

BAB IV
HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian pada pasien 1 dilakukan pada hari Kamis, 22 April 2025 pukul 09.45 WITA dan pasien 2 pada hari Kamis, 22 April 2025 pukul 11.15 WITA di wilayah Puskesmas Elopada Kabupaten Sumba Barat dengan teknik wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan dokumentasi pada pasien.

b. Identitas Pasien

Tabel 4.1 Identitas Pasien

	Pasien 1	Pasien 2
Nama	Ny. A.W	Ny. A. I
Umur	53 tahun	46 tahun
Jenis Kelamin	Perempuan	Perempuan
Agama	Kristen	Kristen
Alamat	Weememal	Ritakaka
Pendidikan	SMA	SD
Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga	Penganguran
Diagnosa medis	Skisofremia	Skizofremia
Lama sakit	10 Tahun	5 Tahun
Tanggal pengkajian/Jam	22-04-2025/09.45 WITA	22-04-2025/11.15 WITA

c. Keluhan Utama

Tabel 4.2 Keluhan Utama

Pasien 1	Pasien 2
<p>Keluhan utama : Pasien mengatakan mendengar suara-suara orang sedang berbicara, dan memanggil bayangan</p>	<p>Keluhan utama : Pasien mengatakan mendengar bisikan-bisikan dan melihat bayangan</p>

d. Faktor Predisposisi

Tabel 4.3 Faktor Predisposisi

No	F aktor pridesposisi	Pasien 1	Pasien 2
1.	Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu	Pasien mengatakan pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu di karenakan suami meninggal sehingga saya merasa sangat stress	Pasien mengatakan tidak pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu
2.	Pengobatan sebelumnya	Pasien mengatakan pernah menjalani pengobatan sebelumnya selama satu bulan dengan mengkonsumsi obat Respiridone tetapi kurang berhasil	Pasien mengatakan tidak pernah menjalani pengobatan sebelumnya
3.	Trauma (aniaya fisik, aniaya seksual, penolakan, kekerasan dalam keluarga (tindakan kriminal)	Pasien mengatakan mengalami kekerasan dalam keluarga.	Pasien mengatakan tidak pernah mengalami trauma, baik aniaya fisik, aniaya seksual, kekerasan maupun tindakan kriminal.
4.	Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa	Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa	Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa
5.	Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan	Pasien mengatakan pengalaman yang tidak menyenangkan adalah saat Saat suaminya meninggal klien merasa sangat kecewa dan stress	Pasien mengatakan tidak pernah mengalami masa lalu yang tidak menyenangkan

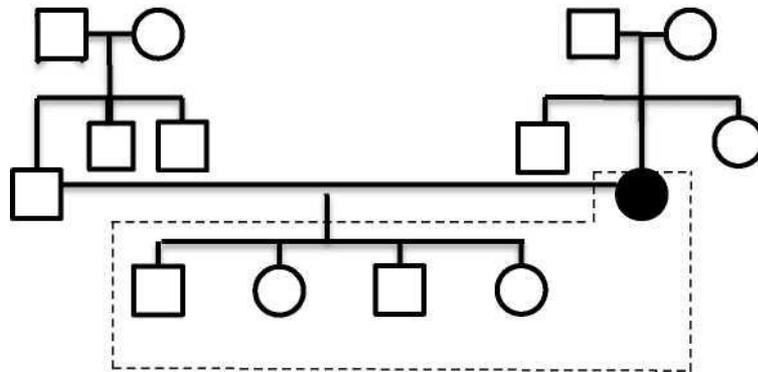
e. Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik

	Pasien 1	Pasien 2
Tanda-Tanda Vital	TD : 120/80mmHg N : 100x/menit S : 36,C RR : 24x/menit SpO2 : 98%	TD : 110/80 mmHg N : 98x/menit S : 37,6oC RR : 22x/menit SpO2 : 90%
Pemeriksaan Fisik	BB : 50 kg TB :156 cm	BB : 62 kg TB : 170 cm
Keluhan fisik	Pasien mengatakan sakit badan, tengkuk tegang, kedua lengan sakit dan belakang	Pasien mengatakan sakit kaki

