

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PENCEGAHAN LUKA TEKAN PADA  
PASIEN DENGAN PENYAKIT STROKE DI RUANG STROKE RSUD M  
YUNUS BENGKULU TAHUN 2022**



**DISUSUN OLEH**

**SHANDI CESAR ANUGRAH**  
**NIM P0 5120421052**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU  
JURUSAN KEPERAWATAN  
PRODIPROFESI NERS  
TA 2021/2022**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

**ASUHAN KEPERAWATAN : PENCEGAHAN LUKA TEKAN PADA  
PASIEN DENGAN PENYAKIT STROKE DI RUANG STROKE RSUD M  
YUNUS BENGKULU 2022**

**Proposal ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat  
untuk memperoleh Gelar Profesi Ners (Ns)**

**DISUSUN OLEH :  
SHANDI CESAR ANUGRAH  
NIM. P05120421052**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU  
JURUSAN KEPERAWATAN BENGKULU  
PRODIPROFESI NERS  
TAHUN 2022**

## HALAMAN PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Shandi Cesar Anugrah

Nim : P05120421052

Judul KIAN : Asuhan Keperawatan Perawatan Pencegahan Luka Tekan Pada Pasien Stroke Di Ruang Stroke RSUD M Yunus Bengkulu 2022

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa karya ilmiah akhir ners ini adalah betul-betul hasil karya Saya dan bukan hasil penjiplakan dari hasil karya orang lain. Demikian pernyataan ini Saya buat dan apabila kelak dikemudian hari terbukti dalam karya ilmiah akhir ners ada unsur penjiplakan, maka Saya bersedia mempertanggung jawabkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Bengkulu, Mei 2022  
Yang Menyatakan,

**Shandi Cesar Anugrah**  
**NIM. P05120421052**

**HALAMAN PENGESAHAN**  
**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

Dengan Judul

**ASUHAN KEPERAWATAN PENCEGAHAN LUKA TEKAN PADA PASIEN  
DENGAN PENYAKIT STROKE DI RUANG STROKE RSUD DR.M.YUNUS  
BENGKULU TAHUN 2022**

Dipersiapkan dan dipersentasikan Oleh :

**SHANDI CESAR ANUGRAH**  
**NIM. P05120421052**

Karya Ilmiah Akhir Ners Ini Telah Diuji Dan Dinilai Oleh Tim Penguji Pada Sidang  
Karya Ilmiah Akhir Ners Program Studi Pendidikan Profesi Ners  
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu  
Pada tanggal 17 Juni 2022 dan dinyatakan

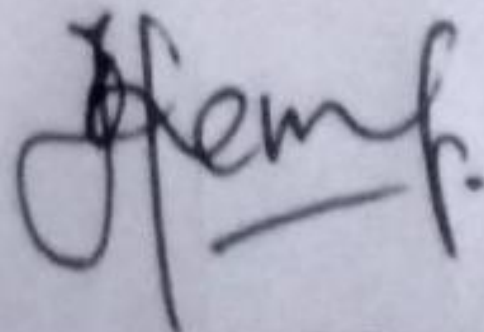
**LULUS**

Panitia Penguji

1. **Ns. Derison Marsinova Bakara, M.Kep**  
**NIP. 197112171991021001**
2. **Ns, Kheli Fitria Annuril, M.Kep. Sp. Kep. MAT**  
**NIP. 198307132010012008**
3. **Asmawati, S. Kp., M. Kep**  
**NIP. 19750202001122001**

(.....  
.....  
.....)

Mengetahui  
Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners Program Profesi  
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu



**Ns. Hermansyah, S.Kep, M.Kep**  
**NIP. 197507161997031002**

## KATA PENGANTAR

Puji Syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ners ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pencegahan Risiko Luka Tekan Pada Pasien Stroke di Ruang Stroke RSUD M Yunus Bengkulu 2022”

Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dari berbagai pihak, tugas akhir ini tidak dapat diselesaikan. Penulis banyak mendapatkan bantuan baik berupa informasi, data ataupun lainnya. Untuk itu, ucapan banyak terima kasih haturkan kepada:

1. Ibu Ns. Septiyanti, S.Kep., M.Pd, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
2. Bapak Ns. Hermansyah.,M.Kep, selaku Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
3. Ibu Asmawati,S.Kp.,M.Kep, selaku pembimbing yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk memberikan bimbingan dan arahan dengan penuh kesabaran dalam menyusun karya ilmiah akhir ners ini.
4. Seluruh tenaga pendidik dan kependidikan Jurusan Keperawatan, yang telah sabar mendidik dan membimbing selama satu tahun ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan karya ilmiah akhir ners ini,masih ada baik dari segi penulisan maupun penyusunan dan metodologi. Oleh karena itu, penulis mengharapkan saran dan kritikan dari berbagai pihak agar karya tulis ini dapat menjadi lebih baik dan.

Bengkulu, Mei 2022

Penulis

## DAFTAR ISI

|  |             |
|--|-------------|
| <b>HALAMAN JUDUL</b> .....   | <b>i</b>    |
| <b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....   | <b>ii</b>   |
| <b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....  | <b>iii</b>  |
| <b>KATA PENGANTAR</b> .....  | <b>iv</b>   |
| <b>DAFTAR ISI</b> .....  | <b>v</b>    |
| <b>DAFTAR GAMBARAN</b> .....   | <b>viii</b> |
| <b>DAFTAR TABEL</b> .....  | <b>ix</b>   |
| <b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....   | <b>x</b>    |
| <b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....   | <b>1</b>    |
| A. Latar Belakang .....  | 1           |
| B. Rumusan Masalah .....   | 4           |
| C. Tujuan Studi Kasus .....  | 4           |
| D. Manfaat Studi Kasus .....   | 4           |
| <b>BAB II TINJAUAN TEORITIS</b> .....  | <b>7</b>    |
| A. Konsep Dasar Stroke .....   | 7           |
| 1. Definisi .....  | 7           |
| 2. Klasifikasi Stroke. ....  | 7           |
| 3. Manifestasi Klinis . ....   | 9           |
| 4. Faktor Risiko .....   | 10          |
| 5. Patofisiologis Stroke . ....  | 12          |
| 6. Komplikasi Stroke .....   | 13          |
| 7. WOC/Patway Stroke. ....   | 14          |
| 8. Pemeriksaan Penunjang.....  | 14          |
| 9. Penatalaksanaan Keperawatan. ....   | 15          |
| B. Anatomi Fisiologi Integumen (Kulit).....  | 16          |
| 1. Definisi.....   | 16          |
| 2. Struktur Anatomi Kulit.....   | 17          |
| C. Konsep Dekubitus .....  | 18          |
| 1. Definisi.....   | 18          |
| 2. Faktor Resiko Luka Tekan.....   | 19          |
| 3. Klasifikasi Luka Tekan atau Dekubitus. ....   | 21          |
| D. Konsep Mobilitas Fisik.....   | 21          |
| E. Penelitian Terkait Upaya Pencegahan Risiko Luka Tekan atau Dekubitus<br>Pasien Stroke ..... | 23          |
| F. Asuhan Keperawatan Dalam Pemenuhan Pencegahan Risiko Luka Tekan<br>atau Dekubitus.....      | 29          |
| 1. Pengkajian Keperawatan.....   | 29          |
| 2. Diagnosa Keperawatan.....   | 35          |
| 3. Perencanaan Keperawatan.....  | 37          |

|  |           |
|--|-----------|
| 4. Implementasi Keperawatan.....                             | 39        |
| 5. Evaluasi Keperawatan .....                                | 39        |
| <b>BAB III METODELOGI.....</b>                               | <b>40</b> |
| A. Rencana Studi Kasus .....                                 | 40        |
| B. Subjek Studi Kasus. ....                                  | 40        |
| C. Definisi Oprasional. ....                                 | 41        |
| D. Tempat dan Waktu. ....                                    | 41        |
| E. Pengumpulan Data. ....                                    | 41        |
| F. Penyajian Data. ....                                      | 42        |
| G. Etika Studi Kasus. ....                                   | 42        |
| <b>BAB IV HASIL STUDI KASUS.....</b>                         | <b>44</b> |
| A. Gambaran Pengkajian Kebutuhan Pada Pasien Stroke. ....    | 44        |
| B. Gambaran Diagnosa Keperawatan.....                        | 52        |
| C. Gambaran Intervensi Perencanaan Diagnosa Keperawatan..... | 53        |
| D. Gambaran Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.....       | 55        |
| <b>BAB V PEMBAHASAN.....</b>                                 | <b>70</b> |
| A. Pengkajian .....  | 70        |
| B. Diagnosa Keperawatan.....                                 | 72        |
| C. Intervensi Perencanaan Keperawatan. ....                  | 73        |
| D. Implementasi Keperawatan.....                             | 74        |
| E. Evaluasi Keperawatan.....                                 | 77        |
| F. Keterbatasan Penelitian.....                              | 80        |
| <b>BAB VI PENUTUP.....</b>                                   | <b>81</b> |
| A. Kesimpulan . ....   | 81        |
| B. Saran.....  | 82        |

