

## **BAB V**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Simpulan**

##### **1. Pengkajian**

Saat melakukan pengkajian pada Tn. D penulis mendapatkan data-data klien yaitu: klien sering mendengar suara-suara yang tidak ada wujudnya, sering berbicara sendiri, kadang marah sampai memukul ibunya, badan klien kotor dan bau dan klien lebih suka keluyuran. Semua data yang penulis dapatkan yaitu dengan melakukan wawancara bersama klien, keluarga, dan dengan bantuan pihak Puskesmas Kotabumi II

##### **2. Diagnosa keperawatan**

Berdasarkan data-data dari hasil pengkajian yang dilakukan oleh penulis maka diagnosa yang penulis tegakkan pada Tn. D adalah: Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi pendengaran, Risiko Perilaku Kekerasan, dan Defisit Perawatan Diri.

##### **3. Rencana keperawatan**

Pada saat melakukan asuhan keperawatan penulis membuat rencana susuai standar yang disusun sedemikian rupa dan berdasarkan tujuan yang ingin penulis dan klien capai. Rencana asuhan keperawatan menyesuaikan dengan kondisi klien.

Rencana keperawatan pada kasus Tn. D yang dilakukan secara garis besar yaitu : bina hubungan saling percaya, mengontrol halusinasi dengan

cara menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan melakukan aktifitas harian. Penulis juga melakukan rencana keperawatan terhadap keluarga yaitu: melatih cara merawat halusinasi : menghardik, melatih membimbing dan memberikan obat sesuai jadual, menyediakan waktu bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi, dan melatih melakukan kegiatan harian untuk mengontrol halusinasi.

#### 4. Implementasi

Penulis melakukan implementasi sesuai dengan intervensi yang telah dibuat yaitu melaksanakan strategi pelaksanaan (SP) yang dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan dan keadaan klien pada saat pengkajian. Implementasi keperawatan yang penulis lakukan terhadap Tn. D adalah penerapan SP pasien dan SP keluarga. SP klien meliputi: SP 1. Mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, SP 2. Mengontrol halusinasi dengan cara minum obat, SP 3. Mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain dan SP 4. Mengontrol halusinasi dengan melakukan aktifitas harian.

SP keluarga meliputi: SP 1. Melatih cara merawat halusinasi: menghardik, SP 2. Melatih membimbing dan memberikan obat sesuai jadual, SP 3. Menyediakan waktu bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi, dan SP 4. melatih melakukan kegiatan harian untuk mengontrol halusinasi.

## 5. Evaluasi

Setelah dilakukan asuhan keperawatan Tn. D 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 untuk bersosialisasi dilingkungannya dengan dampingan keluarga, klien juga sudah mampu melakukan aktifitas terjadual seperti membaca buku dan bermain gitar.

## **B. Saran**

### 1. Bagi Puskesmas

Diharapkan pihak Puskesmas, khususnya yang mengelola program keperawatan jiwa untuk membuat jadwal kunjungan ke rumah klien (minimal 2-3 kali dalam sebulan) untuk menerapkan strategi pelaksanaan keperawatan baik kepada klien maupun keluarga agar klien dapat mandiri dalam mengatasi masalah halusinasinya dan keluarga juga bisa dapat membantu klien mengatasi masalah halusinasi pendengaran yang terjadi.

### 2. Bagi Institusi

Diharapkan Prodi Keperawatan Kotabumi untuk menambah referensi buku atau bahan bacaan terbaru di perpustakaan sebagai sumber bacaan mahasiswa, dan referensi dalam pembuatan laporan tugas akhir.