Pendengaran dapat berupa perkataan pada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Halusinasi Pendengaran pada lingkungan dapat berupa tindakan yang bersifat merusak lingkungan seperti melempar kaca, genting, dan apapun yang berhubungan dengan lingkungan (Putri & Fitrianti, 2018). Halusinasi Pendengaran merupakan bentuk kekerasan secara fisik maupun perkataan yang dapat ditunjukkan kepada diri sendiri maupun orang lainnya. Pada orang dengan Halusinasi Pendengaran cenderung bersifat agresif terhadap suatu sisi yang lainnya. Keadaan pada orang dengan Halusinasi Pendengaran terkadang menimbulkan perasaan emosi, benci, frustrasi, atau marah (Kandar & Iswanti, 2019).

### **b. Tanda dan Gejala Halusinasi Pendengaran**

Pada orang dengan Halusinasi Pendengaran dapat merasakan denyut nadi meningkat, pernafasan meningkat, mudah tersinggung terhadap orang lainnya, serta mempunyai keinginan untuk mencederai diri sendiri maupun orang lainnya (Pardede, Siregar & Hulu, 2020). Terdapat tanda dan gejala pada orang dengan Halusinasi Pendengaran seperti (Pardede, 2020):

1. Emosi : Tidak cukup menahan emosi, merasa tidak nyaman, rasa terganggu, dan merasa marah
2. Intelektual : Mendominasi, cerewet, suka bicara kotor, gampang berdebat, dan cenderung meremehkan
3. Fisik : Wajah nampak kemerahan, mata tajam, nafas pendek, mudah berkeringat, fisik tidak sehat, menggunakan obat-obatan terlarang, tekanan darah mudah mengalami peningkatan
4. Spiritual : Merasa paling benar, selalu membenarkan diri sendiri, mempunyai kebimbangan, tidak mempunyai etika, berperilaku tidak baik, tidak kreatif
5. Sosial : Tidak mudah bersosialisasi, dijauhi orang lain, merasa tidak dihargai oleh lingkungan sekitar, mendapatkan omongan dari orang lain.

Tanda dan gejala Halusinasi Pendengaran berdasarkan :

1. Subjektif : Mempunyai perasaan jengkel, keinginan untuk melukai orang sekitar, orang lain, suka membentak dan menyerang orang lain.
2. Objektif : Ekspresi mata melebar, tangan menggepal, wajah memerah, postur tubuh tegar, terkadang bicara kasar, mudah marah, dapat melukai orang lain serta diri sendiri.

### **c. Rentang Respon Marah**

Rentang respon kemarahan dapat berupa asertif, frustrasi, agresif, dan mengamuk (Putri, N & Fitrianti, 2018).

- 1) Asertif adalah ungkapan marah tanpa membuat orang sakit hati, membuat luka perasaan orang lain, dan bertujuan untuk membuat orang merasa rendah diri.
- 2) Frustrasi adalah suatu akibat yang timbul akibat seseorang gagal mencapai sesuatu yang diinginkannya. Frustrasi dapat dialami sebagai sesuatu yang dapat menimbulkan kemarahan.
- 3) Pasif adalah suatu perasaan dimana individu tidak mampu untuk menceritakan perasaan yang dialami.

- 4) Agresif adalah perilaku yang menyebabkan marah namun masih dapat dikontrol oleh individu. Orang dengan perilaku agresif biasanya kurang mengetahui segala sesuatu yang didapatkan orang lain.
- 5) Amuk adalah perasaan marah yang dialami oleh seseorang serta kehilangan control diri. Orang dengan perasaan marah dapat.

#### **d. Etiologi Resiko Halusinasi**

Pendengaran Terjadinya Halusinasi Pendengaran dapat dijelaskan menggunakan konsep stress adaptasi Stuart yang meliputi faktor predisposisi dan presipitasi (Nurhalimah, 2016) :

##### **a. Faktor predisposisi**

###### **1) Faktor Biologis**

Faktor biologis yaitu faktor yang berasal dari anggota keluarga yang melakukan Halusinasi Pendengaran pada anggota keluarganya, adanya suatu penyakit dan riwayat penggunaan NAPZA.