**DAFTAR PUSTAKA**  
**LAMPIRAN**

## DAFTAR GAMBARAN

| <b>No</b> | <b>Nama Gambaran</b>               | <b>Halaman</b> |
|-----------|------------------------------------|----------------|
| 2.1       | Stroke Hemoragik dan Non Hemaragik | 9              |
| 2.2       | Kulit dan Bagian-Bagiannya         | 16             |
| 2.3       | Anatomi Kulit                      | 17             |
| 2.4       | Lapisan Kulit                      | 17             |



## DAFTAR TABEL

| No  | Nama Tabel  | Halaman |
|-----|---|---------|
| 2.1 | Penelitian Terkait Upaya Pencegahan Risiko Luka Tekan | 23      |
| 2.2 | Pemeriksaan Kesadaran                                 | 31      |
| 2.3 | Penilaian Potensi Luka Tekan                          | 32      |
| 2.4 | Penilaian Kekuatan Otot                               | 33      |
| 2.5 | Perencanaan Keperawatan                               | 37      |
| 2.6 | Gambaran Pengkajian Pada Stroke                       | 44      |
| 2.7 | Riwayat Kesehatan                                     | 45      |
| 2.8 | Pengkajian Kebutuhan Mobilitas Fisik                  | 46      |
| 2.9 | Pemeriksaan Integritas Kulit dan/Jaringan             | 49      |
| 3.1 | Analisa Data  | 52      |
| 3.2 | Perencanaan Keperawatan                               | 53      |

## DAFTAR LAMPIRAN

| No  | Nama lampiran                       |
|-----|-------------------------------------|
| 1   | Lembar konsul                       |
| 2   | Surat pengantar pengambilan kasus   |
| 3   | Surat izin penelitian               |
| 4.  | Surat telah penelitian              |
| 5.  | Dokumentasi                         |
| 6.  | Sop rom aktif                       |
| 7.  | Sop <i>Effleurage Massage</i>       |
| 8.  | Sop posisi sim                      |
| 9.  | SOP Pemberian Minyak VCO            |
| 11. | Surat persetujuan menjadi responden |
| 12. | Lembar informed consent             |
| 13  | Jurnal penelitian terkait           |

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Stroke merupakan penyakit degeneratif pada sistem *cerebrovascular*. Gangguan fungsi otak pada stroke terjadi karena pembuluh darah otak mengalami penyumbatan atau pecah yang mengakibatkan jaringan otak tidak mendapatkan cukup pasokan darah yang membawa oksigen. Bagian otak yang tidak mendapatkan cukup aliran darah akan mengalami kematian sel atau jaringan yang berdampak pada gangguan fungsi otak (Isramilda & Lahagu, 2019; Suwaryo et al., 2019).

Angka kasus stroke masih menjadi permasalahan kesehatan utama baik di negara maju maupun di negara berkembang. Setiap tahunnya ada 13,7 juta kasus baru stroke dan sekitar 5,5 juta kematian terjadi akibat penyakit stroke. Kematian akibat stroke menempati urutan kedua di dunia. Prevalensi penderita stroke di Indonesia tahun 2018 mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2013 yang awalnya 7% menjadi 10,9% atau di perkirakan sebanyak 2.120.362 dan untuk di Provinsi Bengkulu mencapai 9.5% (WHO, 2018; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018, 2019; Alimansur & Santoso, 2019).

Banyak faktor yang mempengaruhi terjadinya peningkatan kasus stroke setiap tahunnya. Faktor ini terbagi menjadi faktor yang tidak dapat diubah seperti genetik, jenis kelamin, dan usia. Sedangkan faktor yang dapat diubah adalah hipertensi, gaya hidup seperti perilaku merokok, konsumsi alkohol dan diabetes mellitus (Suwaryo et al., 2019).

Stroke disebabkan oleh keadaan iskemik atau proses hemoragik yang seringkali diawali oleh adanya lesi atau perlukaan pada pembuluh darah arteri. Dari seluruh kejadian stroke, duapertiganya adalah iskemik dan sepertiganya adalah hemoragik. Stroke iskemik terjadi karena adanya sumbatan pembuluh darah oleh *thromboembolic* yang mengakibatkan daerah di bawah sumbatan tersebut mengalami iskemik sedangkan stroke hemoragik

terjadi karena adanya kerusakan atau pecahnya pembuluh darah di otak (Dinata et al., 2013; Arifianto et al., 2014; Suwaryo et al., 2019).

Gejala-gejala ringan pada stroke dapat dikenali seperti seringnya kesemutan ringan tanpa sebab, sakit kepala atau vertigo ringan, sulit menggerakkan mulut dan sulit berbicara, lumpuh sebelah serta mendadak pikun dan cadel. Gejala umum yang terjadi pada stroke yaitu wajah, tangan atau kaki yang tiba-tiba kaku atau mati rasa dan lemah, biasanya terjadi pada satu sisi tubuh. Gejala lainnya yaitu pusing, kesulitan untuk berbicara atau mengerti perkataan, kesulitan untuk melihat baik dengan satu mata maupun kedua mata, kesulitan berjalan, kehilangan keseimbangan dan koordinasi, pingsan atau kehilangan kesadaran, dan sakit kepala yang berat dengan penyebab yang tidak diketahui (Wardhani & Martini, 2014; Suwaryo et al., 2019).

Stroke yang tidak tertangani dengan baik akan menyebabkan berbagai komplikasi dan gejala sisa. Komplikasi dari stroke umumnya menyebabkan terjadinya disabilitas dan imobilitas. Kondisi disabilitas yang mengakibatkan pasien mengalami gangguan mobilitas fisik akan berisiko mengalami luka tekan (*Pressure Injury*). Kondisi ini terjadi akibat dari tekanan yang terlalu lama pada area permukaan tulang yang menonjol dan menyebabkan berkurangnya sirkulasi darah pada area yang tertekan dan lama kelamaan jaringan setempat mengalami iskemik, hipoksia dan berkembang menjadi nekrosis yang akhirnya mengakibatkan luka (Lipyandra, 2014; Amirsyah et al., 2020).

Berdasarkan Riset Dinas Kesehatan Kota Bengkulu mencatat salah satu penyakit tidak menular yang merenggut ratusan nyawa di Kota Bengkulu adalah stroke dan hipertensi. Stroke menduduki urutan pertama penyebab kematian dan kelumpuhan terbanyak di Kota Bengkulu, angka kematian dan

kelumpuhan akibat penyakit stroke pada tahun 2018 sebanyak 85 orang yang mengalami kematian dan yang mengalami kelumpuhan sebanyak 115 orang. Namun, tahun 2019 meningkat menjadi 115 orang mengalami kematian dan 165 mengalami kelumpuhan. (Riset Dinas Kesehatan Kota Bengkulu, 2020). Dimana seseorang terkena stroke atau gangguan vaskuler otak adalah kondisi susunan syaraf pusat yang patologis akibat adanya gangguan peredaran darah (Satyanegara Chanifa 2019). Sel-sel otak rusak atau mati yang disebabkan oleh kekurangan aliran darah dalam jaringan sehingga menyebabkan serangkaian reaksi biokimia (Suriya, 2017). Manifestasi klinis dari penyakit stroke adalah gangguan fungsi otak, baik sebagian maupun menyeluruh, yang berlangsung dengan cepat, lebih dari 24 jam. Gejala berupa kelemahan atau kelumpuhan, gangguan menelan, bicara tidak jelas, sulit memikirkan kata-kata, kehilangan keseimbangan, gangguan kesadaran atau sampai menyebabkan kematian, tanpa penyebab lain selain gangguan vaskuler. Serangan stroke mengakibatkan kemampuan motorik mengalami kelemahan atau hemiparesis (Nasir, 2017). Hemiparasis yang disebabkan oleh stroke akut menyebabkan kekakuan, kelumpuhan, kekuatan otot melemah akibatnya menurunkan rentang gerak sendi dan fungsi ekstremitas, serta aktivitas hidup sehari-hari *activity daily living* (ADL) (Benjamin, 2017).

Pengobatan ulkus luka tekan menelan biaya dua sampai tiga kali lebih dari pencegahan (Bangova 2013). Berdasarkan panduan praktik klinik yang dikeluarkan oleh *American Health of Care Plan Resources* (AHCP), intervensi yang bisa dilakukan terdiri dari tiga kategori yaitu. intervensi pertama perawatan kulit dan penanganan dini meliputi mengkaji risiko klien terkena dekubitus, perbaikan keadaan umum penderita, pemeliharaan, perawatan kulit yang baik, pencegahan dengan berbaring yang berubah-ubah dan *massase* tubuh. Intervensi kedua adalah penggunaan berbagai papan, matras atau alas tempat tidur yang baik. Intervensi yang ketiga yaitu edukasi dan *support system* pada klien dan keluarga (Wahyu at all 2017).

Alih baring adalah tindakan yang dilakukan untuk mengubah posisi pasien yang mengalami tirah baring total untuk mencegah kejadian luka tekan

pada kulit pasien. Tujuan alih baring adalah untuk mendistribusikan tekanan baik dalam posisi duduk atau berbaring serta memberikan kenyamanan pada pasien. Pada dasarnya alih baring dilakukan sebagai bagian dari prosedur baku dalam intervensi keperawatan untuk mengurangi resiko dekubitus pada pasien dengan imobilisasi (Potter & Perry, 2016). Alih baring memiliki manfaat mengganti titik tumpu berat badan yang tertekan pada area tubuh yang lain, mempertahankan sirkulasi darah pada daerah yang tertekan, dan dapat menurunkan tekanan pada tonjolan tulang (Kozier, 2011).

