

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Dari hasil penerapan proses keperawatan yang penulis lakukan pada Ny S dengan cedera kepala ringan di ruang Cepaka RSUD Wonosari gunung kidul yang dilaksanakan pada tanggal 02- 04 Februari 2019, penulis dapat mengambil keputusan sebagai berikut :

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

Hasil pengkajian pada Ny S dengan cedera kepala ringan di dapatkan data KU pasien lemah, kesadaran Composmetis, ada luka jahitan dikepala, rambut terlihat kusut dan saat diwawancara napas pasien bau dan juga pasien mengeluh pusing cekot-cekot. Hasil pemeriksaan penunjang di dapat CT Scan terdapat adanya edema serebri serta hematoma intracranial dan dari hasil laboratorium didapatkan hasil AL 11.5, Neutrofil 86.2.

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

Pada pengambilan diagnose keperawatan pada Ny S penulis menemukan tiga diagnosa keperawatan, diagnose yang ada pada teori dan muncul pada kasus Ny S yaitu diagnose pertam resiko ketidakefetipan perfusi jaringan otak berhubungan dengan penurunan aliran darah ke otak, diagnose ke dua defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dan diagnose ketiga yaitu resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka terbuka.

##### **3. Intervensi keperawatan**

Pada implementasi sebagian besar sudah sesuai dengan rencana tindakan, untuk diagnosa resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan penurunan aliran darah ke otak adalah Monitor TTV, Pertahankan paranets hemodynamic, tinggikan kepala 0-30° terantung kondisi pasien., catat perubahan stimulus, kaji adanya nyeri kepala, observasi kondisi fisik, berikan oksigen sesuai intruksi., ajarkan untuk tetap menggunakan O2 selama aktif dan tidur.untuk diagnose ke dua yaitu deficit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan adalah Monitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri., monitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan, sediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk

melakukan self-care, dorong klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki, dorong untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya, ajarkan klien/keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya, berikan aktivitas rutin sehari-hari sesuai kemampuan., pertimbangkan usia klien jika mendorong pelaksanaan aktivitas sehari-hari sedangkan untuk diagnosa ketiga yaitu resiko infeksi berhubungan dengan luka terbuka rencana tindakan adalah monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal, monitor kerentanan terhadap infeksi, inspeksi kulit dan membrane mukosa terhadap kemerahan, gunakan sabun anti mikrobia untuk cuci tangan, pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat, berikan perawatan luka, inspeksi kondisi luka

#### 4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan sudah sesuai dengan rencana tindakan. Untuk resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan penurunan aliran darah ke otak, tindakan yang sudah dilakukan adalah memonitor vital sign, kaji adanya nyeri kepala, mengobservasi kondisi fisik, memberikan oksigen sesuai instruksi, mengajarkan untuk tetap menggunakan oksigen selama tidur, berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi obat, untuk diagnosa ke dua yaitu deficit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, tindakan yang sudah dilakukan adalah Monitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri., monitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan, dorong untuk melakukan secara mandiri namun beri bantuan diagnosa yang ke tiga yaitu resiko infeksi berhubungan dengan luka terbuka, tindakan yang sudah dilakukan adalah memonitor tanda dan gejala infeksi, mempertahankan lingkungan aseptik saat perawatan luka, melakukan perawatan luka setiap hari, menginspeksi kondisi luka untuk melihat adanya tanda tanda infeksi.

#### 5. Evaluasi keperawatan

Masalah resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan penurunan aliran darah ke otak sudah teratasi sebagian dimana kondisi pasien sudah membaik, pasien sudah terlihat bugar dan pasien masih mengeluh pusing. Untuk diagnose ke dua yaitu deficit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan sudah teratasi dengan hasil pasien sudah bisa melakukan ADL secara

mandiri, jndeks barthel 19 yang artinya pasien sudah mandiri, sedangkan diagnose ke tiga yaitu resiko infeksi berhubungan dengan luka terbuka sudah teratasi dengan hasil keadaan luka pasien sudah mongering dan tidak ada tanda tanda infeksi.

## B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas setelah penulis melakukan asuhan keperawatan, berinteraksi dengan pasien dan tim kesehatan lainnya, penulis memberikan saran sebagai berikut :

### 1. Untuk akademik

Laporan studi kasus ini di harapkan dapat digunakan sebagai masukan dan bahan pertimbangan di bidang keperawatan dalam hal tentang asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami cedera kepala ringan

### 2. Pasien dan keluarga

Keluarga diharapkan untuk memberikan support atau dukungan pada anak untuk proses peyembuhan, keluarga harus aktif mencari informasi-informasi kesehatan, memberikan motivasi pada pasien agar selalu control setelah pulang dari rumah sakit.

### 3. Penulis

Dengan laporan studi kasus ini penulis dapat menerapkan asuha keperawatan dengan masalah cedera kepala ringan sesuai dengan teori yang didapat dari bangku kuliah serta menambahkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala ringan.