###### **2) Faktor Psikologis**

Suatu pengalaman marah merupakan keinginan psikologis terhadap stimulasi dari dalam, dan dari luar, maupun lingkungan. Halusinasi Pendengaran bisa terjadi karena hasil dari keinginan yang tidak terpenuhi. Apabila individu tidak dapat mencapai keinginannya untuk mencapai sesuatu maka akan menemui kegagalan atau terhambat. Kebutuhan manusia adalah berperilaku dan jika tidak terpenuhi kebutuhan tersebut maka cenderung akan berperilaku merusak.

###### **3) Faktor Sosiokultural**

Teori lingkungan sosial mengatakan bahwa setiap lingkungan akan berdampak terhadap perilaku individu. Kebiasaan mendapatkan dukungan dalam hal menjawab perilaku asertif atau agresif. Halusinasi Pendengaran dapat dipelajari secara langsung melalui proses hubungan dengan manusia yang lain.

##### **e. Penatalaksanaan Resiko Halusinasi Pendengaran**

Salah satu bentuk upaya untuk mengatasi terapi Halusinasi Pendengaran dengan cara tindakan medis dan non medis. Terapi medis yang diberikan kepada pasien seperti obat antipsikotik adalah Chlorpromazine (CPZ), Risperidon (RSP), Haloperidol (HLP), Clozapin dan Trifluoperazine (TFP). Psikofarmaka adalah obat dengan tujuan untuk mengurangi penyebab gangguan jiwa. Penting bagi penderita gangguan jiwa untuk patuh dalam hal minum obat yang diresepkan oleh dokter karena dengan pengobatan efektif mengatasi gangguan jiwa (Pardede, Keliat & Yulia, 2015).

Suatu bentuk tindakan yang dilakukan oleh perawat dalam hal mengurangi Halusinasi Pendengaran yaitu dengan menggunakan strategi pelaksanaan (SP). Strategi pelaksanaan bersifat membina hubungan saling percaya antara klien dengan keluarga. Apabila klien tidak diberikan SP akan mengakibatkan menjadi membahayakan orang di sekitarnya. Strategi yang dilakukan klien yaitu dengan cara mengontrol Halusinasi Pendengaran secara fisik, obat, verbal, dan spiritual. Cara mengontrol Halusinasi Pendengaran fisik dengan cara mengatur relaksasi nafas dalam, memberikan pukulan bantal atau Kasur.

Cara mengontrol verbal yaitu dengan menolak dengan baik, meminta dengan baik, dan memberikan ungkapan dengan baik. Cara mengontrol spiritual dengan cara shalat dan berdoa. Cara mengontrol Halusinasi Pendengaran dengan minum obat yaitu prinsip 5 benar obat (benar pasien, benar nama obat, benar cara minum obat, benar waktu minum obat, dan benar dosis obat) (Sujarwo & Livana, 2018).

## **C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan**

### **a. Asuhan Keperawatan**

Berdasarkan Teori Menurut Yusuf (2015) proses keperawatan jiwa di mulai dari pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

#### **1) Pengkajian**

Pengkajian merupakan proses keperawatan yang runtut dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber untuk memberikan penilaian dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Seorang perawat harus berjaga-jaga dalam hal perilaku klien yang cenderung tidak stabil, hirarki perilaku menyerang dan kekerasan. Perawat harus bisa mengkaji emosi klien yang berhubungan dengan perilaku agresif (Muhith, 2015). Pengkajian terhadap pasien dilakukan dengan cara menanyakan dan mengamati pada pasien dan keluarganya. Tanda dan gejala Gangguan Presepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran dapat dilihat dengan memberikan sebuah pertanyaan kepada pasien (Nurhalimah, 2016).