Masase adalah suatu pemijatan atau ditepuk tepuk pada bagian tubuh tertentu dengan tangan atau alat-alat khusus untuk memperbaiki sirkulasi, metabolisme, melepaskan pelekatan dan melancarkan peredaran darah sebagai cara pengobatan (Asmadi, 2012). Menurut Kusyati (2013) masase adalah pemijatan yang menstimulasi sirkulasi darah serta metabolisme dalam jaringan. Masase memiliki banyak manfaat bagi semua sistem organ tubuh, antara lain: meningkatkan fungsi kulit, meningkatkan fungsi jaringan otot, meningkatkan pertumbuhan tulang dan gerak persendian, dan meningkatkan fungsi jaringan syaraf (Asmadi, 2012). Kelebihan masase punggung daripada terapi lain adalah masase punggung selama 3-5 menit dapat memberikan efek relaksasi dan mengurangi tekanan pada tubuh (Kozier & Erb, 2011). Beberapa prosedur masase punggung menurut Asmadi (2012), yaitu: remasan, selang seling tangan, gesekan, eflurasi, petriasi, dan tekanan menyikat.

Penelitian tentang masase punggung menggunakan minyak kelapa (VCO) oleh Setyawati (2012) dengan judul pengaruh mobilisasi dan penggunaan VCO (*Virgin Coconut Oil*) terhadap ulkus dekubitus pada gangguan motorik pasca stroke di RS Islam Sultan Agung Semarang. Kelompok intervensi dilakukan mobilisasi 2-3 jam sekali dengan memberikan VCO sedangkan kelompok kontrol dilakukan mobilisasi lebih dari 2-3 jam sekali dan tidak diberikan VCO. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan grade dekubitus pada kelompok intervensi dan kontrol yang dilakukan mobilisasi dan diberikan VCO dengan nilai  $p = 0,495$ .

Hasil penelitian yang dilakukan Dikhil, Lubna dan Victoria (2014) menunjukkan bahwa perawatan menggunakan minyak kelapa pada bagian belakang tubuh efektif digunakan yang dibuktikan oleh hasil dari pretest dan posttest.[9] Studi ini juga membuktikan bahwa minyak kelapa juga dapat menurunkan resiko terjadinya resiko luka tekan pada pasien penyakit kronis yang dirawat di tempat tidur. Hal ini juga didukung oleh hasil penelitian Setiani (2014), yang menyatakan bahwa pijat dengan menggunakan VCO dapat mencegah kejadian luka tekan pada pasien ICU. VCO merupakan minyak yang diperoleh dari daging kelapa tua segar yang diperas dengan atau tanpa penambahan air, tanpa pemanasan atau dengan pemanasan kurang dari 60°C. Beberapa manfaat kesehatan yang terdapat pada VCO, yaitu: menurunkan inflamasi; mendukung dalam perbaikan dan penyembuhan jaringan, membunuh bakteri.

Hasil survei awal yang peneliti lakukan di ruang Stroke RSUD dr. M. Yunus Bengkulu terdapat penderita tahun 2020 jumlah pasien stroke sebanyak 257 pasien. Sedangkan pada tahun 2021 terhitung sejak bulan januari hingga 20 Agustus 2021 adalah sebanyak 137 pasien (Rekam Medik Unit Stroke RSUD dr. M. Yunus Kota Bengkulu).

Hasil pengamatan awal penelitian bahwa pencegahan luka tekan dekubitus pada pasien stroke di ruangan stroke belum maksimal. Seperti mobilisasi pasien lebih banyak di serahkan ke keluarga. Permasalahan pada pasien dengan penyakit stroke dapat berupa luka tekan sehingga penulis tertarik untuk melakukan studi kasus pada pasien dengan masalah stroke dalam Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners dengan judul "Asuhan Keperawatan Pencegahan Luka Tekan Pada Pasien Dengan Penyakit Di Ruang Stroke RSUD DR.M. Yunus. Bengkulu 2022"

## **B. Rumusan Masalah**

Bagaimana Gambaran Asuhan Keperawatan Pencegahan Luka Tekan Pada Pasien Stroke di RSUD DR. M Yunus Bengkulu Tahun 2022 ?

## **C. Tujuan Studi Kasus**

### a) Tujuan Umum

Diketahui gambaran asuhan keperawatan pencegahan luka tekan pada pasien stroke .

### b) Tujuan Khusus

- a. Diketahui gambaran hasil pengkajian keperawatan pada pasien stroke yang imobilisasi di ruang stroke RSUD M Yunus Bengkulu
- b. Diketahui gambaran diagnosis keperawatan pada pasien stroke yang imobilisasi di ruang stroke RSUD M Yunus Bengkulu.
- c. Diketahui gambaran perencanaan asuhan keperawatan pencegahan risiko luka tekan pada pasien stroke di ruang stroke RSUD M Yunus Bengkulu.
- d. Diketahui gambaran implementasi pencegahan risiko luka tekan pada pasien stroke di ruang stroke RSUD M Yunus Bengkulu
- e. Diketahui gambaran evaluasi keperawatan risiko luka tekan pada pasien stroke di ruang stroke RSUD M Yunus Bengkulu

## **D. Manfaat Studi Kasus**

### **1. Bagi Mahasiswa**

Meningkatkan kemampuan dalam menerapkan asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien tira baring yang lama.

### **2. Bagi Institusi Pendidikan**

Dapat menambah pembahasan dalam meningkatkan mutu pendidikan dan sebagai bahan pertimbangan untuk lebih memperbanyak pengetahuan dan bahan ajar tentang risiko luka tekan pada berbagai pasien terutama pasien stroke.



3. Bagi Pelayan Kesehatan Rumah Sakit

Ini dapat dijadikan sebagai bahan masukan dan sumber informasi bagi perawat dalam meningkatkan pelayanan keperawatan khususnya asuhan keperawatan pada pasien stroke.

4. Bagi Pasien dan Keluarga

Diharapkan bisa menjadi informasi tambahan bagi pasien dan keluarga dalam mengatasi masalah luka tekan pada pasien stroke atau tiras baring lama

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORITIS**

#### **A. Konsep Dasar Stroke**

##### **1. Definisi**

Stroke didefinisikan sebagai gangguan suplai darah ke otak yang biasanya disebabkan adanya sumbatan oleh gumpalan darah ataupun pecahnya pembuluh darah sehingga menyebabkan gangguan pasokan darah dengan oksigen dan nutrisi di otak sehingga terjadi kerusakan jaringan otak (Puspitasari, 2020).

Stroke atau *cerebrovascular disease* adalah manifestasi klinis dari gangguan fungsi otak, baik sebagian maupun menyeluruh, yang berlangsung cepat, berlangsung lebih dari 24 jam atau sampai menyebabkan kematian, tanpa penyebab lain selain gangguan vaskuler (Kemenkes RI, 2019).

Stroke terjadi akibat pembuluh darah yang membawa darah dan oksigen ke otak mengalami penyumbatan dan ruptur, kekurangan oksigen menyebabkan fungsi kontrol gerakan tubuh yang dikendalikan oleh otak tidak berfungsi (Association Heart American, 2017). Istilah stroke atau penyakit serebrovaskular mengacu kepada setiap gangguan neurologik mendadak yang terjadi akibat pembatasan atau terhentinya aliran darah melalui sistem suplai arteri ke otak (Price & Wilson, 2015).

##### **2. Klasifikasi Penyakit Stroke**

Secara garis besar penyakit stroke dibagi dua kelompok besar, yaitu stroke perdarahan stroke (hemoragik) dan stroke non perdarahan atau stroke iskemik karena sumbatan arteri di otak (Iskandar, 2017).

a) Stroke Hemoragik dibagi lagi sebagai berikut :

- 1) Perdarahan subarakhnoid (PSA), Darah yang masuk ke selaput otak.
- 2) Perdarahan intraserebral (PIS), Intraparenkim atau intraventrikel. Darah yang masuk ke dalam struktur atau jaringan otak.

Stroke hemoragik terjadi karena pecahnya pembuluh darah otak, sehingga menimbulkan perdarahan di otak dan merusaknya. Stroke hemoragik biasanya terjadi akibat kecelakaan yang mengalami benturan keras di kepala dan mengakibatkan pecahnya pembuluh darah di otak. Stroke hemoragik juga bisa terjadi karena tekanan darah yang terlalu tinggi. Pecahnya pembuluh darah ini menyebabkan darah menggenangi jaringan otak di sekitar pembuluh darah yang menjadikan suplai darah terganggu, maka fungsi dari otak juga menurun. Penyebab lain dari stroke hemoragik yaitu adanya penyumbatan pada dinding pembuluh darah yang rapuh (aneurisme), mudah menggelembung, rawan pecah, yang umumnya terjadi pada usia lanjut atau karena faktor keturunan (Arya, 2016).

b) Stroke Non Hemorogi

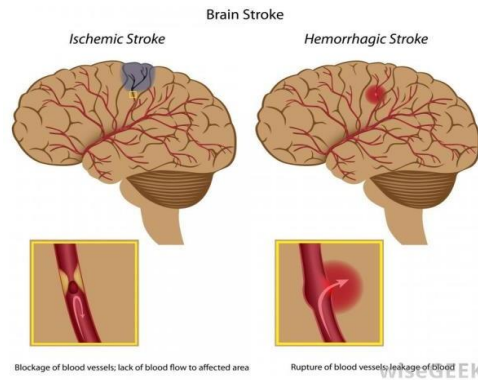
- 1) *Transient ischemic Attack* (TIA), Serangan stroke sementara yang berlangsung kurang dari 24 jam.
- 2) *Reversible Ischemic Neurologic Deficit* (RIND), Gejala neurologis akan menghilang antara >24 jam sampai dengan 21 hari.
- 3) *Progressing stroke* atau *stroke in evolution*, Kelainan atau defisit neurologik berlangsung secara bertahap dari yang ringan sampai menjadi berat.

