

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Halusinasi**

##### **1. Pengertian**

Halusinasi adalah suatu persepsi yang salah tentang suatu objek, gambar dan pikiran yang sering terjadi tanpa adanya pengaruh rangsang dari luar yang terjadi pada semua sistem penginderaan dan hanya dirasakan oleh klien tetapi tidak dapat dibuktikan dengan nyata dengan kata lain objek tersebut tidak ada secara nyata (Muhith, 2014).

Halusinasi adalah hilangnya kemampuan dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Klien merasakan persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata (Farida & Yudi, 2012).

Halusinasi adalah distorsi persepsi palsu yang terjadi pada respon neurobiologis yang maladaptif, klien mengalami distorsi sensori yang nyata dan meresponnya, namun dalam halusinasi stimulus internal dan eksternal tidak dapat diidentifikasi (Stuart, 2009 dalam Lelono, 2015).

##### **2. Faktor – faktor penyebab halusinasi**

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

Faktor predisposisi adalah faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress. Diperoleh baik dari klien maupun keluarganya, mengenai faktor

perkembangan sosial kultural, biokimia, psikologis yaitu faktor risiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress (Muhith, 2015). Beberapa faktor predisposisi yang dapat munculnya pada respon neurobiologi seperti pada halusinasi antara lain :

#### 1) Biologis

Gangguan perkembangan dan fungsi otak, susunan syaraf – syaraf pusat dapat menimbulkan gangguan realita. Gejala yang mungkin timbul adalah hambatan dalam belajar, berbicara, daya ingat dan muncul perilaku menarik diri (Erlinafsiah, 2010). Secara genetik seorang anak yang salah satu orang tuanya mengalami skizofrenia berpeluang 15% mengalami skizofrenia, sementara bila kedua orang tuanya skizofrenia maka peluangnya menjadi 35% (Muhith, 2015). Beberapa kimia otak dikaitkan dengan skizofrenia seperti dopamine neurotransmitter yang berlebihan dan masalah pada respon dopamine (Dalami, dkk, 2014).

#### 2) Psikologis

Keluarga pengasuh yang tidak mendukung (*Broken home, over protektif*, dan lainnya) serta lingkungan klien sangat mempengaruhi respon psikologis klien, sikap atau keadaan yang dapat mempengaruhi gangguan orientasi realitas adalah penolakan atau tindakan kekerasan dalam rentang kehidupan klien (Erlinafsiah, 2010). Klien yang di perlakukan oleh seorang ibu yang pencemas, terlalu melindungi, dingin dan tidak berperasaan, sementara ayah

yang mengambil jarak dengan anaknya dapat mempengaruhi kejiwaan yaitu stres dan kecemasan karena memiliki hubungan interpersonal yang tidak harmonis serta adanya peran ganda (Muhith, 2015). Hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga sangat berpengaruh pada penyakit ini (Trimelia, 2011).

### 3) Sosial budaya

Stress yang menumpuk dapat menunjang terhadap awitan skizofrenia dan gangguan psikotik lain tetapi diyakini sebagai penyebab utama gangguan (Dalami, dkk, 2014). Kemiskinan, merupakan konflik sosial budaya selain itu (perang, kerusuhan, dan bencana alam) dan kehidupan terisolasi juga dapat mengakibatkan stress (Erlinafsiah, 2010). Lingkungan tempat tinggal klien dapat membuat seseorang merasa stress apabila dikucilkan oleh masyarakat sehingga klien kesepian (Muhith, 2015).

#### b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi yaitu stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman/tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk dapat memecahkan masalah (Muhith, 2015). Secara umum klien dengan gangguan halusinasi timbul gangguan setelah adanya hubungan yang bermusuhan, tekanan, isolasi, perasaan tidak berguna, putus asa dan tidak berdaya (Erlinafsiah, 2010). Proses pengolahan informasi yang berlebihan, mekanisme penghantaran listrik yang abnormal dan adanya gejala pemicu dapat dikategorikan sebagai faktor presipitasi

(Farida & Yudi, 2012). Terdapat bermacam–macam faktor predisposisi yang menyebabkan halusinasi yaitu :

1) Biologis

Stressor biologis yang berhubungan dengan respon neurobiologi yang maladaptif, termasuk gangguan dalam putaran umpan balik otak yang mengatur proses informasi dan abnormalisasi pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk selektif menghadapi rangsangan (Dalami, dkk, 2014).