1. Identitas Nama, umur, jenis kelamin, No. RM, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian
2. Alasan masuk Alasan klien masuk ke rumah sakit dikarenakan sering mengamuk tanpa sebab, memukul, membanting, mengancam, menyerang orang lain, melukai diri sendiri, mengganggu lingkungan, mempunyai perbuatan yang kasar, dan pernah ada riwayat penyakit gangguan jiwa sebelumnya dikarenakan pasien tidak mau minum obat

3. Faktor predisposisi
  - a. Mempunyai gangguan kejiwaan di masa sebelumnya
  - b. Pasien dengan gangguan jiwa di masa lalu pernah dirawat atau baru pertama kalinya mengalami gangguan jiwa
  - c. Adanya riwayat pengobatan terdahulu
  - d. Biasanya pasien mempunyai riwayat ke dukun sebagai alternatif serta pernah dipasung kemudian ketika tidak berhasil untuk sembuh di bawa ke rumah sakit jiwa
  - e. Trauma
  - f. Pasien biasanya menyaksikan atau melihat penyiksaan secara fisik, seksual, penolakan dari lingkungan
  - g. Keturunan
  - h. Terdapat bagian keluarga yang mengalami gangguan jiwa, ada hubungannya dengan keluarga, gejala, pengobatan, dan perawatan
  - i. Sebelumnya pasien mempunyai pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan seperti perasaan di tolak, dihina, dianiaya, dan mendapatkan penolakan dari lingkungan sekitar
  - j. Fisik
  - k. Mengukur dan melihat tanda-tanda vital seperti tekanan darah yang meningkat, nadi yang berubah, suhu, pernafasan terlihat lebih cepat dari sebelumnya
  - l. Mengukur tinggi badan dan berat badan
  - m. Pada saat melakukan pemeriksaan fisik dapat kita lihat yaitu pandangan mata tajam, tangan menggenggam erat, rahang mengantup, wajah terlihat kemerahan
  - n. Verbal seperti ingin mengancam, berbicara dengan kata-kata kotor, berbicara dengan nada yang kasar
4. Psikososial
  - a. Genogram

Genogram dibuat 3 generasi keatas yang harus menceritakan hubungan klien dengan keluarga. Tiga generasi ini harus mudah dipahami dan diingat saat pasien dan keluarga sewaktu dilakukan pengkajian
  - b. Konsep diri

Citra tubuh merupakan bagian tubuh yang tidak disenangi oleh pasien yang sangat berpengaruh bagi klien untuk menjalin relasi dengan orang lainnya

sehingga pasien merasa tidak berharga, dan diejek dengan kondisi pasien tersebut

c. Identitas

Klien dengan Halusinasi Pendengaran merasa tidak puas dengan suatu pekerjaannya dan juga statusnya, baik di lingkungan sekitar maupun tempat tinggalnya.

d. Harga diri

Pasien dengan harga diri yang rendah biasanya berhubungan dengan merasa tidak berharga, dihina, tidak disenangi dalam lingkungan keluarga maupun di luar lingkungan sekitar. Pasien dengan harga dirinya tidak baik akan ada perasaan tidak puas, sosialisasi dengan orang sekitar menurun, dan merasa akan mengalami kegagalan di masa yang akan datang (Dirgayunita, 2016).

e. Hubungan sosial

Hubungan sosial berarti tempat untuk mengadu, berbicara sehingga apabila hubungan sosialnya tidak baik maka akan menyebabkan pasien sulit diterima di masyarakat. Peran serta pasien di masyarakat apakah berperan aktif atau tidak serta hambatan yang berhubungan dengan keterlibatan pasien dengan orang lainnya harus baik.

f. Spiritual

Nilai dan keyakinan pada pasien dengan gangguan jiwa biasanya merasa tidak mengalami gangguan jiwa. Kegiatan ibadah pada pasien dengan gangguan jiwa cenderung jarang dan malas untuk beribadah.

