

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Laporan tugas akhir ini memberikan gambaran asuhan keperawatan dengan kasus stroke non hemoragik pada Tn.A dengan gangguan oksigenisasi di ruang syaraf RSUD HM Mayjend Ryacudu Kotabumi Lampung Utara dari pengkajian hingga evaluasi dari tanggal 11-13 Maret 2021.

1. Pengkajian

Berdasarkan data yang ditemukan pada saat pengkajian Tn.A sebagai berikut : Saat dilakukan pengkajian pasien tidak sadarkan diri, anggota tubuh tidak bisa di gerakan, kesadaran jumlah GCS 4 (E2M1V1) sopor coma. Klien terpasang nasal kanul 3 L, klien tampak sesak dikarenakan adanya sekret, irama ireguler, pernafasan 28 x/menit, bunyi pernafasan gurgling, TD : 170/110 mmhg, nadi : 90x/m, suhu : 37,0 °C, klien tampak lemah, klien tampak pucat, rambut pasien berwarna hitam, terlihat lepek, kotor dan berminyak, klien sedikit berbau keringat, mulut klien tampak kotor dan klien tidak mampu melakukan aktivitas (mandi, mengenakan pakaian, makan dan ketoilet).

2. Diagnosa Keperawatan

Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekret yang tertahan ditandai dengan klien tampak sesak, frekuensi nafas 28 x/menit, pernafasan pendek dan dangkal, saat di periksa terdengar suara nafas tambahan (gurgling) dan terdapat sekret. Perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi ditandai dengan klien tidak sadarkan diri, anggota tubuh tidak bisa di gerakan, kesadaran menurun jumlah GCS 4 (E2M1V1) sopor coma, klien tampak lemah dan pucat, TD 170/100 mmhg, nadi : 90 x/m dan suhu : 37,0 °C. Defisit Perawatan Diri b.d Gangguan Neuromaskuler ditandai dengan

klien tidak mampu melakukan aktivitas (mandi, mengenakan pakaian, makan dan ke toilet).

3. Rencana keperawatan

Rencana keperawatan yang muncul sesuai dengan diagnosa keperawatan yaitu, bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan sekret yang tertahan di jalan nafas dengan label SLKI bersihan jalan napas serta dengan label SIKI manajemen jalan napas. Perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi dengan label SLKI perfusi serebral serta dengan label SIKI manajemen peningkatan tekanan intrakranial. Defisit perawatan diri b.d gangguan neuromuskuler dengan label SLKI perawatan diri serta dengan label siki dukungan perawatan diri.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan penulis sesuai dengan tindakan yang dilakukan berdasarkan aplikasi SDKI (2017), SLKI (2018) dan SIKI (2018). Implementasi yang diterapkan pada klien stroke non hemorogik terdiri dari beberapa kegiatan yang didalamnya terdapat tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan yang dilakukan mandiri yaitu : Memonitor frekuensi napas dan kedalaman napas, monitor bunyi napas tambahan (mengi, whezing dan ronckhi) pertahankan kepatenan jalan napas dengan headtilt chin, memberikan terapi oksigen nasal kanul 3L, melakukan suction / penghisapan, Memberikan posisi nyaman pada pasien yaitu posisi semi fowler, monitor Tanda Tanda Vital (monitor tekanan darah, monitor frekuensi, kekuatan dan irama nadi, monitor suhu tubuh), monitor tingkat kesadaran pasien, kurangi stimulus di lingkungan pasien, mengidentifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan oleh pasien, memonitor kebersihan tubuh klien (rambut, mulut, kuku dan bau badan), memonitor intrgritas kulit, menganjurkan keluarga untuk memandikan klien dengan wash lap menggunakan air hangat, menganjurkan keluarga untuk membersihkan mulut klien, menganjurkan keluarga untuk memotong kuku klien dan

menganjurkan keluarga untuk menggantikan pakaian jika berbau keringat. Kolaborasi yang diberikan yaitu pemberian obat injeksi serta oral.

5. Evaluasi

Hasil evaluasi setelah dilakukan asuhan keperawatan pada Tn. A dengan diagnosa medis stroke non hemoragik selama tiga hari 11-13 maret 2021, penulis menunjukkan adanya kemajuan sesuai dengan tujuan, semua diagnosa diperoleh hasil bersihan jalan napas tidak efektif hanya teratasi sebagian, keluarga mengatakan suara nafas pasien masih sedikit terganggu karena masih terdapat cairan/secret, pernafasan : 25 x/menit, pernafasan pendek dan dangkal, bunyi nafas gurgling berkurang dan klien masih terpasang oksigen nasal kanul 3 L. perfusi jaringan serebral tidak efektif masalah belum teratasi dibuktikan dengan kesadaran klien masih koma, nilai GCS 5 E2M2V1 dan Tekanan darah 160/90 mmHg. Defisit perawatan diri masalah teratasi sebagian dibuktikan dengan keluarga sudah memandikan klien sehingga bau keringat berkurang, memotong kuku klien, sudah membersihkan mulut klien, serta mengganti pakaian klien.

B. Saran

1. Bagi RSUD HM Mayjend Ryacudu Kotabumi Lampung Utara
 - a. RSUD HM Mayjend Ryacudu Kotabumi Lampung Utara
Khususnya di ruang syaraf diharapkan perawat dapat memberikan pendidikan kesehatan pada kasus stroke dengan melibatkan keluarga dalam asuhan keperawatan seperti mengajarkan keluarga untuk memenuhi kebutuhan personal hygiene klien.
 - b. Rumah sakit lebih memperhatikan sarana dan prasarana dirumah sakit guna untuk menunjang proses penyembuhan pasien seperti oximeter (alat pengukur kadar oksigen dalam darah / SPO2, alat ini dibutuhkan untuk mendeteksi dini apakah pasien mengalami hipoksia atau tidak).

2. Bagi Prodi Keperawatan Kotabumi

Hendaknya institusi meningkatkan jumlah referensi buku buku edisi terbaru khususnya tentang stroke agar mempermudah mahasiswa membuat laporan.