

## **BAB V**

### **PENUTUP**

Pada bab ini penulis akan menguraikan berbagai hal yang menyangkut dengan Asuhan Keperawatan pada Klien Tn. M dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan di Panti Sosial Bina Laras Harapan Sentosa I Cengkareng Jakarta Barat pada tanggal 18 Februari – 2 Maret 2019. Maka penulis akan menyimpulkan Asuhan Keperawatan pada Tn. M dengan Halusinasi Penglihatan, sebagai berikut :

#### **V.1 Kesimpulan**

Dalam Asuhan Keperawatan Tn. M dengan Halusinasi Penglihatan yang meliputi berbagai tahapan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

##### **V.1.1 Pengkajian**

Selama proses pengkajian dilakukan pada Tn. M dengan Halusinasi Penglihatan penulis memperoleh data bahwa perilaku muncul pada klien ketika klien sedang menyendiri, sedih dan melamun pada saat itulah klien mulai halusinasi penglihatan, klien melihat sosok kecil berwarna hitam merangkak, klien menyebutnya dede.

Faktor pendukung yang dapat dimanfaatkan selama pengkajian adalah klien mampu mengingat dengan baik, klien mampu memberikan informasi pada penulis dengan melakukan pendekatan komunikasi terapeutik. Petugas panti yang turut serta memberikan informasi yang penulis tidak dapatkan dari klien untuk melengkapi data asuhan keperawatan.

Sedangkan faktor penghambat yang dialami penulis selama pengkajian adalah klien tidak fokus saat diajak bicara, klien fokus pada halusinasinya, klien hanya berbicara ketika ditanya, kontak mata kurang, bicara ngaur sehingga harus difokuskan ketika sedang bicara, nada bicara keras dan tegas, ketika sedang dicari untuk diajak bicara klien sulit untuk ditemukan tetapi ketika sedang tidak dicari klien

muncul dan ingin diajak bicara (*mood* yang tidak stabil). Solusinya adalah bina hubungan saling percaya, berusaha menjadi teman bagi klien, mengarahkan klien untuk mempertahankan kontak mata, selalu memberikan reinforcement positif, memfokuskan ketika sedang bicaradan memberikan pilihan saat klien tidak dapat menjawab pertanyaan.

### **V.1.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan dalam asuhan keperawatan Tn. M penulis menegakan enam diagnosa berdasarkan data yang diperoleh selama proses pengkajian, diagnosa tersebut adalah Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan, Resiko Perilaku Kekerasan, Defisit Perawatan Diri : Mandi, Berpakaian, Berhias, Makan dan Eliminasi, Isolasi Sosial, Harga Diri Rendah dan Koping Keluarga tidak Efektif. Pada kasus Tn. M diagnosa utama yang ditegakan penulisa adalah Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan.

### **V.1.3 Intervensi**

Intervensi keperawatan pada kasus Tn. M dengan Halusinasi Penglihatan adalah bina hubungan saling percaya dengan klien, identifikasi penyebab halusinasi, identifikasi tanda-tanda halusinasi, identifikasi perilaku yang biasa dilakukan, identifikasi akibat halusinasi, ajarkan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik, berbincang-bincang dengan orang lain, membuat jadwal dan melakukan kegiatan yang disukai dan minum obat secara teratur dengan 5 prinsip benar.

Intervensi keperawatan pada kasus Tn. M dengan Resiko Perilaku Kekerasan adalah bina hubungan saling percaya, identifikasi penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan, ajarkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan tarik napas dalam, memukul bantal, dengan cara spiritual, dan minum obat secara rutin.

Intervensi keperawatan pada kasus Tn. M dengan Defisit Perawatan Diri adalah bina hubungan saling percaya, menjelaskan kebersihan diri dan menjaga kebersihan diri, membantu mempraktekkan cara menjaga kebersihan diri (mandi),

cara makan yang baik, cara eliminasi yang benar, dan cara berdandan/berhias dengan mencukur kumis dan jenggot.