Stroke non hemoragik merupakan stroke yang terjadi akibat adanya bekuan atau sumbatan pada pembuluh darah otak yang dapat disebabkan oleh tumpukan thrombus pada pembuluh darah otak, sehingga aliran darah ke otak menjadi terhenti. Stroke non hemoragik merupakan sebagai kematian jaringan otak karena pasokan darah yang tidak kuat dan bukan disebabkan oleh perdarahan. Stroke non hemoragik biasanya disebabkan oleh tertutupnya pembuluh darah otak akibat adanya penumpukan penimbunan lemak (plak) dalam pembuluh darah besar (arteri karotis), pembuluh darah sedang (arteri serebri), atau pembuluh darah kecil.

Stroke non hemoragik merupakan terhentinya sebagian atau keseluruhan aliran darah ke otak akibat tersumbatnya pembuluh darah otak. Stroke non hemoragik yaitu aliran darah ke otak terhenti karena penompokan kolesterol pada dinding pembuluh

darah (*aterosklerosis*) atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah ke otak.

- c) *Stroke* komplik atau *completed stroke*, Kelainan neurologis sudah lengkap menetap dan tidak berkembang lagi.



Sumber : Arya, 2011.

Gambar 2.1 Stroke Hemorogik dan Non Hemorogik

### 3. Manifestasi Klinis

Ada beberapa gejala dari stroke menurut (Iskandar 2011), yaitu :

- Adanya serangan defisit neurologis sebagian, berupa kelemahan atau kelumpuhan kekuatan otot lengan atau tungkai atau salah satu sisi tubuh
- Hilangnya rasa atau adanya sensasi abnormal pada lengan atau tungkai atau salah satu sisi tubuh. Mati rasa sebelah badan, terasa kesemutan, dan rasa terbakar
- Mulut tidak simetris, lidah mencong bila diluruskan
- Gangguan menelan : sulit menelan, minum suka tersedak
- Bicara tidak jelas, kata yang diucapkan tidak sesuai keinginan, dan sulit bicara
- Sulit memikirkan atau mengucapkan kata-kata yang tepat
- Tidak memahami pembicaraan orang lain
- Kehilangan keseimbangan, gerakan tubuh tidak terkoordinasi dengan baik
- Gangguan kesadaran, pingsan sampai tidak sadarkan diri (koma)

### 4. Faktor Resiko

Stroke adalah penyakit yang disebabkan oleh banyak faktor atau yang sering disebut multifaktor. Faktor resiko yang berhubungan dengan kejadian stroke dibagi menjadi dua, yaitu faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi (*non-modifiable risk factors*) dan faktor resiko yang dapat dimodifikasi (*modifiable risk factors*). Faktor resiko yang tidak dapat

dimodifikasi seperti usia, ras, gender, genetic atau riwayat keluarga yang menderita stroke. Sedangkan faktor resiko yang dapat dimodifikasi berupa hipertensi, merokok, penyakit jantung, diabetes melitus, obesitas, alkohol, dan dislipidemia (Corwin, 2016). Faktor resiko Stroke menurut Iskandar (2011) ada beberapa faktor resiko dari stroke sebagai berikut :

a) Faktor resiko yang tidak dapat dikendalikan

1) Umur

Insiden stroke meningkat seiring dengan bertambah usia. Setelah umur 55 tahun risiko stroke makin tinggi risikonya berlipat ganda setiap kurun waktu sepuluh tahun. Dua pertiga dari semua serangan stroke terjadi pada orang yang berusia di atas 65 tahun. Tetapi, itu tidak berarti bahwa stroke hanya terjadi pada orang lanjut usia karena stroke dapat menyerang semua kelompok umur.

2) Jenis kelamin

Pada laki-laki cenderung terkena stroke karena kebiasaan merokok dan riwayat mengkonsumsi alkohol, sedangkan wanita meningkat pada usia pasca menopause, karena sebelum menopause wanita dilindungi oleh hormon esterogen yang berperan dalam meningkatkan HDL, dimana HDL berperan penting dalam pencegahan proses aterosklerosis. Risiko stroke pria 1,25 lebih tinggi daripada wanita, tetapi serangan stroke pada pria terjadi di usia lebih muda sehingga tingkat kelangsungan hidup juga lebih tinggi, dengan perkataan lain, walau lebih jarang terkena stroke, pada umumnya wanita terserang pada usia lebih tua, sehingga kemungkinan meninggal lebih besar (Junaidi, 2017).

3) Riwayat kesehatan keluarga.

Keluarga yang pernah mengalami stroke pada usia muda maka yang bersangkutan berisiko tinggi terkena stroke. Cacat pada bentuk pembuluh darah (cadasil) mungkin merupakan faktor genetik yang paling berpengaruh dibandingkan faktor risiko stroke yang lain.

b) Faktor resiko yang dapat dikendalikan

1) Stress

Stres jika tidak dikontrol dengan baik akan menimbulkan kesan pada tubuh adanya keadaan bahaya sehingga direspon oleh tubuh secara berlebihan.

2) Hipertensi

Hipertensi berperan dalam proses aterosklerosis melalui efek penekanan pada lapisan dalam dinding areri yang berakibatkan pembentukan plak pembuluh darah semakin cepat

### 3) Merokok

Menyebabkan kerusakan dinding arteri dan menyebabkan pembentukan aterosklerosis sehingga terjadi pecahnya pembuluh darah

### 4) Diabetes Mellitus

Menyebabkan kadar lemak darah meningkat karena konversi lemak tubuh yang terganggu. Diabetes mempercepat terjadinya aterosklerosis diseluruh pembuluh darah termasuk otak dan jantung dan menimbulkan area infark dan merusak jaringan otak.

## 5. Patofisiologis Stroke

Otak mempunyai kecepatan metabolisme yang tinggi, dengan berat hanya 2 % dari berat badan, menggunakan 20% oksigen total dari 20% darah yang beredar. Pada keadaan normal aliran darah otak yang membawa oksigen dipertahankan oleh suatu mekanisme autoregulasi  $\pm 58\text{ml}/100\text{ gr}/\text{mnt}$  dengan *mean arterial blood pressure* (MABP) antara 50-160 mmHg. Jika terjadi perubahan tekanan  $>160\text{ mmHg}$  akan terjadi edema serebri, namun jika MABP  $<50\text{ mmHg}$  akan terjadi iskemia.

Iskemia akan cepat menghasilkan kerusakan jaringan otak yang permanen, sehingga aliran darah menurun atau terhenti karena adanya sumbatan yang menghalangi suplai darah ke otak. Faktor lain seperti hipertensi, diabetes mellitus, merokok dan stres akan meningkatkan tekanan darah ke otak dan menyebabkan pecahnya pembuluh darah karena arteri tersebut berdinding tipis karena lecet bekas plak. Perdarahan tersebut menyebabkan otak tercemar oleh kumpulan darah (hematom) atau darah masuk ke selaput otak (subaraknoid). Pada pembuluh darah yang pecah dapat terjadi vasokonstriksi yang dapat menghambat aliran darah ke otak dan menimbulkan gejala pada daerah yang terkena.

