

BAB IV PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil laporan kasus asuhan keperawatan pada Ny. Y dengan masalah Gangguan Integritas Kulit/Jaringan dan Risiko Infeksi dengan diagnosis medis Stroke Non Hemoragik (SNH) di ruang Anggrek RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes, dapat disimpulkan bahwa:

1. Pengkajian :

Berdasarkan pengkajian keperawatan pada kasus Ny. Y menunjukkan adanya penurunan kesadaran (sopor), imobilisasi fisik akibat stroke non hemoragik, serta luka dekubitus grade II pada area bokong. Data diperoleh melalui observasi, pemeriksaan fisik, dan wawancara keluarga, didukung hasil pemeriksaan penunjang.

2. Diagnosa :

Berdasarkan hasil pengkajian pada kasus nyata Ny. Y, ditetapkan diagnosis keperawatan yaitu **gangguan integritas kulit/jaringan** dan **risiko infeksi**. Diagnosa tersebut sesuai dengan kondisi klinis pasien yang mengalami penurunan kesadaran, imobilisasi fisik, serta adanya luka dekubitus grade II pada area bokong. Penetapan diagnosa ini telah tepat karena berfokus pada masalah aktual dan risiko yang paling prioritas, sehingga menjadi dasar dalam penentuan intervensi keperawatan yang berorientasi pada perawatan luka dan pencegahan komplikasi lebih lanjut.

3. Intervensi :

Intervensi keperawatan pada kasus nyata Ny. Y difokuskan pada penanganan gangguan integritas kulit dan pencegahan risiko infeksi akibat imobilisasi dan luka dekubitus. Tindakan yang direncanakan meliputi perawatan luka dekubitus secara rutin dengan teknik aseptik,

reposisi pasien setiap dua jam, pemantauan kondisi luka dan tanda-tanda infeksi, serta edukasi kepada keluarga. Intervensi tersebut telah disesuaikan dengan kondisi klinis pasien dan menjadi upaya utama untuk mencegah perburukan luka serta komplikasi lanjutan.

4. Implementasi

Implementasi keperawatan pada kasus nyata Ny. Y yaitu perawatan luka dekubitus dengan teknik aseptik, perubahan posisi pasien secara berkala setiap dua jam, pemantauan tanda-tanda vital dan kondisi luka, serta pemberian edukasi kepada keluarga. Pelaksanaan tindakan dilakukan secara bertahap selama masa perawatan dan disesuaikan dengan kondisi pasien yang mengalami penurunan kesadaran dan ketergantungan total. Implementasi ini berperan dalam menjaga kondisi luka tetap terkontrol dan mencegah terjadinya infeksi, meskipun asuhan keperawatan masih perlu dilanjutkan.

5. Evaluasi

Setelah dilakukan perawatan selama 3 hari, evaluasi keperawatan pada kasus nyata Ny. Y menunjukkan bahwa setelah dilakukan perawatan luka dan reposisi secara rutin, kondisi luka dekubitus mengalami perbaikan bertahap ditandai dengan berkurangnya kemerahan, tidak adanya rembesan, serta tidak ditemukan tanda infeksi. Tanda-tanda vital pasien masih dalam batas stabil, tetapi tingkat kesadaran belum sepenuhnya membaik dan kondisi luka belum mengalami penyembuhan secara optimal. Hal ini menunjukkan bahwa tujuan keperawatan belum sepenuhnya tercapai sehingga intervensi dan implementasi keperawatan perlu dilanjutkan secara berkesinambungan untuk mencapai hasil yang optimal.

4.2 Saran

1. Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan

Rumah sakit diharapkan untuk mengambil bagian aktif dalam mendukung layanan keperawatan dengan memastikan alat dan bahan perawatan luka cukup dan sesuai kebutuhan pasien. Selain itu, rumah sakit

sebaiknya meningkatkan pengawasan pelaksanaan perawatan luka oleh perawat agar tindakan yang dilakukan mengikuti prosedur yang telah ditetapkan dan dapat mengurangi risiko terjadinya komplikasi luka. Bagi Pelayanan Keperawatan

2. Bagi Institusi Pendidikan

Karya tulis ini diharapkan dapat menjadi sumber referensi tambahan bagi mahasiswa keperawatan dalam proses pembelajaran, khususnya yang berkaitan dengan penatalaksanaan ulkus dekubitus. Diharapkan juga agar lembaga pendidikan dapat meningkatkan pembelajaran klinis yang mengacu pada praktik keperawatan terbaru, sehingga mahasiswa dapat meningkatkan keterampilan klinis serta kemampuan berpikir kritis saat memberikan perawatan keperawatan di lokasi praktik.

3. Bagi Pelayanan Keperawatan

Perawat diharapkan untuk terus memperbaiki kualitas perawatan luka dekubitus dengan menggunakan cara perawatan yang aman dan sesuai dengan SOP yang ada. Hal ini mencakup menjaga kebersihan dan kesterilan saat melakukan tindakan. Di samping itu, penting bagi perawat untuk terus memantau keadaan luka dengan memperhatikan perubahan ukuran, kondisi jaringan, jumlah eksudat, dan reaksi luka terhadap perawatan, agar proses penyembuhan bisa dievaluasi dengan tepat.

4. Bagi Keluarga

Keluarga Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan mengenai cara pencegahan dan perawatan luka dekubitus pada pasien stroke non hemoragik. Keluarga perlu memperhatikan perubahan posisi pasien secara teratur setiap 2-3 jam, menjaga kebersihan dan kekeringan area luka, serta melakukan perawatan luka sesuai anjuran tenaga kesehatan agar luka tidak semakin parah. Selain itu, keluarga juga disarankan untuk aktif mencari informasi dan berkonsultasi dengan tenaga kesehatan mengenai perawatan luka dekubitus yang tepat sehingga proses penyembuhan dapat berjalan dengan lebih optimal.