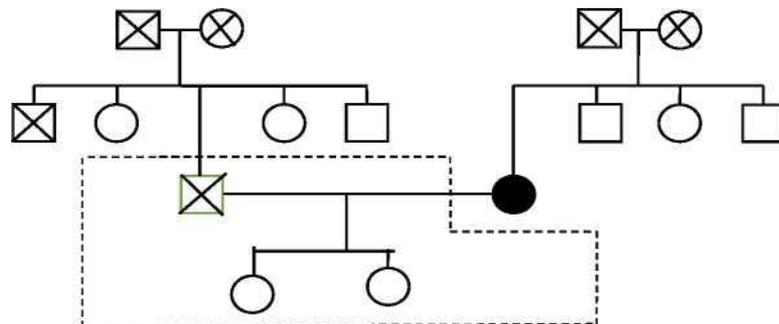
- f. Psikososial
1) Genogram

Pasien 1



Pasien tinggal serumah dengan ke-4 anaknya.

Pasien 2



Pasien tinggal serumah bersama ke 2 anaknya perempuan

Keterangan:

- : Laki-laki
- : Perempuan
- : Pasien
- : Garis keturunan
- : Garis perkawinan
- ⊗ : Meninggal
- ⊠ : Tinggal serumah

g. Konsep Diri

Tabel 4.5 Konsep Diri

No	Konsep Diri	Pasien 1	Pasien 2
1	Gambaran Diri	Pasien mengatakan tidak ada bagian tubuh yang tidak di sukai	Pasien mengatakan tidak ada bagian tubuh yang tidak
2	Identitas	Pasien mengatakan berstatus sebagai anak ke 3 dari 5 bersaudara, sudah menikah dan memiliki 6 anak 3 laki-laki dan 3 perempuan	Pasien mengatakan berstatus sebagai anak ke 2 dari 3 bersaudara, sudah menikah tetapi belum memiliki anak
3	Peran	Pasien berperan sebagai seorang Ibu dalam	Pasien berperan sebagai seorang istri
4	Ideal Diri	Pasien ingin anak anaknya memperhatikan klien. dan mendapatkan kasih sayang dari anak-anaknya dan klien juga bersemangat untuk mengikuti terapi musik yang dilakukan dan tetap bersemangat untuk menghadapi hari-hari	Pasien bersemangat untuk mengikuti terapi music yang dilakukan dan tetap bersemangat menghadapi hari-hari hidupnya
5	Harga Diri	Pasien merasa mengatakan tidak berharga dan tidak dihargai oleh anak-anak	Pasien merasa tidak berguna dan tidak bias berbuat apa-apa

h. Hubungan Sosial

Tabel 4.6 Hubungan Sosial

No	Hubungan Sosial	Pasien 1	Pasien 2
1	Orang yang berarti	Pasien mengatakan orang yang berarti dalam hidup klien suami dan anak-anak.	Pasien mengatakan orang yang berarti suami anak-anak dan keluarga
2	Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat	Pasien mengatakan tidak memiliki peran dan tidak ikut serta dalam kegiatan kelompok maupun di masyarakat.	Pasien mengatakan tidak memiliki peran dan tidak ikut serta dalam kegiatan kelompok maupun di masyarakat.
3	Hambatan dalam berhubungan dengan orang Lain	Pasien mengatakan lebih sering di rumah karena menurut pasien lebih nyaman dirumah.	Pasien mengatakan lebih sering di rumah karena susah berkomunikasi dengan orang lain

h. Spiritual

Tabel 4.7 Spiritual

No	Spiritual	Pasien 1	Pasien 2
1	Nilai dan Keyakinan	Pasien mengatakan berharap kondisinya bisa lebih baik dan sehat dan klien mengatakan keyakinannya Kristen protestan klien percaya pada Tuhan Yesus	Pasien mengatakan berharap bisa tetap kuat dalam menjalani hari-hari hidup dan klien tetap bersyukur kepada Tuhan
2	Kegiatan Ibadah	Pasien mengatakan jarang melakukan atau mengikuti ibadah di gereja	Pasien mengatakan kalau hari minggu tidak ke gereja tapi ikut ibadah keluarga

