

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Pada bagian ini, penulis akan menjelaskan pencapaian tujuan dari studi kasus. Setelah dilakukan intervensi asuhan keperawatan pada kedua pasien stroke non hemoragik yang mengalami risiko dekubitus, diperoleh beberapa kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian yang dilakukan oleh penulis pada Kasus 1 dan Kasus 2 menunjukkan bahwa kedua pasien memiliki risiko mengalami luka tekan. Hal ini ditandai dengan adanya kelemahan otot sehingga pasien hanya dapat berbaring , adanya tekanan pada tonjolan tulang akibat kontak langsung dengan tempat tidur, kondisi kulit yang kering, serta kasus 1 dengan skor *Braden scale* 13 ( risiko sedang ) dan kasus 2 dengan skor *braden scale* 15 (risiko rendah) yang menunjukkan risiko untuk terjadinya dekubitus.
2. Diagnosis keperawatan yang ditegakkan pada kedua kasus adalah Risiko Luka Tekan. Penetapan diagnosa tersebut diperkuat oleh hasil pengkajian yang menunjukkan adanya keterbatasan mobilitas, posisi tirah baring, serta kulit yang rentan mengalami kerusakan. pasien juga mengalami keterbatasan pergerakan dan bergantung pada bantuan orang lain dalam menjalani aktivitas sehari-hari. Risiko luka tekan merupakan diagnosa umum pada pasien stroke non hemoragik, khususnya yang mengalami imobilitas. yang semakin memperkuat risiko gangguan integritas kulit.
3. Perencanaan asuhan keperawatan disusun dengan tujuan utama untuk mempertahankan dan meningkatkan integritas kulit dan jaringan. Kriteria hasil yang ingin dicapai meliputi: tidak terjadi kerusakan pada kulit, berkurangnya nyeri tubuh, tidak muncul kemerahan yang menetap, tidak terdapat tanda perdarahan maupun hematoma. Rencana keperawatan mencakup perubahan posisi secara berkala, perawatan kulit, monitoring area tekan, serta edukasi kepada keluarga atau perawat pendamping.

4. Tindakan keperawatan dilakukan oleh penulis selama tiga hari terhadap kedua pasien, dengan intervensi utama berupa pengaturan posisi miring kanan dan kiri setiap dua jam sekali. Tindakan ini bertujuan untuk mengurangi tekanan di satu area tubuh yang dapat menyebabkan luka tekan. Selain itu, dilakukan pula perawatan kulit harian, pemantauan integritas kulit secara berkala, dan edukasi mengenai pentingnya mobilisasi pasif serta peran keluarga dalam mencegah luka tekan.
5. Evaluasi keperawatan setelah tiga hari intervensi menunjukkan hasil yang baik. Kedua pasien tidak menunjukkan tanda-tanda luka tekan seperti kemerahan menetap, nyeri tekan, atau kerusakan jaringan. Kondisi kulit tetap utuh dan bersih, dan tidak ditemukan tanda-tanda dekubitus. Evaluasi ini menunjukkan bahwa intervensi perubahan posisi secara berkala efektif dalam mencegah luka tekan pada pasien stroke non hemoragik dengan kondisi tirah baring.

## **B. Saran**

Berdasarkan hasil studi kasus yang dilakukan selama tiga hari terkait pencegahan dekubitus pada pasien stroke non hemoragik, peneliti memberikan beberapa saran sebagai berikut:

1. Bagi Pasien

Peneliti berharap pasien dapat memahami kondisi kesehatannya serta mampu menerapkan langkah-langkah pencegahan luka tekan secara mandiri di rumah.

2. Bagi Rumah Sakit

Peneliti berharap karya tulis ilmiah ini dapat menjadi salah satu referensi tambahan yang bermanfaat dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan, khususnya dalam menangani pasien dengan risiko luka tekan.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Peneliti berharap karya tulis ini dapat digunakan sebagai bahan referensi dalam proses pembelajaran, terutama mengenai asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dalam mencegah terjadinya dekubitus.

#### 4. Bagi Peneliti

Peneliti memandang pengalaman ini sebagai kesempatan untuk menambah wawasan, informasi, serta keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan terkait pencegahan dekubitus pada pasien stroke non hemoragik.