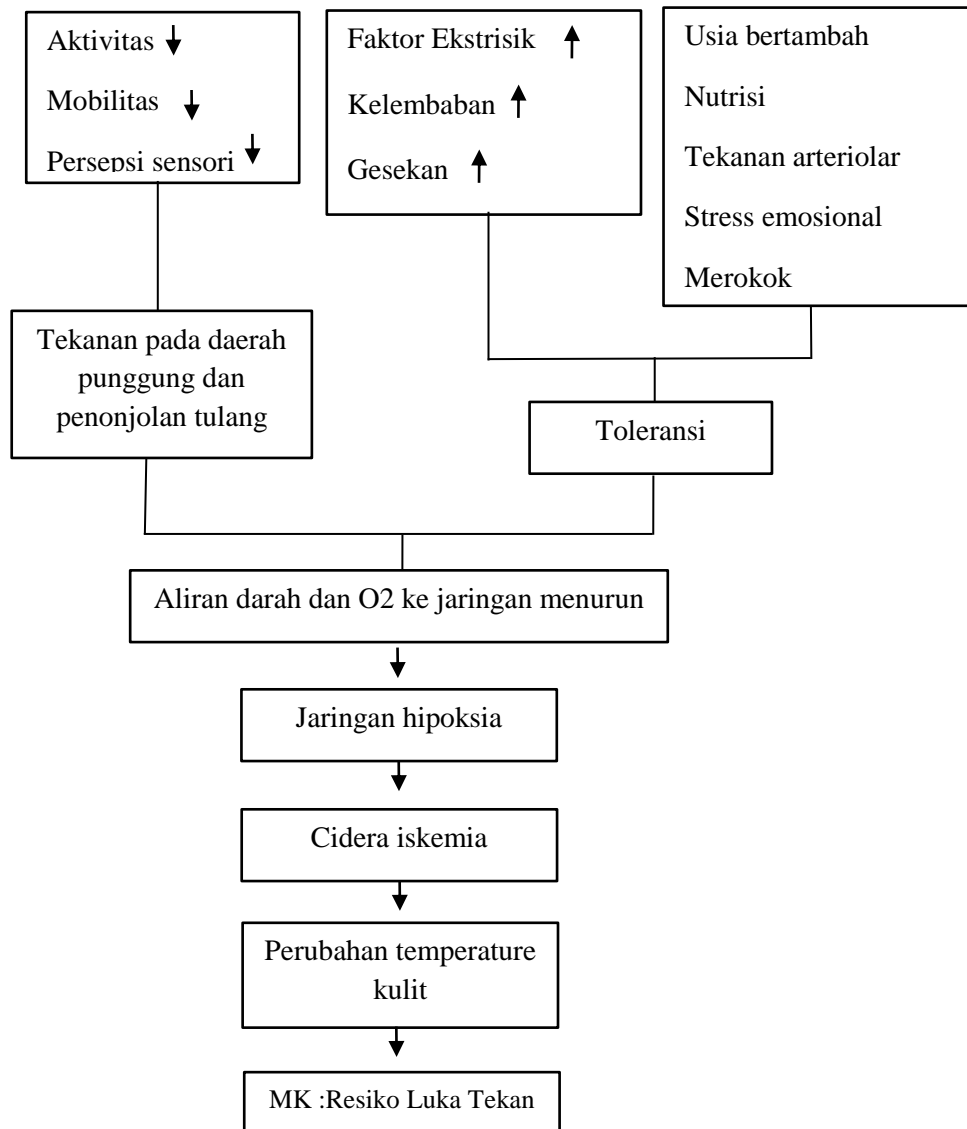
Darah menuju ke otak melalui dua arteri karotis yang membawa darah ke bagian depan dari sisi kiri dan kanan otak. Dua arteri lainnya adalah arteri vertebralis yang mengalirkan darah ke tungkai dan bagian belakang otak. Kedua arteri ini mengikuti saluran vertebral atau tulang belakang dan disekitar leher. Otak bagian kanan berhubungan dengan pengenalan terhadap ruang, tubuh, kemampuan menggambar, seni dan bangunan. Sedangkan otak kiri berfungsi pada kemampuan berpikir logis, berbicara, berhitung dan menulis.

## 6. Komplikasi Stroke

Mengalami stroke tidak berhenti pada akibat yang terjadi di otak saja tetapi berdampak juga pada bagian tubuh lainnya dan menimbulkan masalah emosional. Beberapa komplikasi stroke, diantaranya :

- a) Bekuan darah, bekuan darah mudah terjadi pada kaki yang lumpuh, penumpukan cairan, dan pembengkakan, embolisme paru.
- b) Pneumonia, terjadi karena pasien biasanya tidak dapat batuk atau menelan dengan baik sehingga menyebabkan cairan terkumpul di paru-paru dan selanjutnya terinfeksi.
- c) Kekakuan otot dan sendi, terbaring lama akan menimbulkan kekakuan pada otot dan sendi.
- d) Nyeri bahu dan dislokasi, keadaan pangkal bahu yang lepas dari sendinya. Ini terjadi karena otot disekitar bahu yang mengontrol sendi dapat rusak akibat gerakan saat ditopang orang lain.
- e) Pembengkakan otak
- f) Infeksi saluran kemih
- g) Gangguan proses berpikir dan ingatan : pikun (demensia)
- h) Depresi, Perubahan gaya hidup akibat disabilitas fisik menimbulkan depresi yang dialami pasien selama masa penyesuaian pasca stroke.
- i) Dekubitus, tidur yang terlalu lama karena lumpuh dapat mengakibatkan luka/lecet pada bagian tubuh yang menjadi tumpuan saat berbaring, seperti : pinggul, pantat, sendi kaki, dan tumit.

## 7. WOC/ Pathway Luka Tekan



## 8. Pemeriksaan Penunjang (Mutiarasari, 2019)

### a) Lumbal Fungsi

yang meningkat dan disertai bercak berdarah pada cairan lumbal menunjukkan adanya hemoragik pada subaraknoid atau Tekanan perdarahan pada intracranial. Peningkatan jumlah protein menunjukkan adanya proses inflamasi. Hasil pemeriksaan likuor merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (*xantokrom*) sewaktu hari-hari pertama.

### b) CT Scan (Tomografi Terkomputasi)

Pemindaian ini memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma adanya jaringan otak yang infark atau iskemia dan posisinya secara pasti.



c) MRI (*Magnetic Imaging Resonance*)

Menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan besar terjadinya perdarahan otak. Hasil yang didapatkan area yang mengalami lesi dan infark dan hemoragik.

d) EEG (Elektroensefalogram)

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dari jaringan yang infark atau kerusakan jaringan otak akibat tidak mendapatkan cukup suplai oksigen sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.

e) Pemeriksaan Laboratorium

1. Lumbang fungsi : pemeriksaan likuor merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan pendarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (xantokhrom), sewaktu hari-hari pertama.
2. Pemeriksaan darah rutin (Glukosa, elektrolit, ureum, kreatinin)
3. Pemeriksaan kimia darah : pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia atau gula darah dapat mencapai 250 mg di dalam serum dan kemudian berangsur turun kembali
4. Pemeriksaan darah lengkap: untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri

9. Penatalaksanaan Keperawatan

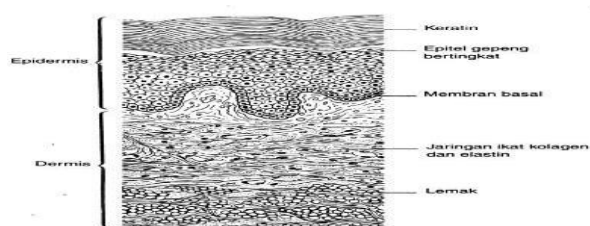
Penatalaksanaan pada pasien stroke menurut Sudoyo, 2015 antara lain sebagai berikut :

- a) Mempertahankan saluran nafas yang paten yaitu lakukan pengisapan lender yang sering, oksigenasi, kalau perlu lakukan trakeostomi, membantu pernafasan.
- b) Mengendalikan tekanan darah berdasarkan kondisi pasien, termasuk untuk usaha memperbaiki hipotensi dan hipertensi.
- c) Berusaha menentukan dan memperbaiki aritmia jantung.
- d) Menempatkan pasien dalam posisi yang tepat, harus dilakukan secepat mungkin pasien harus dirubah posisi tiap 2 jam dan dilakukan latihan-latihan gerak pasif.
- e) Mengendalikan hipertensi
- f) Mengatur posisi kepala dengan meninggikan kepala 15-30menghindari flexi dan rotasi kepala yang berlebihan.
- g) Memberi pijatan di bagian belakang
- h) Mengatur suhu tubuh bagian belakang

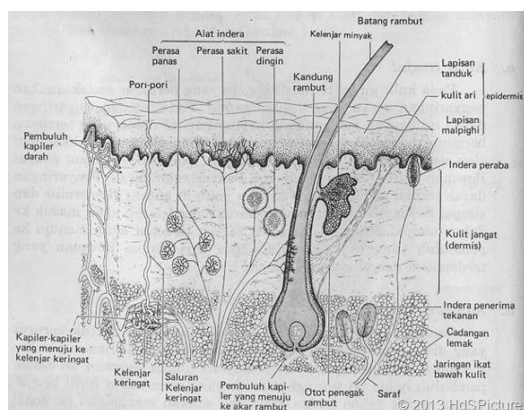
## B. Anatomi Fisiologi Integumen (Kulit)

### 1. Definisi

Sistem integumen adalah sistem organ yang membedakan, memisahkan dan menginformasikan kita dari lingkungan sekitar. Sistem integumen mampu memperbaiki dirinya sendiri apabila terjadi kerusakan yang tidak terlalu parah (*self-repairing*) dan mekanisme pertahanan tubuh pertama (pembatas antara lingkungan luar tubuh dengan dalam). Lapisan kulit dibagi menjadi 3 lapisan yakni epidermis, dermis dan subkutis (hipodermis), (Andriyani, Triana & Juliarti, 2015).



Gambar 2.2 Kulit dan bagian-bagiannya (Gibson, 2003)



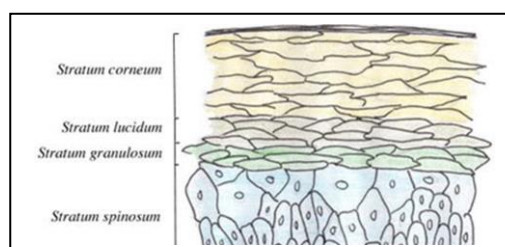
Gambar 2.3 Anatomi Kulit (Standring, et al. 2016)

### 2. Struktur Anatomi Kulit

#### 1) Epidermis

Epidermis merupakan bagian kulit paling luar, ketebalan epidermis berbeda-beda pada setiap bagian tubuh, yang paling tebal berukuran 1 mm misalnya pada telapak tangan dan telapak kaki, dan yang paling tipis berukuran 0,1 mm terdapat pada kelopak mata, pipi, dahi dan perut. Sel-sel epidermis disebut keratinosit, epidermis melekat erat pada dermis karena secara fungsional epidermis memperoleh zat-zat makanan dan cairan antar sel dari plasma yang merembes melalui dinding-dinding kapiler dermis ke dalam epidermis (Andriyani, Triana & Juliarti, 2015). Epidermis tersusun dari

beberapa lapisan seperti keratinocytes, melanocytes, sel langerhans, lymphocytes dan sel merkel (Standring, et al. 2016).