2) Psikologis

Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi (Yosep, 2013). Selain itu sikap yang dapat menimbulkan halusinasi itu timbul yaitu merasa tidak mampu (harga diri rendah), putus asa, merasa gagal (kehilangan motifasi dalam menggunakan keterampilan diri) (Muhith, 2015).

3) Sosial budaya

Disaat klien dikucilkan dalam lingkungannya klien akan merasa sendiri dan tidak berinteraksi dengan lingkungannya hal ini mengakibatkan klien menarik diri dari lingkungan sehingga sering muncul suara yang menganggunya dan menimbulkan halusinasi tersebut timbul (Yosep, 2013). Kurang dukungan sosial juga dapat mengakibatkan pencetus halusinasi karena klien tidak mendapat motivasi sehingga klien tidak mempunyai semangat hidup lalu

klien menjaga jarak dengan orang lain maka terjadi proses isolasi sosial yang mengakibatkan timbulnya halusinasi (Muhith, 2015).

### 3. Jenis-jenis halusinasi

#### a. Halusinasi pendengaran (*Auditory*)

Mendengar suara yang membicarakan, mengejek, menertawakan, mengancam, memerintahkan untuk melakukan sesuatu (kadang – kadang hal yang berbahaya). Perilaku yang muncul adalah mengarahkan telinga pada sumber suara, bicara atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, menutup telinga, mulut komat-kamit, dan ada gerakan tangan (Trimelia, 2011). Halusinasi ini paling sering dijumpai dapat berupa bunyi mendenging atau suara bising yang tidak mempunyai arti, tetapi sering terdengar sebagai sebuah kata atau kalimat yang bermakna (Damaiyanti, 2012).

#### b. Halusinasi penglihatan (*Visual*)

Stimulus penglihatan dalam bentuk pancaran cahaya, gambar, orang atau panorama yang luas dan kompleks, bisa yang menyenangkan atau menakutkan. Perilaku yang muncul adalah tatapan mata pada tempat tertentu, menunjuk ke arah tertentu, ketakutan pada objek yang dilihat (Trimelia, 2011). Biasanya lebih sering muncul bersama dengan penurunan kesadaran, menimbulkan rasa takut akibat gambaran-gambaran yang mengerikan (Damaiyanti, 2012).

#### c. Halusinasi penciuman (*Olfactory*)

Tercium bau buruk, amis dan bau yang menjijikan, seperti bau darah, urine atau feses atau bau harum seperti parfum. Perilaku yang muncul

adalah ekspresi wajah seperti mencium dengan gerakan cuping hidung, mengarahkan hidung pada tempat tertentu, menutup hidung (Trimelia, 2011).

d. Halusinasi pengecapan (*Gustatory*)

Merasa mengecap sesuatu yang busuk, amis dan menjijikkan, seperti rasa darah, urine atau feses. Perilaku yang muncul adalah seperti mengecap, mulut seperti gerakan mengunyah sesuatu sering melundah, muntah (Trimelia, 2011). Walaupun halusinasi ini jarang terjadi tetapi biasanya terjadi bersamaan dengan halusinasi penciuman (Damaiyanti, 2012).

e. Halusinasi perabaan (*Taktil*)

Merasa diraba, disentuh, ditiup atau seperti ada ulat yang bergerak dibawah kulit. Terutama pada keadaan delirium toksis dan skizofrenia (Damaiyanti, 2012). Halusinasi ini juga mengalami rasa sakit atau tidak enak tanpa stimulus yang terlihat, seperti merasakan sensasi listrik dari tanah, benda mati atau orang. Merasakan ada yang menggerayangi tubuh seperti tangan, bintang kecildan mahluk halus (Trimelia, 2011).

f. Halusinasi sinestentik

Merasakan fungsi tubuh, seperti darah mengalir melalui vena dan arteri, makanan dicerna atau pembentukan urine, perasaan tubuhnya melayang diatas permukaan bumi. Perilaku yang muncul adalah klien terlihat menatap tubuhnya sendiri dan terlihat seperti merasakan sesuatu yang aneh tentang tubuhnya (Trimelia, 2011).

