

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Asuhan keperawatan yang dilakukan oleh penulis dilaksanakan pada tanggal 03 november 2021 dan 04 november 2021 Berdasarkan hasil analisa dan pembahasan pada bab sebelumnya dapat disimpulkan.

1. Pengkajian Keperawatan.

Bapak. S usia 38 tahun Tanggal lahir 01 Juli 1983 dengan No MR : 01.14.25.80. Jenis Kelamin Laki-Laki, berat badan 60 Kg, dengan tanda dan gejala di temukan hilangnya fungsi pada bowel tidak mengetahui apakah ada buang air besar atau tidak, pasien mengalami tetraparase, disertai dengan bradycardia dan pasien merasa takut akan kondisinya yang tidak dapat menggerakkan anggota tubuhnya bagian atas dan bawah.

2. Diagnosis keperawatan yang muncul pada kasus kelolaan.

Diagnosis keperawatan yang muncul pada bapak S setelah pengkajian ada 5 yaitu : Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (Mis. Trauma), Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Kerusakan Integritas Struktur Tulang, Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Gangguan Muskuloskeletal, Ansietas berhubungan dengan Krisis Situasional, Risiko Luka Tekan berhubungan dengan Penurunan Mobilisasi.

3. Perencanaan intervensi keperawatan.

Pada kasus bapak S menetapkan tujuan dengan beberapa indikator pencapaian masalah keperawatan yang utama yaitu nyeri akut berhubungan

dengan Agen Pencedera Fisik (Mis. Trauma). Adapun indikator tersebut adalah keluhan nyeri cukup menurn, meringis cukup menurun dan gelisah cukup menurun.

4. Implementasi intervensi keperawatan.

Yelah dilaksanakan dengan diagnosa utama yaitu nyeri akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (Mis. Trauma) adalah melakukan pengkajian nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi, mengamati reaksi non verbal dari ketidaknyamanan, menggunakan teknik komunikasi teraupetik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien, melakukan dan mengajarkan teknik penangan nyeri secara non farmakologi (pemberian terapi musik religi), berkolaborasi dengan tim kesehatan lain untuk pemberian analgesik, mengevaluasi respon klien setelah diberikan tindakan keperawatan.

5. Evaluasi yang didapatkan pada kasus kelolaan :

Evaluasi keperawatan pada bapak S dengan lima diagnosis keperawatan yang ditemukan selama perawatan di ruangan ICU dapat disimpulkan sebagai berikut :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pncedera fisik (mis. Trauma) teratasi sebagian dan intervensi keperawatan di pertahankan
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang belum teratasi dan intervensi keperawatan di pertahankan

- c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal belum teratasi dan intervensi keperawatan di pertahankan
 - d. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional teratasi sebagian dan intervensi keperawatan dihentikan
 - e. Risiko luka tekan berhubungan dengan penurunan mobilisasi teratasi sebagian dan intervensi keperawatan di pertahankan
6. Evaluasi intervensi inovasi terapi musik religi

Sebelum di lakukan terapi musik religi di dapatkan skala nyeri pada pasien 7 dengan TTV dan hasil TD: 141/65 mmHg, MAP: 93 mmHg, Nadi: 56 kali per menit, dan RR: 20 kali per menit. Dan setelah pasien diberikan terapi musik religi selama ± 15 menit, di dapatkan hasil skala nyeri yang turun menjadi 5 dengan TTV dan hasil TD: 135/64 mmHg, MAP: 88 mmHg, Nadi: 58 kali per menit, RR: 22 kali per menit. Terdapat penurunan skala nyeri sebanyak 2 pada intensitas nyeri yang dirasakan bapak S.

B. Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan
 - a. Mengembangkan program belajar mengajar dan menambah referensi perpustakaan serta menjadi dasar untuk penelitian keperawatan lebih lanjut.
 - b. Menyediakan bahan bacaan bagi mahasiswa keperawatan guna menambah pengetahuan terapi musik religi terhadap pasien dengan *spinal cord injury*
2. Bagi Profesi perawat
 - a. Saran dari peneliti untuk profesi perawat yang merawat pasien dengan

diagnosis medis *spinal cord injury* agar dapat memperbaiki standar operasional prosedur terapi musik religi sehingga dapat menjadi terapi non farmakologis yang dapat dipergunakan pada berbagai macam kasus pasien yang mengalami nyeri di rumah sakit selain penggunaan terapi medis obat-obatan analgetik dari dokter.

- b. Saran dari peneliti untuk profesi perawat yang merawat pasien dengan diagnosis medis *spinal cord injury* dengan diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik agar dapat melakukan *range of motion* setiap hari dan mengajarkan kepada keluarga sehingga pasien terhindar dari atropi otot dan keluarga mampu melakukan *range of motion* jika pasien sudah selesai perawatan di rumah sakit.
- c. Saran dari peneliti untuk profesi perawat yang merawat pasien dengan diagnosis medis *spinal cord injury* dengan diagnosis keperawatan defisit perawatan diri, dapat melibatkan keluarga agar mengerti cara merawat keluarganya yang sakit dan memenuhi kebutuhan dasarnya seperti mandi, makan, minum dan berhias serta mengajarkan pada keluarga bagaimana cara melakukan log roll untuk pemindahan pasien yang baik agar terhindar dari memperparah cedera pada servikalnya.
- d. Saran dari peneliti untuk profesi perawat yang merawat pasien dengan diagnosis medis *spinal cord injury* dengan diagnosis keperawatan ansietas, dapat memberikan ketenangan dengan berbagai macam terapi relaksasi serta membantu pasien dalam memahami masalah yang sedang dialaminya.

- e. Saran dari peneliti untuk profesi perawat yang merawat pasien dengan diagnosis medis *spinal cord injury* dengan diagnosis keperawatan risiko luka tekan, perawat melakukan pencegahan luka tekan dengan memberikan kasur dekubitus dan kemudian mengajarkan kepada keluarga bagaimana perawatan jika terjadi dekubitus pada pasien.
3. Bagi pasien dan keluarga

Pasien disarankan mengikuti arahan yang diberikan oleh perawat untuk membantu dalam proses perawatan di rumah sakit dan keluarga agar bisa terlibat dalam proses perawatan yang dalam memenuhi kebutuhan dasar pasien agar memahami cara merawat anggota keluarga nya jika sudah selesai perawatan di rumah sakit.