**Gambar 2.4 Lapisan Epidermis (Standring, et al. 2016)**

## 2) Dermis

Dibawah epidermis terdapat lapisan dermis dimana merupakan jaringan ireguler yang menghubungkan serat-serat kolagen dan terdiri dari lapisan elastis yang terbentuk dari glycosaminoglycans, glicoprotein dan cairan. Dermis juga mengandung saraf, pembuluh darah, jaringan lymphatics dan epidermal. Manfaat dari dermis yakni mempertahankan keelastisan kulit dengan mengatur jaringan kolagen dan lapisan elastisnya. Dermis tersusun dari 2 lapisan yakni lapisan papilari (membuat mekanisme anchorage, mendukung metabolisme dan mempertahankan kerusakan pada epidermis, juga menjaga sistem saraf dan pembuluh darah), dan lapisan retikular (menentukan bentuk dari kulit) (Standring, et al. 2016).

## 3) Hipodermis:

Lapisan terakhir yakni hipodermis yang merupakan lapisan penghubung beberapa jaringan yang tebal yang berhubungan dengan lapisan terakhir dari dermis. Jaringan adiposa yang biasanya terletak antara dermis dan otot-otot pada tubuh (Standring, et al. 2016).

## C. Konsep Dekubitus

### 1. Definisi

Dekubitus merupakan gangguan integritas kulit sampai jaringan, yang menjadi penyebab dekubitus merupakan adanya penekanan jaringan lunak diatas tulang yang menonjol serta adanya tekanan eksternal dalam jangka panjang dan terus menerus seperti ditempat tidur dan kursi roda. Diseluruh dunia kejadian luka tekan diperkirakan mencapai 1%-56% di intensive care unit (Stroke).

Luka dekubitus adalah suatu masalah endemic bagi populasi pasien yang dirawat di rumah atau rumah perawatan lainnya. Pasien-pasien tersebut memiliki resiko untuk mengalami terjadinya luka dekubitus selama perawatan. Insiden dan prevalensi terjadinya luka dekubitus pada populasi ini di Amerika Serikat cukup tinggi untuk mendapatkan perhatian dari kalangan tenaga kesehatan.

## 2. Faktor Resiko Luka Tekan

Faktor resiko luka tekan diantaranya gangguan syaraf vasomotorik, sensorik dan motorik, kontraktur sendi dan spastisitas, gangguan sirkulasi perifer, malnutrisi dan hipoproteinemia, anemia, keadaan patologis kulit pada gangguan hormonal (oedema), laserasi dan infeksi, hygiene kulit yang buruk, inkontinensia alvi dan urine, penurunan kesadaran. Ulkus dekubitus adalah cedera lokal pada kulit dan atau jaringan di bawahnya yang biasanya menonjol, sebagai akibat dari tekanan atau kombinasi tekanan dengan pergeseran (NPUAP, EPUAP, & PPIA, 2014).

Tekanan menyebabkan sirkulasi darah menjadi tidak lancar, menyebabkan kematian sel, nekrosis jaringan dan akhirnya berkembang menjadi ulkus (NPUAP, 2016). Proses penyembuhan luka dekubitus membutuhkan waktu yang cukup lama dan menjadi masalah yang serius karena mempengaruhi kualitas hidup penderita, memperlambat program rehabilitasi penderita, memperberat penyakit primer dan menimbulkan masalah keuangan atau finansial keluarga karena harus mengeluarkan biaya yang cukup besar untuk perawatan luka, selain itu komplikasi yang lain berupa sepsis, sellulitis, infeksi kronis dan kematian pada usia lanjut (Coleman et al., 2014).

Luka tekan rentan untuk mengalami infeksi multibakterial baik aerobik maupun anaerobik, dampaknya bisa menyebar ke jaringan tulang dan sendi atau dapat menyebabkan osteomielitis, septikemia ata bahkan kematian (Maskun, 2017). Oleh karena itu melakukan deteksi resiko luka dekubitus sangat penting dilakukan untuk perencanaan pencegahan dekubitus agar penderita stroke tidak mengalami luka dekubitus (Trust, 2011).

Menurut (Pieper, 2007 dalam Potter & Perry , 2010) Faktor resiko berkembangnya dekubitus yaitu :

- a) Gangguan Persepsi Sensorik. Klien dengan gangguan persepsi sensorik terhadap nyeri dan tekanan lebih beresiko mengalami gangguan integritas kulit daripada klien dengan sensasi normal.
- b) Gangguan Mobilisasi. Klien yang tidak mampu mengubah posisi secara mandiri memiliki resiko mengalami ulkus tekan, misalnya klien dengan cedera tulang belakang mengalami

penurunan atau tidak memiliki sensasi motorik dan sensorik, serta tidak mampu mereposisi posisi pada penonjolan tulang.

- c) Perubahan Tingkat Kesadaran. Klien yang disorientasi atau yang memiliki perubahan tingkat kesadaran tidak mampu melindungi diri sendiri dari berkembangnya ulkus tekan.
- d) Gaya Geser Gaya geser adalah peningkatan tekanan yang sejajar pada kulit berasal dari gaya gravitasi, yang menekan tubuh dan tahanan (gesekan) diantara klien dan permukaan

### 3. Klasifikasi Luka Tekan atau Dekubitus

- a) Derajat 1 : Hiperemia yang memucat tekanan yang ringan dan singkat dengan jari pada tempat terjadinya eritema yang diakibatkan tekanan di atas kulit dalam periode lama, dapat menyebabkan kulit menjadi pucat.
- b) Derajat 2 : Hiperemia yang tidak memucat : Eritema yang tidak hilang pada saat dilakukan tekanan ringan dengan jari, mengindikasikan adanya beberapa gangguan mikrosirkulasi.
- c) Derajat 3 : Ulserasi perkembangan melewati dermis, ulserasi perkembangan kebidang pemisah dengan jaringan subkutan.
- d) Derajat 4 : Ulkus meluas ke dalam lemak : Otot yang berada dibawahnya mengalami pembengkakan dan inflamasi. Ulkus cenderung untuk menyebar ke arah lateral, sementara perkembangan ke bawah dihalangi oleh fascia profunda.
- e) Derajat 5 : Nekrosis infektif menembus ke bawah menuju fascia profunda pada saat ini destruksi muskulus terjadi dengan cepat. (Vaughans, 2013)

#### D. Konsep *Massage Effleurage*

##### Definisi *Massage Effleurage*

Menurut Bambang (2011), *massage effleurage* adalah suatu gerakan dengan mempergunakan seluruh permukaan telapak tangan melekat pada bagian tubuh yang digosok. Bentuk telapak tangan dan jari-jari selalu menyesuaikan dengan bagian tubuh yang digosok. Tangan menggosok secara supel/gentle menuju ke arah jantung (*centrifugal*) misalnya gosokan di dada, perut, dan sebagainya. teknik *effleurage* dilakukan pada permulaan *massage* dosis 3 kali baik sebagian maupun untuk seluruh tubuh *effleurage* yang dilakukan pada anggota gerak (ekstremitas) selalu dengan dorongan dan tekanan yang baik dan setiap gosokan harus berakhir pada kelenjar limfe (pada ketiak untuk anggota gerak atas dan lipatan paha untuk anggota gerak bawah).

## **E. Konsep *Virgin Coconut Oil (VCO)***

### Definisi *Virgin Coconut Oil (VCO)*

*Virgin Coconut Oil (VCO)* adalah minyak kelapa murni yang dibuat tanpa pemanasan atau dengan pemanasan normal. Penggunaan minyak murni sebagai bahan perawatan kulit dan rambut telah dilakukan oleh masyarakat Indonesia secara turun temurun. Olahan minyak dari daging buah kelapa terdiri dari 2 jenis yaitu minyak yang diolah dari bahan baku kopra (daging kelapa kering) dan minyak yang diolah dari bahan baku buah kelapa segar atau santan. Pengolahan dari bahan baku buah kelapa segar yang menghasilkan minyak kelapa murni (*Virgin Coconut Oil (VCO)*) (Handayani, 2010).