#### **V.1.4 Implementasi**

Untuk mengatasi masalah Halusinasi Penglihatan penulis mengidentifikasi penyebab halusinasi, tanda-tanda halusinasi, mengidentifikasi tindakan yang bisa dilakukan, mengidentifikasi akibat halusinasi, mengajarkan menghardik, berbincang-bincang dengan orang lain, melakukan kegiatan yang disukai dan minum obat secara teratur, melakukan kegiatan Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Sosialisasi. Untuk masalah resiko perilaku kekerasan penulis mengajarkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara tarik napas dalam, memukul bantal, spiritual dan minum obat secara rutin. Sedangkan untuk masalah defisit perawatan diri penulis mengajarkan cara menjaga kebersihan diri yaitu mandi, cara makan, cara eliminasi, dan cara berhias/berdandan dengan mencukur kumis dan jenggot.

Setelah berkali-kali melakukan latihan dengan penulis untuk mengatasi masalah gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan dan perabaan klien mampu mengendalikan halusinasinya dengan cara menghardik, klien juga mampu mengendalikan halusinasi dengan patuh minum obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan. Lalu setelah melakukan kegiatan untuk menangani resiko perilaku kekerasan klien mampu mengontrol emosi dengan cara tarik nafas dalam, memukul bantal, spiritual dan minum obat. Sedangkan setelah melakukan latihan kegiatan untuk menangani masalah defisit perawatan diri klien mulai mampu menyebutkan langkah mencuci tangan secara perlahan, klien belum mampu mencuci dengan benar secara mandiri masih harus dibantu, klien mampu melakukan cara menjaga kebersihan diri yaitu mandi sesuai dengan langkah-langkah yang dilatih penulis, klien mampu melakukan cara makan yang benar dan klien juga mampu melakukan eliminasi dengan benar.

Faktor hambatan yang ditemukan penulis adalah tidak pada masalah halusinasi sulitnya untuk mencari klien yang sedang ada dimana, sedangkan pada saat melakukan TAK sulit untuk memfokuskan klien untuk mengikuti kegiatan dengan benar, pada masalah resiko perilaku kekerasan kesulitan yang ditemukan

yaitu emosi klien yang tidak stabil sehingga harus melakukan SP I dua kali dan menunda melakukan SP II keesokan harinya, sedangkan pada defisit perawatan diri kesulitan yang dialami yaitu ketidaksediaan sabun, handuk untuk masing-masing, kamar mandi yang tertutup untuk eliminasi klien. Faktor pendukung yaitu adanya kerjasama dari perawat dan petugas panti yang sangat membantu penulis dalam melakukan implementasi.

#### V.1.5 Evaluasi

Penulis melakukan evaluasi selama melakukan asuhan keperawatan pada Tn. M. Setelah dilakukan tindakan didapatkan hasil diagnosa gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan dan perabaan pada Tn. M sudah teratasi, halusinasi klien sudah tidak muncul lagi, klien di panti selalu melakukan kegiatan menulis untuk mengisi waktu luangnya sehingga klien tidak lagi melamun. Pada diagnosa resiko perilaku kekerasan pada Tn. M adalah teratasi sebagian, klien sudah tidak melakukan tindakan kekerasan seperti memukul atau melempar batu ke orang tetapi nada bicara klien masih suka tegas karena klien merasa sudah sembuh tetapi belum pulang juga. Sedangkan pada diagnosa defisit perawatan diri didapatkan hasil Tn. M teratasi sebagian, klien mampu melakukan semua tindakan untuk defisit perawatan diri tetapi untuk SP eliminasi belum terlaksana sepenuhnya karena pada diagnosa eliminasi seharusnya klien BAK di kamar mandi tetapi karena di panti tidak ada kamar mandi yang tertutup, jadi klien masih BAK di tempat terbuka. Dan hasil dari evaluasi ini klien memilih kegiatan menulis dan mewarnai untuk mengontrol halusinasinya, hasil lainnya klien sudah bisa di *cluster* ke Panti Sosial Bina Laras Harapan Sentosa 2.