#### **4. Tanda Dan Gejala Halusinasi**

Prilaku klien yang terkait dengan halusinasi yaitu klien sering kali berbicara, tersenyum, tertawa sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, respon verbal yang lambat, menarik diri dari orang lain, perilaku panik, mudah tersinggung (jengkel dan marah), ketakutan, tampak tremor dan curiga (Damaiyanti, 2012). Klien yang mengalami halusinasi pendengaran sering mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya mendengar suara atau bunyi, mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap, mendengar suara seseorang yang sudah meninggal, mendengar suara yang dapat mengancam diri atau orang lain atau suara yang membahayakan (Yosep, 2009).

#### **5. Proses Terjadinya Halusinasi**

Ada lima fase proses terjadinya halusinasi yaitu :

##### **a. Fase I (*Sleep disorder*)**

Pada fase ini termasuk fase yang menyenangkan, masuk dalam golongan nonpsikotik. Klien mengalami stress, cemas, perasaan perpisahan, rasa bersalah, kesepian yang memuncak, dan tidak dapat diselesaikan hanya menolong sementara (Farida & Yudi, 2012). Individu merasa banyak masalah, ingin menghindari dari orang lingkungan, takut diketahui orang lain bahwa dirinya banyak masalah. penyebab pada tahap ini adalah masalah makin terasa sulit, karena berbagai stresor terakumulasi (misal: putus cinta, dikhianati kekasih, di PHK, bercerai, masalah dikampus dan lain-lain). Masalah semakin

terasa menekan,,support sistem kurang dan persepsi terhadap masalah sangat buruk, klien mengalami sulit tidur terus menerus sehingga terbiasa menghayal. Klien menganggap lamunan-lamunan awal tersebut sebagai upaya pemecahan masalah (Trimelia, 2011).

b. Fase II (*Comforting moderate live of axiety*)

Fase ini termasuk dalam psikotik ringan, karakteristik pada tahap ini klien mempunyai pengalaman sensori yang menjijikan dan menakutkan.kecemasan meningkat, sehingga klien sering melamun, hingga ketakutan menjadi dominan (Farida & Yudi, 2012).Halusinasi bersifat menyenangkan dan secara umum individu terima sebagai sesuatu yang alami.Karakteristik individu mengalami emosi yang berlanjut, seperti adanya perasaan cemas, kesepian, perasaan berdosa dan ketakutan.Individu mencoba untuk memusatkan pemikiran pada timbulnya kecemasan, penenangan pikiran untuk mempengaruhi kecemasan tersebut.Individu beranggapan bahwa pengalaman pikiran dan sensori yang dialaminya dapat dikontrol atau dikendalikan jika kecemasannya bisa diatasi, (Dalam tahap ini ada kecenderungan individu merasa nyaman dengan halusinasinya dan halusinasi bisa bersifat sementara).Perilaku yang muncul adalah menyeringai atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibirnya tanpa menimbulkan suara, gerakan mata cepat respon verbal lambat, diam dan dipenuhi oleh sesuatu yang mengasikkan (Trimelia, 2011).

c. Fase III (*Condemning severe level of anxiety*).

Halusinasi bersifat menyalahkan, Karakteristik pada Fase ini pengalaman sensori individu menjadi sering datang klien mulai terbiasa, bersifat menjijikan, menakutkan, mulai merasa kehilangan kendali, merasakan tidak mampu lagi mengontrolnya dan mulai berusaha untuk menjaga jarak antara dirinya dengan objek sumber yang dipersepsikan individu. Individu mungkin merasa malu karena pengalaman sensorinya tersebut dan menarik diri dari orang lain dengan intensitas waktu yang lama. Perilaku yang muncul adalah terjadi peningkatan sistem syaraf yang dapat menunjukkan ansietas atau kecemasan seperti: pernafasan meningkat, tekanan darah dan denyut nadi meningkat, konsentrasi menurun, dipenuhi dengan pengalaman sensori dan mungkin kehilangan kemampuan untuk membedakan antara halusinasi dan realita (Trimerlia, 2011).