### A. Penelitian Terkait Pencegahan Luka Tekan

| No | Penulis & Jurnal  | Jurnal & Tahun Terbit   | Sampel Pasien  | Metode Penelitian  | Hasil Penelitian  |
|----|---|---|--|--|---|
| 1  | Eka Isranil Laily<br>Judul :<br>“Pengaruh Penggunaan Extra Virgin Olive Oil Pencegahan Luka Tekan Pada Pasien Berisiko Dengan Skala Braden” | Community of Publishing in Nursing (COPING), p-ISSN 2303-1298, e-ISSN 2715-1980<br>Volume 7, Nomor 3, Desember 2019 | Sampel jumlah sebanyak 30 orang pasien di RSUD Dr. Pirngadi Medan dengan tirah baring                            | Penelitian ini merupakan jenis Eksperimen semu quasi experimental dengan <i>post - test only design with control group</i>                 | <i>Extra virgin olive oil</i> memberikan pengaruh untuk pencegahan luka tekan pada pasien yang berisiko berdasarkan Skala Braden di RSUD Pirngadi Medan   |
| 2  | Mareta Fitri Andani<br>Judul :<br>“Efektifitas Alih Baring Dengan Masase Punggung Terhadap Resiko Dekubitus Pada Pasien Tirah Baring”       | Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan (JIKK)  | Sampel 60 responden pasien dewasa dengan penyakit kronik (DM, CKB, stroke) yang mengalami tirah di RSUD Ambarawa | Desain penelitian ini adalah <i>quasi experiment</i> dengan jumlah sampel 60 responden dengan menggunakan teknik <i>purposive sampling</i> | Berdasarkan uji statistik <i>Mann Whitney</i> diperoleh hasil <i>z</i> hitung menunjukkan 2,156 > <i>z</i> tabel 0,015 dengan <i>p value</i> 0,031 sedangkan nilai mean alih baring 13,50 dan alih baring dengan masase punggung 14,33 yang artinya hipotesis dalam penelitian ini diterima, dimana alih baring dengan masase punggung lebih efektif terhadap penurunan resiko dekubitus pada pasien tirah baring di RSUD Ambarawa. |



|   |  |   |  |   |  |
|---|--|---|--|---|--|
| 3 | Siti Wasliyah<br>Judul :<br>“Efektivitas Penggunaan Virgin Coconut Oil (Vco) Dan Minyak Zaitun Untuk Pencegahan Luka Tekan Grade I Pada Pasien Yang Berisiko Mengalami Luka Tekan Di Rsu Kabupaten Tangerang.” | Jurnal Medikes, Volume 5, Edisi 2, November 2018                        | Pasien yang berisiko mengalami luka Tekan grade 1. Berjumlah 14 orang                    | Desain penelitian menggunakan <i>quasi experiment</i> dengan pendekatan <i>Pretest-Posttest Control Group Design</i>              | Ada perbedaan yang signifikan antara skor ulkus decubitus setelah pemberian minyak zaitun ada kelompok eksperimen dan kelompok control, sehingga disimpulkan bahwa minyak zaitun efektif dalam mencegah terjadinya ulkus decubitus.  |
| 4 | Doma Putra Sarwanto<br>Judul :<br>“Efektivitas posisi miring 30 derajat dan 90 derajat dalam menurunkan risiko decubitus”  | Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Tahun 2017                        | 16 pasien dengan kondisi yang belum terjadi dekubitus dan belum mengalami dekubitus.     | <i>Quasi eksperiment</i> dengan <i>two group pretest and posttest only design</i>   | Hasil signifikan dengan nilai $p=0,008$ ( $p < 0,05$ ) menunjukkan ada perbedaan nilai skor dekubitus sebelum dan sesudah dilakukan posisi miring 30 derajat. Sedangkan pada kelompok 90 derajat mendapatkan nilai $p=0,351$ ( $p > 0,05$ ) maka tidak ada perbedaan nilai skor dekubitus sebelum dan sesudah dilakukan posisi miring 90 derajat |
| 5 | Santiko<br>Judul :<br>“Pengaruh <i>Massage Efflurage</i> Dengan Virgin Coconut Oil Cendekia Utama (Vco) Terhadap Pencegahan Dekubitus Pada Pasien  | Jurnal Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat STIKES Cendekia Utama Kudus | 23 responden merupakan kelompok perlakuan dan 23 kelompok control yang mengalami bedrest | Metode penelitian yang digunakan adalah <i>Quasi experimental</i> dengan <i>desain control grup design pretest and posstest</i> . | Sesudah dilakukan <i>massage efflurage</i> dengan VCO hasil menggunakan uji Chi Square menggunakan Fisher Exact diperoleh p-value 0,022. Terdapat pengaruh secara signifikan <i>massage efflurage</i> dengan Virgin Coconut Oil (VCO) terhadap   |

|   |   |  |   |  |   |
|---|---|--|---|--|---|
|   | Bedrest”  |  |   |  | pengecahan dekubitus pada pasien bedrest di Ruang Instalasi Rawat Intensive (IRIN) RS Mardi Rahayu Kudus.   |
| 6 | Tiurmauli Rotua<br>Simanjuntak<br>Judul :<br>“Efektivitas Mobilisasi Miring Kiri Miring Kanan Dalam Upaya Pencegahan Pressure Injury” | Jurnal Keperawatan Komprehensif<br>Vol 6 No.1 Tahun 2020 | 30 orang pasien dengan risiko pressure injury   | Metode yang digunakan<br><i>Post Test Only Control Group Design</i>  | Mobilisasi miring kiri miring kanan efektif dalam pencegahan risiko <i>pressure injury</i> /luka tekan dengan nilai ( $p=0,004 < a=0,05$ ).   |
| 7 | Nurlela Petra Saragih<br>Judul :<br>“Pengaruh Pemberian Minyak Zaitun Dalam Pencegahan Dekubitus Pada Pasien di Ruang Icu”            | Jurnal Ilmiah Maksitek vol 5 No. 3 September 2020        | Sampel penelitian ini adalah seluruh populasi sebanyak 30 orang ( <i>total sampling</i> ) yang terbagi menjadi 2 kelompok yaitu kelompok intervensi sebanyak 15 orang dan kelompok kontrol sebanyak 15 orang. | Eksperimen semu ( <i>queasy experimental</i> ). Desain penelitian <i>case control</i> yaitu penelitian yang dilakukan untuk mengetahui perbedaan pada dua kelompok sampel yang berbeda | Ada perbedaan yang signifikan derajat dekubitus pada pengukuran awal (pretest) dan pada pengukuran akhir (posttest), nilai t-hitung (28,386) > t-tabel (1,761) dan nilai signifikan (0,000 < 0,05).<br><br>Ada perbedaan derajat luka dekubitus pada kelompok intervensi (diberi minyak zaitun) dibandingkan dengan derajat luka dekubitus pada kelompok kontrol di Murni Teguh Memorial Hospital Medan, nilai t-hitung (23,827) > t-tabel (1,701) dan nilai signifikan (0,000 < 0,05). |

## **F. Asuhan Keperawatan Dalam Pemenuhan Pencegahan Luka Tekan atau Dekubitus**

### **1. Pengkajian**

#### **a. Identitas**

Umur/usia perlu ditanyakan karena adanya hubungan dengan proses penyembuhan luka atau regenerasi sel. Ras dan suku bangsa perlu dikaji karena kulit yang tampak normal pada ras dan kebangsaan tertentu kadang tampak abnormal pada klien dengan ras dan kebangsaan lain (Smeltzer & Brenda, 2001).

#### **b. Keluhan Utama**

Merupakan keluhan yang paling dirasakan oleh klien sehingga ia mencari pertolongan. Keluhan yang diungkapkan klien pada umumnya yaitu adanya tanda-tanda risiko luka tekan yang sedang dikeluhkan, seperti nyeri, panas, kemerahan, dan kulit kering. Lokasi luka biasanya terdapat pada daerah-daerah yang menonjol, misalnya pada daerah belakang kepala, daerah bokong, tumit, bahu, dan daerah pangkal paha yang mengalami ischemia sehingga terjadi ulkus dekubitus.

#### **c. Riwayat keperawatan sekarang :**

Hal-hal yang perlu dikaji adalah mulai kapan keluhan terjadi (seperti : adanya nyeri, panas, kemerahan, dan kulit kering). Kemudian, lokasi keluhan (seperti: di belakang kepala, daerah bokong, tumit, bahu, dan daerah pangkal paha), intensitas, lamanya atau frekuensi, faktor yang memperberat atau memperingan serangan, serta keluhan- keluhan lain yang menyertai dan upaya-upaya yang telah dilakukan perawat disini harus menghubungkan masalah kulit dengan gejalanya seperti: gatal, panas, mati rasa, immobilisasi, nyeri, demam, edema, dan neuropati.

#### **d. Riwayat Penyakit Keturunan**

Riwayat penyakit keluarga perlu ditanyakan karena penyembuhan luka dapat dipengaruhi oleh penyakit – penyakit yang diturunkan seperti : DM, alergi, hipertensi. Riwayat penyakit kulit dan prosedur medis yang pernah dialami klien. Hal ini untuk memberikan informasi apakah perubahan pada

kulit merupakan manifestasi dari penyakit sistemik seperti : infeksi kronis, kanker, Diabetes Melitus.

e. Riwayat Pengobatan

yang perlu dikaji perawat yaitu: Kapan pengobatan dimulai, Dosis dan frekuensi, Waktu berakhirnya minum obat, ada alergi obat atau tidak (Amadi, 2018).

f. Status Sosial Ekonomi

Untuk mengidentifikasi factor lingkungan dan tingkat perekonomian yang dapat mempengaruhi pola hidup sehari-hari, karena hal ini memungkinkan dapat menyebabkan penyakit kulit

g. Riwayat Kesehatan, seperti:

- 1) *Bedrest* yang lama
- 2) Immobilisasi
- 3) Inkontinensia
- 4) Nutrisi atau hidrasi yang inadkuat

h. Pengkajian Psikososial

Kemungkinan hasil pemeriksaan psikososial yang tampak pada pasien yaitu: perasaan depresi, frustrasi, ansietas/kecemasan, keputusasaan.

i. Aktivitas Sehari- Hari

Pasien yang immobilisasi dalam waktu yang lama maka akan terjadi ulkus pada daerah yang menonjol karena berat badan bertumpu pada daerah kecil yang tidak banyak jaringan dibawah kulit untuk menahan kerusakan kulit. Sehingga diperlukan peningkatan latihan rentang gerak dan mengangkat berat badan.

j. Perubahan Pola Fungsi

1) Aktivitas/ istirahat

Tanda: penurunan kekuatan, ketahanan, keterbatasan rentang gerak pada area yang sakit gangguannya misalnya perubahan tonus otot.

