

## **BAB V**

### **PENUTUP**

Pada BAB V ini penulis akan menyimpulkan Asuhan Keperawatan pada Tn. S dengan masalah keperawatan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran dan Penglihatan yang dilaksanakan pada tanggal 10 Januari – 14 Januari 2022, sebagai berikut :

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

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn.S dengan masalah Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran dan Penglihatan, terdapat beberapa tahapan yang dimulai dari melakukan pengkajian, menentukan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi, serta evaluasi.

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

Dalam melaksanakan proses pengkajian pada klien Tn.S dengan Halusinasi Pendengaran dan Penglihatan, terdapat faktor pendukung dan penghambat dalam melaksanakan pengkajian yaitu:

Faktor pendukung dalam melakukan proses pengkajian pada klien adalah klien mampu menceritakan masalah yang sedang dihadapinya, mengingat dengan baik masalah nya, kondisi dan suasana rumah sakit yang sunyi dan tenang membuat klien lebih kooperatif untuk menceritakan masalah yang sedang dihadapinya.

Faktor penghambat selama proses pengkajian pada klien Tn.S adalah kontak mata klien kurang, kontak mata mudah beralih, klien sering menunduk, klien hanya berbicara ketika penulis memberikan pertanyaan, klien tidak terbuka pada penulis tentang masalah yang dihadapinya. Solusinya yaitu bina hubungan saling percaya pada klien, pertahankan kontak mata pada klien, menunjukkan ekspresi wajah yang bersahabat pada klien, selalu berikan energi positif pada klien.

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

Diagnosa keperawatan yang diambil dalam asuhan keperawatan pada klien Tn.S meliputi tiga diagnosa yaitu diagnose yang dibuat oleh penulis berdasarkan hasil yang diperoleh selama proses pengkajian, diagnosa yang diambil yaitu Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran dan Penglihatan, Isolasi Sosial, dan Resiko Perilaku Kekerasan. Diagnosa utama pada kasus Tn.S yaitu masalah keperawatan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran dan Penglihatan.

Faktor pendukung dalam menegakkan diagnosa keperawatan adalah adanya data-data pada pengkajian, data objektif pada klien, serta informasi dari klien dapat membantu penulis dalam menegakkan dignosa. Faktor penghambat dalam menentukan diagnosa yaitu sulitnya menentukan diagnosa ketiga, dimana ada beberapa data yang membingungkan bagi penulis, solusinya lihat kembali data objektif dan subjektif pada klien, dan lakukan pengkajian lagi tapi khusus hanya pada diangnosa ketiga.

### **V.1.3 Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan yang dilakukan pada klien Tn.S dengan masalah keperawatan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran dan Penglihatan yaitu dengan membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab dari halusinasi, identifikasi tanda-tanda halusinasi pada klien, identifikasi penyebab dari halusinasi jika tidak segera ditangani, lalu ajarkan klien cara mengontrol halusinasi nya dengan cara menghardik, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan kegiatan harian klien, dan membuat jadwal harian untuk klien.

Intervensi keperawatan yang dilakukan pada klien Tn.S dengan Resiko Perilaku Kekerasan yaitu dengan membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab dari perilaku kekerasan, identifikasi tanda, gejala yang ada pada klien, lalu ajarkan klien untuk mengontrol perilaku kekerasannya dengan cara melakukan tehnik nafas dalam.

Intervensi keperawatan yang dilakukan pada klien Tn.S dengan Isolasi Sosial yaitu membina hubungan saling percaya, identifikasi penyebab dari isolasi

sosial, identifikasi tanda dan gejala pada klien isolasi sosial, ajarkan pada klien berkenalan dengan satu orang.

Faktor pendukung dalam melaksanakan intervensi keperawatan adalah telah tersedianya intervensi keperawatan dalam buku SIKI dan yang memudahkan penulis dalam memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan rencana keperawatan. Faktor penghambat dalam intervensi adalah sulitnya mengatur jadwal dikarenakan kegiatan klien di rumah sakit jiwa yang padat, solusinya jika saat jam istirahat atau tidur siang klien tidak tidur, maka gunakan waktu istirahat klien sekiranya 15 menit jangan terlalu lama.

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

Implementasi dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang dibuat sebelumnya untuk tiga masalah keperawatan yang diambil, implementasi ini dilakukan pada klien Tn.S telah sesuai dengan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan yang meliputi Strategi Pelaksanaan Halusinasi, Resiko Perilaku Kekerasan, Isolasi Sosial. Dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan diintervensi keperawatan.