d. Fase IV (*Controlling severe level of anxiety*)

Halusinasi bersifat mengendalikan, fungsi sensori menjadi tidak relevan dengan kenyataan dan pengalaman sensori tersebut menjadi penguasa. Karakteristik pada tahap ini Halusinasi lebih menonjol, menguasai dan mengontrol individu. Klien mencoba melawan suara-suara atau sensori abnormal yang datang. Klien menjadi tidak berdaya dan menyerah untuk melawan halusinasi, sehingga membiarkan halusinasi menguasai dirinya. Individu mungkin akan mengalami kesepian jika pengalaman sensori atau halusinasinya tersebut berakhir (dari sinilah dimulai fase gangguan psikotik). Perilaku yang

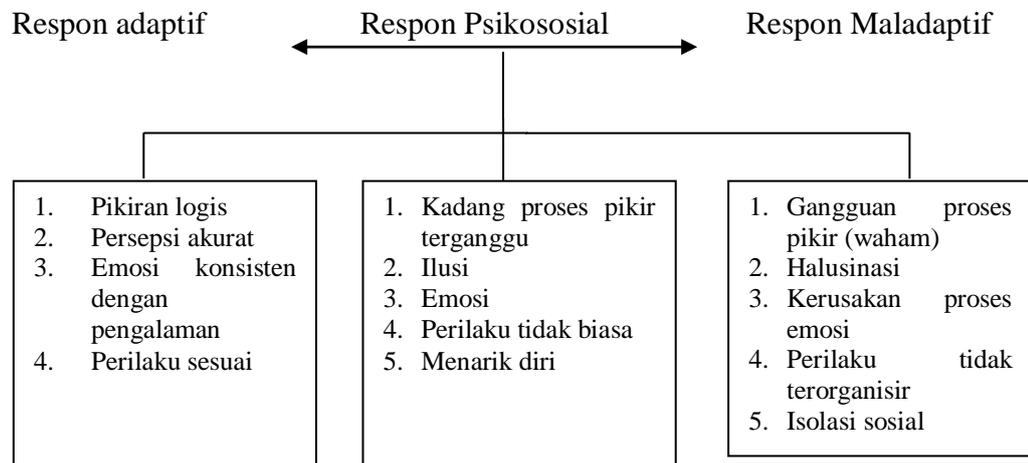
muncul :cenderung mengikuti petunjuk sesuai isi halusinasi, kesulitan berhubungan dengan orang lain, rentang perhatian hanya beberapa detik/menit, gejala fisik dari kecemasan berat, seperti: berkeringat tremor, ketidak mampuan untuk mengikuti petunjuk (Trimelia, 2011).

e. FaseV (*Concuering panic level of anxiety*)

Halusinasi bersifat menaklukan, halusinasi menjadi lebih rumit dan klien mengalami gangguan dalam menilai lingkungannya.Karakteristik klien Pengalaman sensorinya menjadi terganggu, Halusinasi berubah mengancam, memerintah memarahi, dan menakutkan apabila tidak mengikuti perintahnya, sehingga klien mulai terasa terancam. Klien merasa terpaku dan tidak berdaya melepaskan diri, klien tidak dapat berhubungan dengan orang lain dan menjadi menarik diri. Klien berada dalam dunia menakutkan dalam waktu yang singkat atau bisa juga beberapa jam atau beberapa hari atau selamanya/kronis (terganggu psikotik berat). Perilaku yang muncul adalah perilaku menyerang, resiko bunuh diri atau membunuh, kegiatan fisik yang merefleksikan isi halusinasi (Amuk, agitasi, menarik diri), tidak mampu berespons terhadap petunjuk yang kompleks dan lebih dari satu orang (Trimelia, 2011).