i. Status Mental

Tabel 4.8 Status Mental

No	Status mental	Pasien 1	Pasien 2
1	Penampilan	Penampilan pasien rapi, baju bersih, baju di ganti, tampak bingung	Pasien tidak rapi, baju tidak ganti, pasien tampak lemah dan lesu
2	Pembicaraan	pasien. berbicara terlalu cepat dan banyak berbicara	Pasien berbicara lambat menjawab pertanyaan yang diberikan
3	Aktivitas motorik	Pasien tampak semangat, ceria dan banyak berbicara	pasienI tampak kurang bersemangat, diam dan pasien tidak terlalu kuat untuk menengam
4	Alam perasaan	Pasien mengatakan sedih, cemas dan khawatir	Pasien mengatakan gelisah dan kadang senang
5	Afek	Datar	Tumpul
6	Interaksi selama wawancara	Pasien tampak kurang kooperatif, lebih banyak berbicara dan kontak mata kurang	Pasien kooperatif
7	Persepsi	Pasien Mengatakan mengalami halusinasi pendengaran karena mendengarkan suara-suara orang berbicara dan memanggil nama klien	Pasien. Mengatakan mengalami halusinasi Sering berbicara sendiri, tertawa sendiri dan menangis
8	Proses pikir	Selama wawancara pasien. Berbicara berbelit-belit tapi sampai pada tujuan pembicaraan	Selama wawancara pasien berbicara hanya ketika ditanya dan sangat lama untuk menjawab
9	Isi pikir	Psien. Mengatakan mengalami pikiran yang selalu muncul walaupun klien berusaha menghilangkannya	Pasien tidak idak mampu menjelaskan
10	Waham	Pasien tidak mengalami wahan	Pasien tidak mengalami waham
11	Tingkat kesadaran	Pasien tampak bingung dan kacau	Pasien tampak bingung
12	Memori	Pasien. lebih dapat mengingat peristiwa yang terjadi di masa lalu	Pasien tidak dapat mengingat peristiwa yang terjadi pada pada saat ini
13	Tingkat	Pasien mudah beralih saat	Saat dilakukan

	konsentrasi dan berhitung	berbicara dan memberikan pertanyaan	pengkajian Ny. A.I. Kurang fokus saat ditanyamaupun diajak berbicara
14	Kemampuan penilaian	Pasien dapat mengambil keputusan jika diberi penjelasan	Pasien tidak mampu mengambil keputusan secara mandiri
15	Daya tilik diri	Pasien tidak menyadari gejala penyakit seperti perubahan fisik maupun emosional	Pasien tidak menyadari jika dirinya mengalami gangguan jiwa dan juga perubahan yang terjadi secara fisik maupun emosional

j. Kebutuhan Persiapan Pulang

Tabel 4.9 Kebutuhan Persiapan Pulang

No	Kebutuhan persiapan pulang	Pasien 1	Pasien 2
1	Makan	Bantuan minimal	Bantuan minimal
2	BAB/BAK	Bantuan minimal	Bantuan minimal
3	Mandi	Bantuan minimal	Bantuan minimal
4	Berpakaian	Bantuan minimal	Bantuan minimal
5	Istirahat dan tidur	Untuk istirahat dan tidur siang pasien dari pukul 08.00 sampai pukul 11.00 dan istirahat pada malam hari dari pukul 07.00 sampai pukul 08.00. kegiatan sebelum tidur/sesudah tidur	Untuk istirahat dan tidur siang dari pukul 12.00 sampai 15.00 dan untuk tidur malam dari jam 08.00 sampai 09.00 tidak ada kegiatan yang dilakukan pasien sebelum/sesudah tidur
6	Penggunaan obat	Bantuan minimal	Bantuan minimal
7	Pemeliharaan kesehatan	Pasien melanjutkan perawatan lanjutan dirumah dengan	Pasien melanjutkan perawatan lanjutan dirumah
8	Kegiatan di dalam rumah	Untuk kegiatan didalam rumah, Pasien mempersiapkan makanan, menjaga kerapian	Pasien tidak melakukan kegiatan didalam rumah
9	Kegiatan di luar rumah	Pasien tidak melakukan kegiatan diluar rumah	Pasien tidak melakukan kegiatan diluar rumah