Faktor Pendukung dalam melakukan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK) klien mau berlatih dan belajar cara-cara mengontrol halusinasi, mau belajar mengatasi masalah isolasi sosial, serta resiko perilaku kekerasan, dan juga dari penulis yang melakukan komunikasi terapeutik pada klien, lingkungan yang tenang dan tidak banyak distraksi dengan pasien lainnya.

Faktor penghambat dalam melakukan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan, klien hanya ingin melakukan ditempat yang tidak ada keramaian, Solusinya lakukan implementasi di ruangan yang tenang dan tidak banya distraksi dengan pasien lain.

#### **V.1.5 Evaluasi Keperawatan**

Pada evaluasi keperawatan klien Tn.S telah dilakukan tindakan keperawatan sesuai dengan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan kepada klien, hasil dari diagnosa keperawatan yaitu untuk Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi sudah teratasi sebagian pada klien, klien masih mondar-mandir sambil berbicara sendiri.

**Farda Nabila Huda, 2022**

*ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN TUAN S DENGAN GANGGUAN SENSORI PERSEPSI : HALUSINASI PENGLIHATAN DAN PENDENGARAN DI RUANG MERAK RUMAH SAKIT JIWA DR SOEHARTO HEERDJAN JAKARTA*

UPN Veteran Jakarta, Fakultas Ilmu Kesehatan, Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga  
[www.upnvj.ac.id – www.library.upnvj.ac.id – www.repository.upnvj.ac.id]

Pada diagnosa Resiko Perilaku Kekerasan adalah teratasi sebagian, klien sudah tidak melakukan tindakan-tindakan perilaku kekerasan hanya saja nada suara klien masih tegas, serta klien ada rasa kesal karena ingin segera pulang dari rumah sakit jiwa. Dan selanjutnya isolasi sosial pada klien teratasi sebagian, kontak mata klien masih kurang, mudah beralih.

## **V.2 Saran**

### **V.2.1 Bagi klien dan keluarga**

Untuk klien sebaiknya mampu berlatih cara yang telah diajarkan oleh penulis secara bertahap, dan jika klien sudah kembali kerumah disarankan untuk keluarga selalu menemaninya, mengingatkan cara-cara mengontrol halusinasi jika tanda-tanda halusinasi pada klien muncul agar tidak terjadi masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan pada klien, lakukan perawatan yang tepat dirumah agar klien dapat merasa dirinya diterima dilingkungannya, serta keluarga selalu mengingatkan klien untuk meminum obat secara rutin.

### **V.2.2 Bagi Keluarga**

Untuk keluarga sebaiknya selalu damping klien saat didalam rumah, awasi klien jika terjadi tanda-tanda gangguan jiwa, lalu ingatkan klien untuk melakukan tindakan mengontrol yang telah di ajarkan di Rumah Sakit Jiwa, dan selalu ingatkan klien untuk meminum obat secara rutin jangan sampai putus obat.

### **V.2.3 Bagi Instansi Rumah Sakit**

Penulis berharap untuk instansi rumah sakit, sebaiknya dikurangi untuk jam istirahat malam, karena yang penulis dapatkan saat melakukan penelitian dirumah sakit jiwa, jam istirahat atau jam tidur malam pada pasien sangatlah lama dari jam 18.30 sampai jam 05.00 itu akan sangat berpengaruh pada pasien yang mempunyai masalah halusinasi, karena yang penulis dapatkan setelah pasien dimasukan kedalam kamar tidak semua pasien akan tidur, ada beberapa pasien yang duduk sendiri dipojok kamar terlihat melamun, serta berbicara sendiri, ada pasien yang mondar-mandir dengan mulut yang komat kamit seperti berbicara dengan orang

lain. Dan jam istirahat malam yang lama itu akan meningkatkan halusinasi pada klien.

### **V.2.2 Bagi Peneliti**

Dalam menerapkan asuhan keperawatan pada klien masalah halusinasi, perawat harus membina hubungan saling percaya karena dengan membina hubungan saling percaya, klien akan menceritakan masalah yang dihadapinya, klien merasa sudah percaya dan merasa dihargai dengan perawat dengan begitu perawat akan lebih mudah mengkaji klien, lalu berbicara dengan klien juga harus menggunakan komunikasi terapeutik, ekspresi muka bersahabat, mendengarkan dan cermati cerita klien tanpa disela dengan begitu klien akan terbuka dengan perawat, dan hal itu akan membantu mengumpulkan data-data dari klien.