

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

1. Pengkajian

Saat melakukan pengkajian pada Ny. S penulis mendapatkan informasi klien sering mendengar suara-suara bisikan suaminya yang akan meninggalkannya untuk menikah lagi, sering menyendiri di kamar, terkadang berbicara sendiri dan tertawa sendiri, klien pun mudah emosi, dan pernah memecahkan jendela klien pun malas dalam merawat tubuhnya sehingga tubuhnya pun nampak kotor dan tidak terawat rambut klien tampak berantakan baju klien tampak tidak rapih. Semua data tersebut penulis dapatkan dengan cara wawancara dengan klien dan keluarga (adik ipar).

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data-data hasil pengkajian yang didapatkan pada Ny.S diagnosa yang dapat ditegakkan yaitu: Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran, RPK, Defisit Perawatan Diri.

3. Rencana Keperawatan

Penulis membuat rencana keperawatan sesuai standar yang disusun berdasarkan tujuan yang ingin dicapai, rencana asuhan keperawatan

disesuaikan dengan kondisi klien. Yaitu dengan cara menghardik , minum obat, bercakap-cakap , dan melakukan kegiatan terjadual.

4. Implementasi

Dalam menerapkan implementasi keperawatan pada Ny. S, penulis melakukan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat yaitu Strategi Pelaksanaan yang dilaksanakan sesuai dengan kondisi kebutuhan dan keadaan klien pada saat pengkajian, implementasi keperawatan yang penulis lakukan terhadap Ny.S adalah penerapan SP pasien dan SP keluarga. SP Klien meliputi : SP 1 yaitu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, SP 2 yaitu mengontrol halusinasi dengan cara minum obat, SP 3 yaitu mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain, SP 4 yaitu mengontrol halusinasi dengan melakukan aktifitas harian. SP Keluarga meliputi: SP 1 yaitu melatih cara merawat halusinasi: menghardik, SP 2 yaitu melatih membimbing dan memberikan obat sesuai jadual, SP 3 yaitu melatih dan menyediakan waktu bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi, SP 4 yaitu melatih melakukan kegiatan harian untuk mengontrol halusinasi.

5. Evaluasi

Setelah dilakukan asuhan keperawatan Ny. S selama 4 hari diperoleh evaluasi bahwa klien mampu mengidentifikasi atau mengenal masalah halusinasi, mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik, minum obat, bercakap-cakap dengan orang lain jika halusinasinya muncul

dan klien mampu melakukan aktivitas kegiatan harian sesuai dengan jadwal. Klien mampu mengontrol rasa marah ditandai dengan bila klien merasa kesal klien sudah mampu meluakannya dengan cara memukul bantal dan kasur klien pun sudah mau melaksanakan sholat. Klien pun tampak mampu melakukan perawatan diri seperti mandi 2x sehari serta menggosok gigi klien pun sudah tau betapa pentingnya dalam menjaga kebersihan tubuhnya.

6. Dokumentasi Keperawatan

Penulis melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan jiwa yang dimulai dari pengkajian, diagnosa, rencana tindakan, tindakan keperawatan dan evaluasi.

B. Saran

1. Puskesmas Kotabumi II

Puskesmas diharapkan untuk menerapkan strategi pelaksana khususnya halusinasi sesuai prosedur tetap saat melakukan kunjungan ke rumah klien serta dapat lebih sering memantau keadaan perkembangan klien dan saat klien berobat ke puskesmas, serta memberikan asuhan keperawatan jiwa sesuai dengan SOP (Standar Operational Prosedur).

2. Prodi Keperawatan Kotabumi

Untuk perpustakaan Prodi Keperawatan Kotabumi sudah menyiapkan beberapa buku keperawatan jiwa akan tetapi. Penulis

berharap Prodi Keperawatan Kotabumi untuk dapat lebih melengkapi berbagai jenis buku keperawatan jiwa terutama (Referensi 3-5 tahun terakhir), tentang keperawatan Halusinasi.