Faktor penghambat selama melakukan evaluasi adalah klien sering hilang ketika sedang dicari, emosi yang tidak stabil, kontak mata klien tidak dapat dipertahankan dan tidak mampu melaksanakan jadwal kegiatan harian yang sudah dibuat dengan penulis. Maka upaya yang dilakukan penulis untuk menangani faktor penghambat tersebut adalah selalu mencari dengan sabar klien sedang ada dimana, memberikan reinforcement positif agar klien percaya diri sehingga dapat menaikkan *mood* klien, dan memotivasi agar klien melakukan jadwal kegiatan harian.

## **V.2 Saran**

Berdasarkan pembahasan pada bab-bab yang sudah di bahas maka dapat diberikan saran yang bertujuan untuk melakukan validasi data yang mungkin dapat dimanfaatkan oleh penulis untuk meningkatkan kualitas karya tulis ilmiah dan asuhan keperawatan khususya bagi klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan.

### **V.2.1 Bagi Mahasiswa**

Dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan, pada klien dengan halusinasi cenderung lebih senang dengan halusinasinya dibandingkan dengan dunia realita, sehingga klien sering tidak fokus ketika diajak bicara. Untuk itu hendaknya mahasiswa menggunakan teknik komunikasi terapeutik seperti memfokuskan, membina hubungan saling percaya seperti bersikap ramah, menunjukkan ekspresi bersahabat, melakukan kegiatan agar klien merasa lebih dekat dengan mahasiswa. Pada Tn. M komunikasi terapeutik yang dilakukan adalah memfokuskan, untuk itu sebaiknya mahasiswa lebih sering memfokuskan pembicaraan dengan memberikan perhatian pada satu topik gagasan atau bahkan hanya satu kata saja. Sehingga klien merasa percaya pada mahasiswa, dan akan lebih terbuka pada mahasiswa, hal tersebut dapat membantu mengumpulkan data sebaik mungkin guna melakukan asuhan keperwatan sesuai kondisi klien.

### **V.2.2 Bagi Perawat**

Asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan dibutuhkan pendekatan yang mendalam, maka dalam hal ini komunikasi terapeutik sangatlah penting untuk dilakukan oleh seorang perawat. Sebaiknya perawat selalu melakukan pendekatan terus menerus dan bertahap kepada klien dengan halusinasi untuk mengontrol halusinasi yang muncul. Klien dengan halusinasi biasanya sering menyendiri atau melamun, kebiasaan tersebut merupakan faktor pencetus munculnya kembali halusinasi, dalam hal ini sebaiknya perawat sering melakukan pertemuan tapi singkat dengan pasien untuk mengurangi halusinasi yang muncul. Perawat sebaiknya selalu mengawasi dan memberi dukungan pada klien memperhatikan kebutuhan klien,



perawat harus memotivasi klien agar melakukan kegiatan yang dapat mengontrol halusinasi serta dengan sesering mungkin menemani klien saat klien terlihat menyendiri. Selain itu sebaiknya perawat juga harus memberikan kebebasan kepada klien untuk memilih kegiatan apa yang disukai untuk mengontrol halusinasinya. Dalam melakukan implementasi sebaiknya perawat juga harus lebih sering melakukan kegiatan TAK untuk memberikan kegiatan kepada klien sehingga pada klien dengan halusinasi dapat terkontrol melalui kegiatan TAK tersebut.

### **V.2.3 Bagi Institusi**

Saat ini penatalaksanaan asuhan keperawatan sudah sangat baik, hal tersebut dapat dilihat dari jadwal kegiatan klien yang sudah tersedia, pengobatan dan pemeriksaan kesehatan yang dilakukan secara rutin. Perlu adanya peningkatan kepedulian untuk memenuhi dan mempertahankan kebutuhan dan diharapkan bisa menambah fasilitas serta senantiasa menciptakan lingkungan yang terapeutik guna mempercepat penyembuhan klien dengan masalah gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan.