## 6. Rentang respon

**Gambar 2.1**  
**Rentang Respon Neurobiologis**



(Lelono, dkk, 2015)

Dari gambar diatas dapat diuraikan dengan keterangan berikut :

### a. Respon adaptif

Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima norma-norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu masalah akan dapat memecahkan masalah tersebut, di dalam respon adaptif terdapat beberapa komponen yang pertama pikiran logis yaitu pandangan yang mengarah pada kenyataan, yang kedua persepsi akurat yang merupakan pandangan yang tepat pada kenyataan, yang ketiga emosi konsistensi dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman ahli, kemudian yang ke empat adalah perilaku sosial yaitu sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran (Damaiyanti, 2012).

b. Respon psikologis

Respon psikologisosial meliputi proses berfikir terganggu yang merupakan proses pikir yang menimbulkan gangguan, kemudian ilusi adalah masalah interpretasi atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar-bener terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca indra, emosi berlebihan atau berkurang, perilaku tidak biasa yaitu tingkah laku yang melebihi batas kewajaran, menarik diri (mencoba untuk menghindari interaksi dengan orang lain) (Dalami, dkk, 2014).

c. Respon Maladaptif

Respon maladaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan (Dalami, dkk,2014). Adapun beberapa respon maladaptif yang pertama kelainan piker yaitu keyakinan yang secara kokoh diperhatikan walaupun tidak diyakini oleh rang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial, yang kedua halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada, yang ketiga kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati. Yang keempat perilaku tidak terorganisir merupakan suatu yang tidak teratur, yang kelima yaitu isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam (Damaiyanti, 2012).

## **7. Mekanisme koping**

Mekanisme yang mewakili upaya untuk melindungi diri sendiri dari pengalaman yang menakutkan berhubungan dengan respon neurobiologi dapat dengan cara menganalisis masalah, menghindari stress, kecemasan mencurahkan emosi pada orang lain karena kesalahan yang dilakukan diri sendiri (sebagai upaya untuk menjelaskankesalahan persepsi).Menarik diri, reaksi yang ditampilkan dapat berupa reaksi fisik maupun psikologis, reaksi fisik yaitu individu pergi dan lari menghindar sumber stressor, reaksi psikologis individu menunjukkan perilaku apatis, mengisolasi diri, tidak berminat, sering disertai rasa takut dan bermusuhan (Dalami, dkk, 2014).

## **8. Sumber koping**

Sumber koping merupakan hal yang penting dalam membantu kliendalam mengatasi stressor yang dihadapinya.Sumber kopingtersebut meliputi asset ekonomi, sosial support, nilai dan kemampuanindividu mengatasi masalah.Apabila individu mempunyai sumberkoping yang adekuat maka individuakan mampu beradaptasi dan mengatasistressor yang ada. Keluarga merupakan salah satu sumber koping yangdibutuhkan individu ketika mengalami stress, dan pendukung yang utama dalampenyembuhan klien skizofrenia (Kusumo,2015).

## **B. Konsep dasar asuhan keperawatan pada gangguan sensori persepsi halusinasi**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dan data dasar utama dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Muhith, 2016). Untuk dapat menyatukan data diperlukan umumnya, dikembangkan formulir pengkajian dan petunjuk teknis pengkajian agar memudahkan dalam mengumpulkan data dan perumusan kebutuhan. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, sosial kultural. Kemudian data yang diperoleh dapat dikelompokkan menjadi dua macam sebagai berikut:

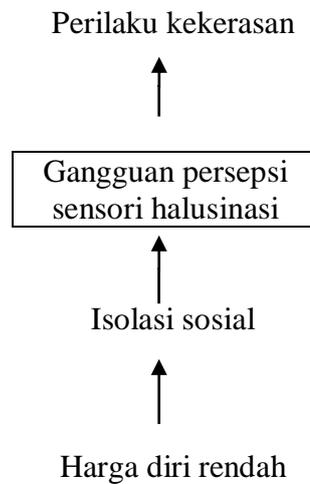
#### **a. Data objektif**

Ialah data yang ditentukan secara nyata. Data ini didapat melalui observasi atau pemeriksaan langsung oleh perawat.

#### **b. Data subjektif**

Ialah data diperoleh melalui wawancara perawat kepada klien dan keluarga. Data langsung didapat oleh perawat disebut sebagai data primer, dan data yang diambil dari catatan tim kesehatan lain sebagai sekunder (Damaiyanti, 2012).

## 2. Pohon Masalah



(Keliat, 2010 dikutip dalam Lelono, 2015).