k. Mekanisme Koping

Tabel 4.10 Mekanisme Koping

No	Mekanisme koping	Pasien 1	Pasien 2
1	Mekanisme koping	Pasien mengatakan ketika ada masalah pasien tidak menceritakan kekeluarganya	Pasien mengatakan ketika ada masalah pasien akan menceritakan kekeluarganya terutama

l. Masalah Psikososial dan Lingkungan

Tabel 4.11 Masalah Psikososial Dan Lingkungan

Pasien 1	Pasien 2
Keluarga pasien mengatakan pasien tidak ada masalah dengan kelompok, dan dilingkungan sekitar pasien. Pasien kadang dikucilkan karena pasien	Keluarga pasien mengatakan pasien tidak ada masalah dengan kelompok dan dilingkungan sekitar.

m. Aspek Medik

Diagnosa Medik : Skizofrenia

Tabel 4.12 Terapi Medik

No	Nama obat	Dosis obat	Rute	Fungsi obat
Pasien 1				
1	Risperidone	2x1	Oral	Untuk membantu mengatur suasana hati, pikiran dan perilaku
Pasien 2				
1	Risperidone	2x1	OraL	Untuk membantu mengatur suasana hati, pikiran dan perilaku

n. Analisa **Data**

Tabel 4.13 Analisa Data

Data	Etiologi	Problem	Data	Etiologi	Problem
Pasien 1			Pasien 2		
DS: 1 .Pasien Mengatakan mendengar suara-suara orang sedang berbicara, dan memanggil nama klien. DO: 1. Pasien Tampak bingung, mengarahkan telinga kearah tertentu 2. TTV: TD : 120/80 Mmhg N :100x/menit RR : 24/menit	Gangguan Psikotik	Gangguan Persepsi Sensori	DS:Pasien Mengatakan sering mendengar bisikan-bisikan dan melihat bayangan- bayangan DO: 1. Pasien tampak berbicara sendir, tertawa sendiri dan menangis 2. TTV : TD:110/80mmHg N :98x/menit RR:22x/menit S: 37,6°C	Gangguan Psikotik	Gangguan Persepsi Sensori

2. Diagnosa keperawatan

Tabel 4.14 Diagnosa Keperawatan

Pasien 1	Pasien 1
Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan Gangguan Psikotik dengan klien mengeluh mendengar suara-suara orang sedang berbicara dan memanggil nama klien	Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan Gangguan Psikotik ditandai dengan klien mengeluh mendengar bisikan-bisikan

3. Intervensi keperawatan

Tabel 4.15 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
Pasien 1			
1	Gangguan Persepsi sensori berhubungan dengan Gangguan Psikotik (D.0085)	Setelah dilakukan intrvensi keperawatan selama 3x24 jam maka persepsi sensori membaik dengan Kriteria Hasil: 1. Verbalisasi mendengar bisikan meningkat (5) 2. Verbalisasi melihat bayangan meningkat (5) 3. Distorsi sensori meningkat (5) 4. Perilaku halusinasi meningkat (5) 5. Melamun meningkat (5) 6. Kosentrasi meningkat (5)	Manajemen halusinasi (1.09288) Observasi - Monitor perilaku yang mengidentifikasi halusinasi - Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan - Monitor isi halusinasi (mis. Kekerasan atau membahayakan diri) Terapeutik - Pertahankan lingkungan yang aman - Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. Limit setting, pembatasan ikwilayah, pengekangan fisik) - Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi - Hindari perdebatan tentang validasi halusinasi Edukasi - Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi - Anjurkan bicara pada orang yang percaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif

