BAB 5

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Pelaksanaan proses pengkajian terutama untuk merumuskan diagnosa keperawatan diperlukan kecermatan , ketelitian , kepekaaan dalam menggali data yang valid dan dapat dianalisa menjadi masalah yang benarbenar terjadi pada klien.

Disamping adanya reaksi-reaksi verbal dari klien terdapat data-data yang diberikan, reaksi non verbal dari klien juga mendukung perawat untuk mengumpulkan data. Reaksi non verbal dapat disebabkan oleh beberapa sebab diantaranya klien merasa takut mengungkapkan atau malu dan ada kemungkinan klien merahasiakan karena masalah keluarga.

Pada pengkajian Tn.K tanda dan gejala yang muncul yaitu diare, mual setelah makan, panas dirasakan pada malam hari, gangguan tidur

Pada diagnosa keperawatan terdapat 3 diagnosa keperawatan pada klien Tn.K yaitu Defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif ditandai dengan Pasien mengatakan sudah diare 3 hari, BAB lebih dari 4-5 kali dengan konsistensi encer, Pasien tampak pucat, mukosa bibir kering, turgor kulit menurun, mata cowong, Tekanan darah: 120/80 mmHg, Suhu: 38°C, Nadi: 110x/menit, Respiratori: 20x/menit, diagnosa kedua Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan Pasien mengeluh badan panas, Tekanan darah: 120/80 mmHg, Suhu: 38°C, Nadi: 110x/menit, Respiratori: 20x/menit, dan diagnosa ketiga Gangguan pola tidur berhubungan dengan peningkatan suhu

tubuh ditandai dengan Pasien mengatakan tidur >6 jam setiap hari, pasien sulit tidur, tidur tidak nyenyak, pasien sering terbangun karena badan terasa panas, mata pasien tampak cowong, pasien tampak mengantuk dan lemas, muka pucat. Perumusan diagnosa ini berdasarkan dari hasil pengkajian dan urutan prioritas masalah berdasarkan masalah yang harus di atasi terlebih dahulu dari hal yang mengacam jiwa dan menganggu fungsi kesehatan

Pada perencanaan terdapat suatu rencana tindakan yang dilakukan dan perencanaan pada masalah tersebut sesuai dengan hasil pengkajian pasien

Pada pelaksanaan terdapat semua rencana tindakan yang sudah direncanakan dan dapat dilakukan. Pasien sangat kooperatif dan dapat di ajak bekerjasama.

Pada evaluasi keperawatan untuk Diagnosa pertama Defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif ditandai dengan Pasien mengatakan sudah diare 3 hari, BAB lebih dari 4-5 kali dengan konsistensi encer, Pasien tampak pucat, mukosa bibir kering, turgor kulit menurun, mata cowong, Tekanan darah: 120/80 mmHg, Suhu: 38°C, Nadi: 110x/menit, Respiratori: 20x/menit, tujuan keseimbangan volume cairan terpenuhi. Diagnosa kedua Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan Pasien mengeluh badan panas, Tekanan darah: 120/80 mmHg, Suhu: 38°C, Nadi: 110x/menit, Respiratori: 20x/menit, tujuan suhu dalam batas normal 36ºC – 37,5ºC. Diagnosa ketiga Gangguan pola tidur berhubungan dengan peningkatan suhu tubuh ditandai dengan Pasien mengatakan tidur >6 jam setiap hari, pasien sulit tidur, tidur tidak nyenyak, pasien sering terbangun karena badan terasa panas, mata pasien tampak

cowong, pasien tampak mengantuk dan lemas, muka pucat, tujuan setelah dilakukan tindakan pasien dapat tidur dengan nyanyak

5.2 Saran

a. Bagi Instansi Kesehatan (RS)

   Hasil penelitian ini diharapakan dapat digunakan sebagai pengetahuan tambahan sehingga pembaca lebih memahami tentang asuhan keperawatan lansia dengan gastroenteritis akut serta di informasikan kembali pada orang lain atau teman sejawat.

b. Bagi Peneliti

   Agar tetap berperan aktif dalam pemberian informasi dan motivasi dengan mengadakan penyuluhan tentang masalah depresi pada umumnya serta asuhan keperawatan lansia dengan gastroenteritis akut pada khususnya.