## 3. Diagnosa keperawatan

- a. Harga diri rendah
- b. Isolasi sosial
- c. Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran/ penglihatan/ penciuman/ perabaan/ pengecapan
- d. Perilaku kekerasan

(Keliat, 2010 dikutip dalam Lelono, 2015).

## 4. Intervensi

Menurut Keliat (2012), Mengontrol halusinasi untuk memperkecil dampak yang ditimbulkan dapat dilakukan dengan empat cara yaitu menghardik halusinasi, mengkonsumsi obat, bercakap-cakap dengan orang lain, dan melakukan aktivitas secara terjadwal. Intervensi yang diberikan kepada klien harus dengan empat tahap yaitu menghardik, minum obat, bercakap-cakap, melakukan kegiatan lain (Muhith, 2014).

Intervensi merupakan rencana yang harus dibuat untuk menjadi sebuah patokan perawat melakukan implementasi pada asuhan keperawatan yang terstruktur dan benar (Yosep, 2013). Didalam intervensi asuhan keperawatan pada klien halusinasi pendengaran terdapat lima cara untuk mengurangi halusinasi, yang harus diterapkan yaitu :

**Table 2.1**  
**Rencana Tindakan keperawatan**

Diagnosa keperawatan	Tindakan	Pertemuan				
		1	2	3	4	5
Gangguan persepsi sensori halusinasi	Klien	1. Membantu pasien mengenal halusinasi (isi, frekuensi, waktu terjadinya, situasi pencetus, perasaan saat terjadinya halusinasi) halusinasi : menghardik, obat, bercakap-cakap, melakukan 2. Menjelaskan cara mengontrol halusinasi: menghardik, obat, bercakap-cakap, melakukan kegiatan harian. 3. Mengajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halusinasi 4. Masukan pada jadwal	1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik beri pujian. 2. Latihan cara mengontrol halusinasi dengan 6 benar (jenis, guna, dosis, frekuensi, cara komunikasi minum obat). 3. Masuk pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik dan minum obat.	1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik, obat, beri pujian 2. Latihan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap saat terjadi halusinasi. 3. Masuk pada jadwal untuk latihan menghardi, minum obat, dan bercakap-cakap	1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik, obat, bercakap-cakap, beri pujian 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan dua kegiatan harian (mulai 2 kegiata) 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan kegiatan harian	1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik, minum obat, bercakap-cakap kegiatan harian, beri pujian 2. Latih kegiatan harian 3. Nilai kemampuan yang mandiri 4. Nilai apakah halusinasi terkontrol

		kegiatan untuk latihan menghardik				
--	--	-----------------------------------	--	--	--	--

(Yosep, 2013).

## 5. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan tindakan keperawatan yang telah disesuaikan dengan rencana keperawatan dan dilakukan berdasarkan kebutuhan klien (Muhith, 2014). Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih di perlukan oleh klien, rencana keperawatan harus disesuaikan dengan kondisi klien (Yosep, 2013). pendapat tersebut sama dengan pendapat Kusumo, (2015) implementasi keperawatan merupakan tindakan keperawatan yang telah disesuaikan dengan rencana keperawatan, pada klien dengan gangguan persepsi sensori: Halusinasi yaitu dengan melakukan pendekatan SP, yaitu: SP 1 sampai SP 5).

## 6. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengetahui kemajuan atau keberhasilan dari pelaksanaan intervensi yang telah dilaksanakan (Keliat, 2010 dalam kusumo, 2015). Menurut yosep, (2013) Evaluasi adalah untuk melihat hasil akhir, untuk menganalisa berhasil atau tidaknya sebuah implementasi. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan yang telah dilaksanakan, evaluasi hasil atau somatik dilakukan dengan

membandingkan respon klien pada tujuan umum dan tujuan khusus yang telah ditentukan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP sebagai pola pikir, dimana masing-masing huruf tersebut akan diuraikan sebagai berikut :

- S : Respon subjek klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan
- O : Respon objek klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan
- A : Analisa ulang terhadap data subjektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontradiksi dengan masalah yang ada.
- P : Perencana atau tidak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon klien (Dalami, dkk, 2014).