			Kolaborasi - Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu.
Pasien 2			
	Gangguan Persepsi sensori berhubungan dengan Gangguan Psikotik (D.0085)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka persepsi sensori membaik dengan Kriteria Hasil: 1. Verbalisasi mendengar bisikan 2. Verbalisasi melihat bayangan 3. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera penciuman 4. Verbalisasi merasakan melalui indera perabaan 5. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera pengecap 6. Distorsi sensori 7. Perilaku halusinasi 8. Menarik diri 9. Melamun 10. Curiga 11. Mondar-mandir 12. Respon sesuai stimulus 13. Kosentrasi 14. Orientasi	Observasi - Monitor perilaku yang mengidentifikasi halusinasi - Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan - Monitor isi halusinasi (mis. Kekerasan atau membahayakan diri) Terapeutik - Pertahankan lingkungan yang aman - Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. Limit setting, pembatasan ikwilayah, pengekangan fisik) - Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi - Hindari perdebatan tentang validasi halusinasi Edukasi - Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi - Anjurkan bicara pada orang yang percaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi - Anjurkan melakukan distraksi (mis. Mendengarkan

4. Implementasi Keperawatan

Tabel 4.16 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan	Diagnosis	Jam	Tindakan	Respon
Pasien 1				
Hari ke-1	Gangguan Persepsi Sensori	Tanggal 25 April 2025		
		09.15 Wita	1. Memonitor perilaku yang mengidentifikasi halusinasi	Pasien mengatakan mendengar suara-suara saat pasien melihat foto suaminya yang sudah meninggal
		09.20 Wita	2. Memonitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan	Pasien mengatakan memilih didalam ruangan karena merasa lebih tenang dibandingkan diluar ruangan
		09.23 Wita	3. Memonitor isi halusinasi (mis. Kekerasan atau membahayakan diri) 4. Pertahankan lingkungan yang aman	Pasien mengatakan ketika mulai mendengar suara-suara aneh, seperti orang sedang berbicara dan memanggil nama klien. Klien
		09.25 09.30	5. Mengajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi 6. Melakukan teknik bercakap-cakap dan menghardik sesuai SOP	Pasien dan keluarga bersedia mengikuti cara mengontrol halusinasi yang diajarkan Pasien kooperatif dan merasa sedikit lebih
		10.00 Wita	7. Memeriksa T TV, sebelum dan sesudah Melakukan teknik menghardik dan bercakap-cakap	Sebelum melakukan teknik menghardik dan bercakap-cakap TD : 120/80 mmHg Nadi : 1110x/menit RR : 22x/menit Suhu : 36 ⁰ C SpO ₂ : 94%

Pelaksanaan	Diagnosis	Jam	Tindakan	Respon
		10.15	7. Kolaborasikan pemberian obat	menghardik dan bercakap-cakap TD : 130/80 MmHg Nadi : 98x/menit Pasien mendapatkan obat Respiredone dari puskesmas
Hari ke-2	Gangguan Persepsi Sensorii		Tanggal 26 April 2025	
		08.30 Wita	1. Melakukan terapi Musik Instrumental Karya Mozart sesuai SOP	Pasien bersedia mengikuti terapi musik yang
		08.32 Wita	2. Memeriksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan terapi music	Sebelum melakukan terapi music TD :130/90 mmHg Nadi: 100x/menit Suhu : 36,2 ⁰ C Sesudah melakukan terapi musik TD : 129/80 MmHg Nadi :80 x/menit Suhu : 36,0 ⁰ C
Hari ke-3	Gangguan Persepsi Sensorii		Tanggal 27 April 2025	
		10.00 Wita	1. Melakukan terapi musik Instrumental Karya Mozart sesuai SOP	Pasien tampak rileks dan tenang
		10.03 Wita	2. Memeriksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan terapi music	Sebelum melakukan terapi music TD:135/80MmHg Nadi: 110x/menit Suhu :37,0 Sesudah melakukan terapi musik TD:130/80 Nadi: 100 x/menit