g. Status mental

Penampilan pasien dengan gangguan jiwa biasanya kotor. Pembicaraan pasien dengan gangguan jiwa cenderung kasar, keras, cepat, dan dengan nada yang tinggi dan juga mudah untuk tersinggung. Aktivitas motoric pasien merasa terlihat tegang, gelisah, Gerakan berubah-ubah. Alam perasaan pasien biasanya merasa sedih dan menyesali apa yang telah dilakukan. Pasien mudah marah dan sering tersinggung tanpa sebab. Interaksi pasien biasanya susah diajak komunikasi dan tidak mau menatap lawan bicaranya. Persepsi pasien masih bisa menjawab dengan jelas. Isi pikiran merasa dirinya baik-baik saja. Tingkat kesadaran pasien tampak bingung. Daya ingat pasien dapat mengingat kejadian yang terjadi dalam jangka waktu yang lama. Pasien mampu menilai ringan dan sedang dan tidak mampu mengambil keputusan.

h. **Kebutuhan pasien pulang**

Pasien membutuhkan makanan, BAB/BAK pasien dengan gangguan jiwa tidak ada masalah. Pasien jarang mandi serta sikat gigi, pakaian klien jarang diganti, istirahat tidur pasien terkadang frekuensinya berubah-ubah, pasien berpenampilan lusuh, pasien cenderung tidak memperhatikan kesehatan dirinya, aktivitas sehari-hari pasien mampu merencanakan dan mengatur.

i. **Masalah psikologis**

Pasien merasa tidak diterima dan mengalami masalah sosialisasi dengan lingkungan.

2) **Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan merupakan proses menjelaskan pola respon pasien baik secara langsung maupun tidak langsung dalam memilih intervensi yang di tetapkan ( Nurhalimah, 2016).

1. **Data subjektif :** Pasien mengatakan merasa kesal dengan orang lain, merasa dimusuhi, merasa tidak nyaman, tidak berdaya, ingin berkelahi, dan dendam
2. **Data objektif :** Pasien bersuara keras, tangan menggenggam erat, wajah merah, pandangan mata tajam, bicara dengan nada kasar dan tinggi

Diagnosa Keperawatan yang muncul pada pasien dengan resiko Halusinasi Pendengaran adalah :

1) **Gangguan Presepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran (D.0146)**

**Definisi**

Berisiko membahayakan secara fisik, emosi dan/atau seksual pada diri sendiri atau orang lain faktor resiko pemikiran waham/delusi, curiga pada orang lain, halusinasi, berencana bunuh diri, disfungsi sistem keluarga, kerusakan kognitif, disorientasi atau konfusi, kerusakan control impuls, persepsi pada lingkungan tidak akurat, alam perasaan, depresi, riwayat kekerasan pada hewan, kelainan neurologis, lingkungan tidak teratur, penganiayaan atau pengabaian anak, riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi property orang lain, Impulsif, Ilusi

### Kondisi klinis terkait

Penganiayaan fisik, psikologis atau seksual, Sindrom otak organik (mis. Penyakit alzheimer), Gangguan perilaku, Oppositional defiant disorder, Depresi, Serangan panik, Gangguan Tourette, Delirium, Demensia, Gangguan amnestic, Halusinasi, Upaya bunuh diri, Abnormalitas neurotransmitter otak

### 2) Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Sedangkan tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik,

Edukasi dan kolaborasi (PPNI, 2018). Intervensi yang dilakukan untuk diagnosa diatas berdasarkan SIKI dan SLKI adalah :

#### SLKI : Kontrol diri (L.09076)

- Intervensi keperawatan menurut SIKI Pencegahan Halusinasi Pendengaran (I.14544)
- Observasi  
Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. Benda tajam, tali), Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung, dan Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis. Pisau cukur)
- Terapeutik  
Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin, dan libatkan keluarga dalam perawatan
- Edukasi  
Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien, Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif, dan latih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal (mis. Relaksasi, bercerita)  
Promosi koping (I.09312)
- Observasi  
Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan, Identifikasi kemampuan yang dimiliki, Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk

memenuhi tujuan, Identifikasi pemahaman proses penyakit, Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan, Identifikasi metode penyelesaian masalah, dan Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial

