

## BAB 5

### SIMPULAN DAN SARAN

#### 5.1 Simpulan

##### 5.1.1. Data fokus

Pasien mengungkapkan tangan kiri dan kaki kirinya tidak bisa digerakkan dengan skala kekuatan otot  $\frac{5}{5} | \frac{0}{0}$ . Pasien mandi, berpakaian, oral hygiene, buang air kecil dan buang air besar dibantu oleh perawat secara *total care*. Pasien bicara pelo, ada gangguan menelan, kesadaran pasien komposmentis, pupil isokor normal kanan dan kiri, refleks cahaya +/+ dengan diameter 3 mm/3 mm. Hasil kesimpulan pemeriksaan CT scan kepala tanpa kontras adalah sub acute to chronic infarction di basal ganglia dan corona radiata kanan.

##### 5.1.2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan yang ditemukan pada pasien dengan diagnosa medis stroke iskemik yaitu:

- 1) Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme.
- 2) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan pasien mandi, berpakaian, oral hygiene, dan BAK dibantu oleh perawat secara *total care*
- 3) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral dibuktikan pasien bicara pelo, pasien bicara mendengung dan bervolume pelan.
- 4) Risiko perfusi serebral berhubungan dengan penurunan mobilisasi.
- 5) Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan serebrovaskular dibuktikan dengan pasien mengungkapkan ada kesulitan menelan, saat

minum dan makan pasien menelan dengan pelan-pelan, setelah makan dan minum pasien batuk, terkadang tersedak.

### 5.1.3. Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan yang telah dilakukan pada masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif adalah mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK, memonitor tanda/gejala peningkatan TIK, memonitor intake dan output cairan setiap 3-4 jam sekali, menyediakan lingkungan yang tenang, menghindari manuver valsava, mencegah terjadinya kejang, memonitor ireguleritas irama napas, memonitor respon pupil, mempertahankan posisi kepala dan leher netral, mengatur interval pemantauan, mendokumentasikan hasil pemeriksaan, menjelaskan tujuan pemantauan, menjelaskan prosedur pemantauan, menginformasikan hasil pemantauan, kolaborasi dalam pemberian terapi neuroprotektor Brainact 500 mg 2x1 IV, terapi trombolitik Diviti 25 mg 1x1 SC, dan terapi antiplatelet Plavix 75mg 1x1 PO.

Perencanaan keperawatan yang telah dilakukan pada masalah keperawatan defisit perawatan diri adalah mengidentifikasi kebiasaan buang air kecil/buang air besar, memonitor integritas kulit, membuka pakaian untuk memudahkan eliminasi, membersihkan alat bantu buang air kecil/buang air besar, menyediakan alat bantu (urinal dan pispot), mengidentifikasi usia dan budaya dalam berpakaian, menyediakan pakaian pribadi sesuai kebutuhan, memfasilitasi mengenakan pakaian, memfasilitasi berhias (menyisir rambut), menginformasikan pakaian yang tersedia untuk dipilih, memonitor kebersihan tubuh (rambut, mulut, kuku, dan kulit), menyediakan peralatan mandi (sabun, sikat gigi, shampoo), menyediakan lingkungan yang aman nyaman, memfasilitasi menggosok gigi,

memfasilitasi mandi, mempertahankan kebiasaan kebersihan diri, mengajarkan kepada keluarga cara memnadikan pasien.

Perencanaan keperawatan yang telah dilakukan pada masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal adalah memonitor cara berbicara (kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, diksi), memonitor proses kognitif yang berkaitan dengan bicara, memonitor hal yang mengganggu bicara (perasaan marah, frustrasi, depresi), mengidektifikasi perilaku emosional serta fisik sebagai bentuk komunikasi, menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan, memodifikasi lingkungan, mengulangi apa yang disampaikan pasien, memberikan dukungan psikologis, menganjurkan berbicara pelan, mengajarkan teknik mengunyah atau menelan.

Perencanaan keperawatan yang telah dilakukan pada masalah risiko luka tekan adalah memeriksa adanya luka tekan, memonitor status kulit, memonitor sumber tekanan dan gesekan, mengeringkan daerah kulit yang lembab, mengubah posisi setiap 1-2 jam, membuat jadwal perubahan posisi, memberikan bantal pada titik tekan atau tonjolan tulang, menjaga spreii tetap kering, menjelaskan tanda-tanda kerusakan kulit, menganjurkan cara merawat kulit, mengajurkan melapor jika menemukan tanda-tanda kerusakan kulit.

Perencanaan keperawatan yang telah dilakukan pada masalah gangguan menelan adalah mengidentifikasi diet yang dianjurkan, memonitor kemampuan menelan, memonitor status hidrasi pasien, menciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan, mengatur posisi yang nyaman untuk makan/mium, melakukan *oral hygiene* sebelum makan, menyediakan sedotan untuk minum, menyiapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan, memberikan

bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, memonitor bunyi napas setelah makan/minum, membeirkan makanan dengan ukuran kecil/lunak, memberikan obat oral dala bentuk cair, menganjurkan makan secara perlahan, mengajarkan strategi mencegah aspirasi.

#### 5.1.4. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan yang didapatkan pada masalah keperawatan risiko perfusi serebal masalah teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam dengan hasil sesuai kriteria hasil tekanan darah 120/80 mmHg, tingkat kesadaran komposmentis, pupil isokor kanan dan kiri, refleks cahaya +/+ dengan diameter 3 mm/3 mm, frekuensi pernapasan 20x/menit.

Evaluasi keperawatan yang didapatkan pada masalah keperawatan defisit perawatan diri masalah tidak teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam dengan hasil tidak sesuai kriteria hasil pasien mandi, berpakaian serta oral hygiene dibantu oleh perawat secara *total care*, pasien BAK dibantu oleh keluarga dan perawat menggunakan urinal, pasien BAB dibantu oleh perawat menggunakan pispot.

Evaluasi keperawatan yang didapatkan pada masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal masalah tidak teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam dengan hasil tidak sesuai kriteria hasil pasien bicara pelo, artikulasi tidak jelas, pengucapan antar kalimat masih lambat, dan volume bicara pasien cenderung pelan.

Evaluasi keperawatan yang didapatkan pada masalah risiko luka tekan masalah teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam dengan hasil tidak kemerahan atau luka lecet, kulit lembab.

Evaluasi keperawatan yang didapatkan pada masalah keperawatan gangguan menelan masalah tidak teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam dengan hasil tidak sesuai kriteria hasil ada kesulitan menelan, terkadang tersedak.

## **5.2 Saran**

### **5.2.1 Bagi pasien dan keluarga**

Bagi pasien diharapkan untuk tidak mengejan, berusaha batuk setiap pagi secara perlahan, tidak bersin sambil menutup telinga serta hidung, dan tetap tirah baring (hanya boleh miring kiri, kanan, duduk maksimal 30°). Bagi keluarga diharapkan untuk mendukung dan membantu pasien dalam melakukan mobilitas, sehingga pasien mampu beradaptasi dengan kondisinya serta mampu melakukan aktivitas secara mandiri dengan bantuan minimal.