Pelaksanaan	Diagnosis	Jam	Tindakan	Respon
				S:37,0C
			3. Memonitor respon terhadap terapi Musik	Pasien tampak tenang dan menutup mata saat terapi Musik
Pasien 2				
Hari ke-1	Gangguan Persepsi Sensori		Tanggal 25 April 2024	
		11.15 Wita	1. Memonitor perilaku yang mengidentifikasi halusinasi	Pasien mengatakan mulai mendengar suara-
		11.20 Wita	2. Memonitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan	Pasien mengatakan memilih didalam ruangan karena merasa lebih tenang dibandingkan diluar ruangan
		11.30 Wita	3. Memonitor isi halusinasi (mis. Kekerasan atau membahayakan diri) 4. Pertahankan lingkungan yang aman	Pasien berbicara sendiri saat halusinasi tidak ada perilaku kekerasan Pasien merasa lebih nyaman dan aman di
		11.32	5. Melakukan teknik menghardik dan bercakap-cakap sesuai SOP	Pasien kooperatif dan mengatakan halusinasi mulai berkurang
		12.00 Wita	6. Memeriksa T TV sebelum dan sesudah latihan teknik menghardik	Sebelum teknik menghardik dan bercakap-cakap N:130/80x/menit S:37,2 Setelah teknik menghardik dan bercakap-cakap TD:120/80 MmHg N:80x/menit S:37,5

Pelaksanaan	Diagnosis	Jam	Tindakan	Respon
Hari ke-2	Gangguan Persepsi Sensori		Tanggal 26 April 2025	
		09.00 Wita	1. Melakukan terapi Musik Instrumental Karya Mozart sesuai SOP	Pasien mengatakan halusinasi mulai berkurang
		09.02 Wita	2. Memeriksa TTV sebelum dan sesudah latihan Terapi Musik	Sebelum terapi terapi music TD:135/90 mmHg N:100x/menit S:37,5 Setelah terapi musik TD:1130/80 mmHg N:90x/menit S:37,5
			3. Momonitor respon terhadap terapi	Pasien tampak lebih tenang dan rileks
Hari ke-3	Gangguan Persepsi Sensori		Tanggal 27 April 2025	
		11.00 Wita	1. Melakukan Terapi Music Instrumental Karya Mozart SOP	Pasien tampak rileks
			2. Memeriksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan terapi musik	Sebelum terapi music TD:139/80 mmHg N:82x/menit S:36,5 Setelah terapi musik TD:135/80 mmHg N:80x/menit S:36,5
		11.02 Wita	3. Monitor respon terhadap Terapi Musik	Pasien tampak tenang dan menutup mata saat terapi music

5. Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.17 Evaluasi Keperawatan

Diagnosa	Jam	Hari ke-1	Jam	Hari ke-2	Jam	Hari ke-3
Pasien 1						
Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan Gangguan Psikotik	9.30 Wita	<p>S : Pasien Mengatakan masih mendengarkan suara-suara orang sedang berbicara dan memanggil nama klien</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien masih tampak berbicara sendiri 2. Pasien tampak mengarahkan telinga kearah-arah tertentu 3. TTV TD : 130/80MmHg, N : 100x/menit S:36,5 °C RR:21x/menit SPO2:99% <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p>	13.30 Wita	<p>S : Pasien Mengatakan Mendengarkan suara-suara orang sedang berbicara dan memanggil nama klien sudah berkurang</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak sudah mulai tidak berbicara sendiri 2. Pasien tampak sudah tidak mengarahkan telinga kearah-arah tertentu 3. TTV TD : 120/90 MmHg, N : 100x/menit S:36,7 °C RR:21x/menit SPO2:99% <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dihentikan</p>	13.35 Wita	<p>S : Pasien Mengatakan tidak mendengarkan suara-suara orang berbicara dan memanggil nama klien</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien tidak berbicara sendiri lagi 2. Pasien tidak mengarahkan telinga kearah tertentu lagi 3. TTV TD : 110/90 mmHg N : 100x/menit S : 36,5 oC RR : 20x/menit SPO2 : 98% <p>A : Masalah teratasi P :Intervensi dihentikan</p>
Pasien 2						
persepsi sensori berhubungan	10.00 Wita	<p>S:pasien mengtakan masih mendengarkan bisikan-bisikan dan melihat bayangan</p>	14.00 Wita	<p>S: pasien mengatakan mendengarkan bisikan-bisikan dan melihat bayangan sudah berkurang</p>	13.30 Wita	<p>S:pasien mengatakan tidak mendengarkan bisikan-bisikan dan melihat bayangan lagi</p>

