

## **BAB VI**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian gambaran asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik di Ruang Sahadewa RSUD Sanjiwani Gianyar dapat disimpulkan beberapa hal, sebagai berikut :

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

Hasil pengkajian keperawatan pada kedua dokumen subyek tidak ditemukan data subjektif mayor, melainkan dalam dokumen pasien ditemukan data subjektif minor yaitu nyeri saat bergerak pada dokumen subyek pertama. Data objektif mayor yang ditemukan pada kedua dokumen subyek antara lain kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, sedangkan data objektif minor yang ditemukan yakni fisik lemah. Dari hasil pengkajian, kedua dokumen subyek memiliki kesamaan pada data objektif. Berdasarkan hasil penelitian kedua dokumen subyek tersebut terkaji 67% tanda gejala mayor dan 28% tanda gejala minor.

##### **2. Diagnosis keperawatan**

Hasil perumusan diagnosis keperawatan terdapat kesamaan pada masalah (*problem*) dan penyebab (*etiology*), yaitu kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neurologis. Diagnosis keperawatan yang ditegakkan di Ruang Sahadewa RSUD Sanjiwani Gianyar hanya pada komponen *Problem* dan *etiologi* saja tanpa dilengkapi dengan tanda dan gejala (*sign and symptom*). Maka berdasarkan data tersebut kedua dokumen subyek hanya merumuskan 6,2% dari data perumusan diagnosis keperawatan yang mengacu pada teori acuan peneliti.

### **3. Perencanaan keperawatan**

Perencanaan keperawatan pada kedua dokumen subyek terdapat perbedaan dengan acuan teori yang digunakan namun terdapat beberapa rencana keperawatan yang memiliki arti sama. Hal ini dikarenakan acuan yang digunakan di Ruang Sahadewa RSUD Sanjiwani Gianyar yaitu *Nursing Interventions Classification* (NIC) dan *Nursing Outcome Classification* (NOC) sedangkan acuan teori yang digunakan peneliti adalah Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Maka berdasarkan hasil penelitian tersebut hanya 54% data perencanaan keperawatan yang di dokumentasikan sesuai dengan acuan teori.

### **4. Implementasi keperawatan**

Implementasi keperawatan pada kedua dokumen subyek terdapat kesamaan. Namun, terdapat beberapa tindakan yang tidak didokumentasikan pada kedua dokumen subyek karena dianggap sudah menjadi satu dengan tindakan keperawatan yang lain serta ada tindakan keperawatan yang tidak direncanakan namun dilakukan, tindakan tersebut dilakukan karena dianggap penting oleh perawat. Berdasarkan kedua dokumen subyek dengan acuan teori terdapat perbedaan dikarenakan penggunaan acuan teori dalam perumusan perencanaan keperawatan yang berbeda. Maka berdasarkan hasil penelitian tersebut hanya 54% data implementasi keperawatan yang sesuai dengan acuan teori.

### **5. Evaluasi keperawatan**

Evaluasi keperawatan pada kedua dokumen subyek dengan teori acuan yang digunakan terdapat perbedaan pada komponen A (*assesment*). Format evaluasi keperawatan pada bagian A (*analisis/assessment*) masih tampak berbeda

dengan acuan teori peneliti, dimana pada bagian analisis dicantumkan masalah keperawatan pasien. Hal ini terjadi karena di setiap rumah sakit khususnya di Ruang Sahadewa RSUD Sanjiwani Gianyar memiliki standar khusus sesuai dengan keadaan pasien yang berbeda dengan acuan teori peneliti. Maka berdasarkan hasil penelitian tersebut hanya 10% data evaluasi keperawatan yang mengacu pada acuan teori peneliti.

## **B. Saran**

Berdasarkan hasil penelitian yang telah didapatkan, adapun beberapa saran yang ingin penulis sampaikan sehingga dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan diantaranya perawat sudah melakukan dokumentasi keperawatan mengenai asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik mulai dari pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan dengan teori yang telah disampaikan baik dari pengkajian keperawatan sampai dengan evaluasi keperawatan. Adapun beberapa saran yang diberikan kepada perawat pelaksana adalah:

1. Pengkajian keperawatan sebaiknya data yang dikaji lebih lengkap dan disesuaikan dengan teori Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)
2. Perumusan diagnosis keperawatan sebaiknya menggunakan teori Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) dengan format *Problem, Etiologi,* dan *Symptom* (PES)
3. Perencanaan keperawatan pada pasien gagal ginjal kronis ini disarankan menggunakan teori Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) pada tujuan

dan kriteria hasil dan teori Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) pada intervensi keperawatan.

4. Implementasi keperawatan setiap tindakan sebaiknya didokumentasikan secara lengkap sebagai validasi dokumen
5. Evaluasi keperawatan sebaiknya semua indikator pada teori Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) didokumentasikan pada format SOAP yang digunakan.