- Terapeutik

Diskusikan perubahan peran yang dialami, Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri, diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri, diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu, diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri, memberikan fasilitas informasi yang diperlukan, memberikan pilihan yang nyata mengenai bagian-bagian dalam perawatan, dorong untuk membuat harapan yang nyata, melihat kembali dalam mengambil keputusan, Jauhi pengambilan keputusan saat pasien sedang banyak pikiran, Berikan dukungan agar dapat bersosialisasi dengan lingkungan yang ada, Berikan dukungan agar mendapatkan sistem pendukung yang banyak, Berikan dukungan dengan mendekati diri saat mengalami duka cita, Mengenalkan dengan orang sekitar yang mempunyai peran yang sama, Dorong untuk menggunakan kemampuan melindungi diri dengan tepat, dan Hindari dorongan lingkungan yang dapat menyebabkan bencana

- Edukasi

Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan yang sama, Anjurkan penggunaan sumber spiritual, jika perlu, Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, Anjurkan keluarga terlibat, Anjurkan membuat tujuan yang lebih spesifik, Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif, Latih penggunaan Teknik relaksasi, Latih ketrampilan sosial, sesuai kebutuhan, dan Latih mengembangkan penilaian obyektif

3) Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan rencana yang tindakan yang akan dilakukan kepada pasien dengan memperhatikan masalah utama yang actual. Sebelum merencanakan tindakan keperawatan perawat harus mengetahui dan meyakinkan apakah rencana keperawatan tersebut sesuai atau tidak dengan kondisi pasien saat ini. Tindakan yang diberikan pada implementasi pasien dengan gangguan resiko Halusinasi Pendengaran yaitu dengan Standar Pelaksanaan:

1. Membina hubungan saling percaya, identifikasi penyebab perasaan marah, tanda dan gejala yang dirasakan, Halusinasi Pendengaran yang dilakukan, akibatnya serta cara mengontrol secara fisik. Standar Pelaksanaan
2. Latihan mengontrol Halusinasi Pendengaran dengan obat. Standar Pelaksanaan
3. Latihan mengontrol Halusinasi Pendengaran secara verbal dengan relaksasi nafas dalam. Standar Pelaksanaan
4. Latihan mengontrol Halusinasi Pendengaran secara spiritual

## **D. Kesimpulan, Peluang dan Tantangan serta Saran**

### **a. Kesimpulan**

Berdasarkan pembahasan yang telah diuraikan, dapat disimpulkan bahwa halusinasi pendengaran merupakan gangguan persepsi sensori yang sering terjadi pada pasien dengan gangguan jiwa, khususnya skizofrenia, dan berdampak signifikan terhadap aspek kognitif, emosional, perilaku, serta sosial pasien. Ketidakmampuan pasien dalam membedakan stimulus nyata dan tidak nyata berpotensi menimbulkan perilaku maladaptif, bahkan risiko membahayakan diri sendiri maupun orang lain.

Asuhan keperawatan memiliki peran penting dalam penanganan halusinasi melalui pendekatan proses keperawatan yang sistematis, mulai dari pengkajian hingga evaluasi. Intervensi yang tepat, baik secara farmakologis maupun nonfarmakologis seperti terapi generalis, strategi pelaksanaan (SP), teknik relaksasi, komunikasi terapeutik, serta dukungan keluarga, terbukti dapat membantu pasien dalam mengontrol halusinasi. Dengan demikian, peran perawat yang profesional, empatik, dan konsisten sangat dibutuhkan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien.

### **b. Peluang dan Tantangan**

Dalam penanganan halusinasi pendengaran, terdapat peluang yang dapat dikembangkan, antara lain meningkatnya kesadaran masyarakat terhadap kesehatan mental, berkembangnya metode terapi keperawatan berbasis bukti (evidence-based practice), serta dukungan kebijakan pemerintah dalam pelayanan kesehatan jiwa. Selain itu, keterlibatan keluarga sebagai sistem pendukung juga menjadi peluang besar dalam keberhasilan perawatan pasien.