Diagnosa	Jam	Hari ke-1	Jam	Hari ke-2	Jam	Hari ke-3	Jam
n dengan Gangguan Psikotik		<p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak berbicara sendiri 2. Pasien tampak tertawa sendiri 3. TTV TD : 100/80 mmHg N : 100x/menit S : 37,6 °C RR : 22x/menit SPO2 : 94% <p>A: Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p>		<p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien tampak sudah mulai tidak berbicara sendiri 2. Pasien tampak sudah mulai tidak tertawa sendiri lagi 3. TTV TD : 140/80 mmHg N : 98x/menit S:37°C RR : 20x/menit 		<p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tidak berbicara sendiri lagi 2. Pasien tidak tertawa-tertawa sendiri lagi 3. TTV TD : 130/90 mmHg N : 87x/menit S : 37,2 °C RR : 21x/menit SPO2 : 99% <p>A : Masalah teratasi sebagian dirumah oleh</p>	

8. Pembahasan

Pembahasan merupakan proses analisa teori dan aplikas i proses keperawatan secara nyata, pada bab ini menguraikan masalah yang ada antara tinjauan teori, tinjauan kasus dan solusi yang diambil untuk mengatasi masalah yang terjadi dalam memberikan implementasi manajemen halusinasi unruk memperbaiki persepsi realitas terhadap stimulus pada pasien 1 (Ny.A.W) dan pasien 2 (Ny.A.I) di Puskesmas Elopada Dalam pembahasan ini meliputi proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Pada pasien 1 (Ny.A.W) data yang didapatkan sebagai berikut Ny.A.W. Mengatakan mendengar suara-suara orang sedang berbicara, dan memanggil nama klien. Hasil pengkajian fisik tanda-tanda vital TD : 120/80mmHg, N : 100x/menit, S : 36C, RR : 24x/menit. Pada pasien 2 (Ny.A.I) data yang didapatkan sebagai berikut Ny.A.I mengatakan Mendengar bisikan-bisikan, orang menangis dan tertawa-tawa. Hasil pengkajian fisik tanda-tanda vital TD : 110/80mmHg, N : 80x/menit, S : 37,5C, RR : 22x/menit.

Halusinasi adalah gejala yang muncul pada gangguan jiwa, di mana individu mengalami persepsi terhadap rangsangan yang sebenarnya tidak ada. Rangsangan ini dapat berupa sensasi palsu, seperti suara, penglihatan, perabaan, atau penciuman. Tanda dan gejala halusinasi seperti mendengar suara atau kebisingan yang sebenarnya tidak ada, terlibat dalam percakapan yang tidak nyata, atau mendengar suara yang mengarahkan mereka untuk melakukan tindakan berbahaya (*No Title*, 2020)

Penulis menyimpulkan bahwa terdapat kesesuaian/kesamaan antara teori dan kasus.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pengamatan penulis terhadap pasien 1 dan pasien 2,

diagnosa keperawatan yang ditetapkan adalah Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan psikotik.

Menurut PPNI (2018) dalam buku (SDKI) salah satu diagnosa yang terdapat pada pasien gangguan jiwa adalah halusinas. Halusinasi adalah dimana individu mengalami persepsi terhadap rangsangan yang sebenarnya tidak ada, rangsangan ini dapat berupa sensasi palsu seperti mendengar suara-suara yang sebenarnya tidak nyata.

