

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

1. Pengkajian

Saat melakukan pengkajian pada Ny.U penulis mendapatkan informasi klien sering mendengar suara-suara bisikan seperti orang mengobrol, sering melamun dan menyendiri, terkadang berbicara sendiri, klien malu dengan penyakit yang ia derita, tidak suka bergaul dengan teman-temannya, bicara seperlunya, klien sering marah-marah jika mendengar suara-suara yang mengganggu, klien bingung dan emosi labil. Semua data tersebut penulis dapatkan dengan cara wawancara dengan klien.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data-data hasil pengkajian yang didapatkan pada Ny. U, diagnosa yang dapat ditegakkan yaitu gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran, risiko perilaku kekerasan dan isolasi sosial.

3. Rencana Keperawatan

Penulis membuat rencana keperawatan sesuai standar yang disusun berdasarkan tujuan yang ingin dicapai, rencana asuhan keperawatan yang diterapkan pada Ny.U yaitu Strategi Pelaksanaan (SP) untuk melatih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, minum obat secara teratur, bercakap-cakap dengan orang lain, dan melakukan kegiatan terjadual.

4. Implementasi

Implementasi keperawatan pada Ny.U, yang penulis lakukan 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.U adalah penerapan SP pasien. 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 jadwal, 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 pada Ny.U selama 5hari 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 untuk bersosialisasi dilingkungannya, klien juga sudah mampu melakukan aktifitas terjadual seperti membereskan tempat tidur.

6. Dokumentasi Keperawatan

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

B. SARAN

1. Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung

Diharapkan pihak rumah sakit dapat menerapkan strategi pelaksanaan (SP) khususnya SP klien dengan halusinasi pada saat dirawat inap dan saat klien berobat jalan, serta memberikan asuhan keperawatan jiwa sesuai dengan SOP (*Standar Operational Prosedur*). Saran ini penulis sampaikan kepada perawat di RSJ untuk lebih aktif dalam melatih dan mengawasi klien cara mengontrol halusinasi seperti menghardik, bercakap-cakap, selain perawat memantau klien setiap minum obat dan memastikan obat benar-benar sudah diminum oleh klien.

2. Prodi Keperawatan Kotabumi

Penulis berharap Prodi Keperawatan Kotabumi menyediakan buku referensi terbaru (5 tahun terakhir) dan lebih beragam kaitan dengan keperawatan jiwa serta mempermudah akses berbagai e-jurnal penelitian yang terkait dengan laporan tugas akhir khususnya kasus keperawatan jiwa seperti halusinasi.