

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan dengan mengumpulkan data-data dari pasien sehingga akan diketahui berbagai permasalahan yang ada (Hidayat, 2018). Hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 7-9 November 2022 di RSUD Wonosari didapatkan kasus Tn. W dengan diagnosa stroke non hemoragik, ditandai dengan adanya gejala penurunan kekuatan otot, nyeri kepala, dan kaku pada tubuh, hasil pemeriksaan penunjang CT-Scan menunjukkan hasil lacunar infark nucleus caudatus sinistra dan corpus callosum dekstra.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2018). Tiga masalah prioritas yang muncul dalam kasus Tn. W dengan diagnosa stroke non hemoragik yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan emboli (D.0017), gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054), dan risiko jatuh dibuktikan dengan gangguan keseimbangan (D.0143).

3. Intervensi

Intervensi keperawatan merupakan suatu proses penyusunan rencana yang dibutuhkan untuk mencegah menurunnya atau mengurangi masalah-masalah pasien (Hidayat, 2018). Dalam penyusunan intervensi terdapat dua kategori yaitu tujuan dan kriteria hasil dalam asuhan keperawatan atau standar luaran keperawatan Indonesia (SLKI) dan perencanaan keperawatan yang akan dilakukan atau standar intervensi keperawatan indonesia (SIKI).

Dalam kasus Tn. W dengan diagnosa stroke non hemoragik, penulis merumuskan intervensi dengan tiga masalah prioritas utama, yaitu:

- a. SDKI : (D.0017) Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d emboli
SLKI : (L.02014) Perfusi serebral
SIKI : (I.09325) Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial
- b. SDKI : (D.0054) Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot

SLKI : (L.05042) Mobilitas fisik

SIKI : (I.05173) Dukungan Mobilisasi

c. SDKI : (D.0143) Risiko jatuh d.d gangguan keseimbangan

SLKI : (L.14138) Tingkat jatuh

SIKI : (I.12407) Pencegahan jatuh

4. Implementasi

Implementasi merupakan langkah pelaksanaan berbagai strategi keperawatan yang telah direncanakan untuk mencapai tujuan sesuai dengan diagnosa dan rencana keperawatan (Hidayat, 2018). Implementasi keperawatan pada pasien dilakukan sesuai dengan rencana dan teori.

Implementasi yang dilakukan terhadap kasus Tn. W dengan diagnosa stroke non hemoragik selama tiga hari pada tanggal 7-9 November 2022 antara lain: Mengkaji keadaan umum dan memonitor ttv; Memonitor status neurologis dan status pernafasan; Mempertahankan suhu tubuh normal pada pasien; Mengidentifikasi penyebab dan tanda gejala peningkatan TIK; Memberikan terapi obat; Menyediakan lingkungan yang tenang dan memberi posisi semi fowler; Memberikan terapi obat pada pasien; Menyediakan lingkungan yang tenang dan memberi posisi semi fowler; Mengidentifikasi adanya keluhan nyeri atau fisik lainnya; Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi; Mengajarkan mobilisasi sederhana yang bisa dilakukan pasien (ROM); Mengidentifikasi kemampuan dalam melakukan pergerakan; Mengajarkan untuk melakukan pergerakan dini secara perlahan; Memonitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi; Memfasilitasi aktivitas mobilisasi (pagar tempat tidur), dengan melibatkan keluarga untuk membantu pasien; Mengidentifikasi factor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh; Mengorientasikan ruangan pada pasien dan keluarga pasien; Memastikan roda bed terkunci; Mengajarkan pasien dan keluarga pasien untuk memanggil perawat jika perlu sesuatu.

5. Evaluasi

Hidayat (2018) menjelaskan, evaluasi keperawatan adalah cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai dan terlaksana atau tidak. Dalam pendokumentasian evaluasi ini penulis menggunakan pendekatan kriteria SOAP, yaitu: S (Subyektif), untuk mengetahui data subyektif; O (Obyektif), untuk mengetahui data obyektif; A (Assesment), menggambarkan apakah masalah

sudah teratasi atau belum; P (Planning), membuat rencana tujuan dan tindakan keperawatan.

Evaluasi yang diperoleh setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x8 jam pada tanggal 7-9 November 2022 adalah sebagai berikut:

- a. S: Pasien mengatakan ekstremitas kiri masih lemah namun sudah mampu menggerakkan ekstremitas kiri sedikit-sedikit
- b. O: Pasien dan keluarga pasien tampak kooperatif
Tampak adanya peningkatan dalam pergerakan pasien
Kesadaran CM
TTV: TD: 150/9 mmHg; N: 94x/mnt; S: 36,9°C; R: 22x/mnt; SpO2: 99%
Tonus otot:

5	3
5	2
- c. A: Masalah belum teratasi
- d. P: Lanjutkan intervensi
Monitoring ttv dan status neurologis
Ubah posisi pasien 2 jam sekali
Edukasi keluarga agar dapat melatih pasien mobilisasi mandiri
Anjurkan untuk memanggil perawat apabila membutuhkan sesuatu

B. Saran

Dengan memperhatikan kesimpulan diatas, penulis dapat memberikan saran sebagai berikut:

1. Praktis

a. Bagi Pasien/Pasien

Diharapkan pasien dan keluarga pasien mampu merawat dan mengendalikan faktor risiko secara mandiri sehingga pasien mendapatkan keberlangsungan hidup lebih sejahtera.

b. Bagi Perawat

Diharapkan perawat meningkatkan performa praktik keperawatan mandiri dan lebih banyak menerapkan intervensi tindakan mobilisasi secara mandiri sesuai dengan aktivitas keperawatan yang telah dianjurkan dan telah dibuktikan dengan berbagai penelitian, sehingga pelayanan yang diberikan akan lebih optimal dan mampu meningkatkan kualitas hidup pasien.

c. Bagi RSUD Wonosari

Diharapkan rumah sakit dapat meningkatkan mutu pelayanan, dengan cara menambah wawasan dan praktik pelayanan kesehatan khususnya pada kasus pasien pasien dengan stroke.

d. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan dapat menjadi acuan dan menambah informasi berupa gambaran asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik melalui praktek klinik dan pembuatan studi kasus. Studi kasus ini juga memiliki beberapa kelemahan, yaitu kurangnya waktu dalam melakukan intervensi serta kurangnya data penunjang. Sehingga penulis selanjutnya diharapkan dapat melakukan intervensi serupa dengan jangka waktu yang lebih lama dan mengkaji data penunjang agar acuan untuk tindakan keperawatan lebih konkrit.