Penulis menyimpulkan bahwa terdapat kesesuaian atau kesamaan antara teori dan kasus, sehingga penulis menetapkan diagnosis gangguan persepsi sensori yang berhubungan dengan gangguan psikotik pada pasien 1 dan pasien 2

3. **Intervensi Keperawatan**

Rencana asuhan keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 adalah **Observasi:** 1) Monitor perilaku yang mengidentifikasi halusinasi, 2) Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan, 3) Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan **Terapeutik:** 4), pertahankan lingkungan yang aman, 5) lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. Limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik), 6) Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi, 7) Hindari perdebatan tentang validasi halusinasi **Edukasi:** 8) Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi, 9) Anjurkan bicara pada orang yang percaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi, 10) Anjurkan melakukan distraksi (mis. Mendengarkan musik, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi, 11) Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi **Kolaborasi:** 1) Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu.

Penulis menyimpulkan bahwa terdapat kesesuaian/kesamaan antara teori dan kasus, sehingga seluruh intervensi dilaksanakan pada pasien 1 dan pasien 2

4. **Implementasi Keperawatan**

Pelaksanaan antara pasien 1 dan pasien 2 dilakukan di puskesmas Elopada pada tanggal 23-25 April 2025. Pelaksanaan ini menggunakan

dasar intervensi dan menyesuaikan dengan masalah keperawatan yang telah diidentifikasi pada pasien. Implementasi yang dilakukan adalah **Observasi:** 1) Memonitor perilaku yang mengidentifikasi halusinasi, 2) Memonitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan, 3) Memonitor isi halusinasi (mis. Kekerasan atau membahayakan diri), **Terapeutik:** 4) Pertahankan lingkungan yang aman **Edukasi:** 5) Mengajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi, 6) Melakukan teknik bercakap-cakap teknik menghardik sesuai SOP dan terapi musik, 7) Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital pada pasien 1 di dapatkan yaitu: TD: 130/90MmHg, N: 100x//menit, S: 36,5°C, RR: 20x/menit dan pada pasien 2 didapatkan yaitu: TD: 135/80MmHg, N: 80x/menit, S: 36,9 RR: 22x/menit.

Terapi yang diberikan untuk mengontrol halusinasi dilakukan selama 3 hari dengan kunjungan kerumah.

5. Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari, evaluasi pasien 1 dan pasien 2 dengan diagnosa Gangguan Persepsi Sensori masalah teratasi dengan hasil evaluasi pasien 1 Pasien Mengatakan tidak mendengarkan suara-suara orang berbicara dan memanggil nama klien, pasien tidak berbicara sendiri lagi Pasien tidak mengarahkan telinga kearah tertentu lagi TTV TD : 110/90 mmHg N : 100x/menit S : 36,5 oC RR : 20x/menit intervensi dihentikan, difasilitasi dengan rencana tindak lanjut berupa dukungan keluarga di rumah. Hasil evaluasi pasien 2 pasien mengatakan tidak mendengarkan bisikan-bisikan dan melihat bayangan lagi, Pasien tidak berbicara sendiri lagi Pasien tidak tertawa-tertawa sendiri lagi. TTV TD : 130/90 mmhg N : 87x/menit S : 37,2 oC RR : 21x/menit SPO2 : 99% Intervensi dihentikan memberikan edukasi kepada keluarga dengan memberikan dukungan kepada keluarga

Penulis menyimpulkan bahwa terdapat kesesuaian/kesamaan antar teori dan kasus bahwa masalah pasien 1 dan pasien 2 teratasi dengan kemampuan perawatan diri meningkat. Berdasarkan dalam buku SLKI

salah satu luaran yang terdapat pada pasien gangguan jiwa yaitu gangguan persepsi sensori ekspektasi : Verbalisasi mendengar bisikan meningkat, Verbalisasi mendengar bisikan meningkat