Namun demikian, terdapat berbagai tantangan yang masih dihadapi, seperti stigma masyarakat terhadap penderita gangguan jiwa, keterbatasan sumber daya tenaga kesehatan jiwa, rendahnya kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan, serta kurangnya

pemahaman keluarga dalam merawat pasien di rumah. Tantangan lain adalah kompleksitas kondisi pasien yang sering disertai dengan masalah psikososial, sehingga membutuhkan penanganan yang komprehensif dan berkelanjutan.

### **c. Saran**

Berdasarkan hasil pembahasan, disarankan agar tenaga keperawatan terus meningkatkan kompetensi dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa, khususnya dalam penanganan halusinasi melalui pendekatan yang holistik dan berbasis bukti. Perawat juga perlu membangun hubungan terapeutik yang kuat dengan pasien dan keluarga guna meningkatkan keberhasilan intervensi.

Selain itu, keluarga diharapkan lebih aktif terlibat dalam proses perawatan serta memberikan dukungan emosional dan sosial kepada pasien. Edukasi kesehatan jiwa kepada masyarakat juga perlu ditingkatkan untuk mengurangi stigma dan meningkatkan pemahaman tentang pentingnya penanganan gangguan jiwa secara tepat.

Bagi institusi pelayanan kesehatan, diharapkan dapat meningkatkan fasilitas dan akses layanan kesehatan jiwa, serta memperkuat program rehabilitasi dan tindak lanjut pasien. Penelitian selanjutnya juga disarankan untuk mengembangkan inovasi intervensi keperawatan yang lebih efektif dalam membantu pasien mengontrol halusinasi.

## Referensi

- Anisa, D. L., Budi, A. S., & Suyanta, S. (2021). Asuhan Keperawatan Jiwa: Pasien Resiko Perilaku Kekerasan. *Jendela Nursing Journal*, 5(2), 106-110.
- Afnuhazi. (2015). *Komunikasi Terapeutik Dalam Keperawatan Jiwa*. In Keperawatan Jiwa. Yogyakarta: Gowsyen Publishing.
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). *Riset Kesehatan Dasar, Riskesdas*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). *Rencana Aksi Kegiatan 2020 - 2024*. Ditjen P2P Kemenkes, 29. <https://e-renggar.kemkes.go.id/file2018/eperformance/1-401733-4tahunan-440.pdf>
- Pardede & Hulu. (2019). Beban dengan Koping Keluarga Saat Merawat Pasien Skizofrenia yang mengalami Halusinasi Pendengaran. *Jurnal Kesehatan*, 11(2), 189-196. <http://dx.doi.org/10.26630/jk.v11i2.1980>.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2018). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018*. Retrieved from [http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materi\\_rakor\\_pop\\_20%0A18/Hasil Riskesdas 2018.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materi_rakor_pop_20%0A18/Hasil Riskesdas 2018.pdf).
- Tim Pojka SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. (Edisi 1. Cetakan III (Revisi)). Jakarta, Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pojka SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*. (Edisi 1. Cetakan II). Jakarta, Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pojka SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. (Edisi 1. Cetakan II). Jakarta, Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- Hidayat, A. A., & Kusumawati, E. (2022). Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: Halusinasi. *Jurnal Keperawatan Jiwa Indonesia*, 10(2), 85-92.
- Pratama, R., Nugroho, A., & Lestari, D. (2024). Efektivitas terapi generalis dalam mengontrol halusinasi pada pasien skizofrenia. *Jurnal Kesehatan Mental*, 12(1), 45-53.
- Putri, D. A., & Wahyuni, S. (2023). Gambaran halusinasi pada pasien skizofrenia di rumah sakit jiwa. *Jurnal Keperawatan Klinis*, 11(3), 120-128.
- Rahmawati, F., Sari, M., & Utami, R. (2021). Perilaku pasien dengan halusinasi dan upaya pengendaliannya. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 9(1), 30-38.
- Sari, N. P., Andini, R., & Saputra, H. (2022). Konsep dasar halusinasi dalam keperawatan jiwa. *Jurnal Nursing Update*, 13(2), 60-68.