2) Sirkulasi

Tanda: hipoksia, penurunan nadi perifer distal pada ekstremitas yang cidera, vasokonstriksi perifer umum dengan kehilangan nadi, kulit putih dan dingin, pembentukan edema jaringan.

3) Eliminasi

Tanda: keluaran urin menurun adalah tidak adanya pada fase darurat, warna mungkin hitam kemerahan, bila terjadi, mengidentifikasi kerusakan otot.

4) Makanan atau cairan

Tanda: edema jaringan umum, anoreksia, mual dan muntah.

5) Neurosensori

Gejala: area kebas/kesemutan

6) Pernapasan

Gejala: menurunnya fungsi medulla spinalis, edema medulla, kerusakan neurology, paralysis abdominal dan otot pernapasan.

7) Integritas ego

Gejala: masalah keluarga, pekerjaan, keuangan, kecacatan.

Tanda: ansietas, menangis, ketergantungan, menarik diri, marah.

8) Keamanan

Tanda: adanya fraktur akibat dilokasi (jatuh, kecelakaan, kontraksi otot tetanik, sampai dengan syok listrik).

k. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Umumnya penderita datang dengan keadaan sakit dan gelisah atau cemas akibat adanya kerusakan integritas kulit yang dialami.

2) Tanda Tanda Vital

Tekanan darah normal, nadi cepat, suhu meningkat dan respirasi rate meningkat.

3) Pemeriksaan Kepala Leher

a) Kepala Dan Rambut

Pemeriksaan meliputi bentuk kepala, penyebaran dan perubahan warna rambut serta pemeriksaan tentang luka. Jika ada luka pada daerah tersebut, menyebabkan timbulnya rasa nyeri dan kerusakan kulit.

b) Mata

Meliputi kesimetrisan, konjungtiva, reflek pupil terhadap cahaya dan gangguan penglihatan.

c) Hidung

Meliputi pemeriksaan mukosa hidung, kebersihan, tidak timbul pernafasan cuping hidung, tidak ada sekret.

d) Mulut

Catat keadaan adanya sianosis atau bibir kering.

e) Telinga

Catat bentuk gangguan pendengaran karena benda asing, perdarahan dan serumen. Pada penderita yang bet rest dengan posisi miring maka, kemungkinan akan terjadi ulkus didaerah daun telinga.

f) Leher

Mengetahui posisi trakea, denyut nadi karotis, ada tidaknya pembesaran vena jugularis dan kelenjar limfe.

4) Urogenital

Inspeksi adanya kelainan pada perinium. Biasanya klien dengan ulkus dan paraplegi terpasang kateter untuk buang air kecil.

5) Muskuloskeletal

Adanya fraktur pada tulang akan menyebabkan klien bedrest dalam waktu lama, sehingga terjadi penurunan kekuatan otot.

6) Neurologi

Tingkat kesadaran dikaji dengan sistem GCS. Nilainya bisa menurun bila terjadi nyeri hebat (syok neurogenik) dan panas atau demam tinggi, mual muntah, dan kaku kuduk.

7) Pengkajian Fisik Kulit

Pengkajian kulit melibatkan seluruh area kulit termasuk membrane mukosa, kulit kepala, rambut dan kuku. Tampilan kulit yang perlu dikaji yaitu warna, suhu, kelembaban, kekeringan, tekstur kulit (kasar atau halus), lesi, vaskularitas. Yang harus diperhatikan oleh perawat yaitu:

a) Warna, dipengaruhi oleh aliran darah, oksigenasi, suhu badan dan produksi pigmen

- b) Lesi, dapat dibagi menjadi dua yaitu :
  - a) Lesi primer, yang terjadi karena adanya perubahan pada salah satu komponen kulit
  - b) Lesi sekunder, adalah lesi yang muncul setelah adanya lesi primer. Gambaran lesi yang harus diperhatikan oleh perawat yaitu warna, bentuk, dan lokasi.
  - c) Edema  
Selama inspeksi kulit, perawat mencatat lokasi, distribusi dan warna dari daerah edema.
  - c) Kelembaban  
Normalnya, kelembaban meningkat karena peningkatan aktivitas atau suhu lingkungan yang tinggi kulit kering dapat disebabkan oleh beberapa faktor, seperti lingkungan kering atau lembab yang tidak cocok, intake cairan yang inadekuat, proses menua.
  - d) Integritas  
Yang harus diperhatikan yaitu lokasi, bentuk, warna, distribusi, apakah ada drainase atau infeksi.
  - e) Kebersihan kulit
  - f) Vaskularisasi  
Perdarahan dari pembuluh darah menghasilkan petechie dan echimosis.
  - g) Palpasi kulit  
Yang perlu diperhatikan yaitu lesi pada kulit, kelembaban, suhu, tekstur atau elastisitas, turgor kulit.

8) Pengkajian *Braden Score*

Untuk menilai resiko terjadinya *Pressure Ulcer/Luka Tekan*.

**PANDUAN PENGKAJIAN RESIKO PRESSURE ULCER/ LUKA TEKAN**

**BRADEN SCORE - untuk menilai resiko terjadinya Pressure Ulcer / Luka Tekan**

Resiko tinggi : Total skor < 11                      Resiko rendah : Total Skor 15 - 16 pada usia dibawah 60 tahun  
 Resiko sedang : Total Skor 12 - 14                      Total Skor 15 - 18 pada usia diatas 60 tahun

| FAKTOR RESIKO  | SKOR & DESKRIPSI  |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
|  | 1   | 2  | 3  | 4  |
| <b>PERSEPSI SENSORI</b><br>Kemampuan berespon terhadap ketidaknyamanan | <b>Sama sekali terbatas</b><br>Tidak berespon terhadap rangsang nyeri   | <b>Sangat terbatas</b><br>Hanya berespon terhadap rangsang nyeri   | <b>Sedikit terbatas</b><br>Berespon pada perintah verbal, tetapi tidak selalu mengkomunikasikan ketidaknyamanannya.        | <b>Tidak terganggu</b><br>Berespon penuh terhadap perintah verbal                              |
| <b>KELEMBABAN</b><br>Derajat kulit yang terpapar pada kelembaban       | <b>Lembab terus menerus</b><br>Terdeteksi linen basah setiap kali dibantu rubah posisi. Kulit sering terpapar dengan urine, keringat, dll.                              | <b>Sering lembab</b><br>Hampir membutuhkan penggantian linen 1-2 kali setiap shift   | <b>Kadang-kadang lembab</b><br>Membutuhkan penggantian linen rata-rata 2-3 kali per hari                                   | <b>Jarang lembab</b><br>Kulit biasanya kering, penggantian linen cukup dilakukan sesuai jadwal |
| <b>AKTIVITAS</b><br>Derajat aktivitas fisik                            | <b>Baring Total</b>   | <b>Duduk di kursi</b><br>Kemampuan sangat terbatas, tidak dapat menumpu BB sendiri dan masih perlu dibantu saat mobilisasi | <b>Kadang-kadang Jalan</b><br>Mampu berjalan untuk jarak pendek, aktifitas lebih banyak dilakukan di bed                   | <b>Sering berjalan</b><br>Dapat berjalan keluar kamar  |
| <b>MOBILITAS</b><br>Kemampuan untuk merubah posisi                     | <b>Immobilitas</b><br>Sepenuhnya tidak dapat menggerakkan tubuh dan ekstremitas tanpa bantuan.  | <b>Sangat terbatas</b><br>Mampu menggerakkan tubuh tapi tidak mampu secara berkala dan mandiri                             | <b>Sedikit terbatas</b><br>Mampu menggerakkan tubuh secara berkala tapi tidak optimal/ bermakna                            | <b>Tidak terbatas</b><br>Mampu merubah posisi secara berkala tanpa bantuan                     |
| <b>NUTRISI</b><br>Pola intake makanan                                  | <b>Sangat Buruk</b><br>Pasien puasa atau pasien dengan asupan cairan per hari sangat kurang, jarang makan lebih dari 1/3 porsi makan yang disajikan                     | <b>Tidak Adekuat</b><br>Hanya menghabiskan 1/2 porsi makan yang disajikan  | <b>Adekuat</b><br>Mampu menghabiskan 3/4 porsi makan, menggunakan TPN/NGT yang komposisinya memenuhi 3/4 kebutuhan nutrisi | <b>Sangat Baik</b><br>Menghabiskan 1 porsi makan yang disajikan                                |
| <b>GESEKAN</b>   | <b>Bermasalah</b><br>Setiapkali mengangkat terjadi gesekan dengan sheet, pasien sering merosot dan harus dibantu saat memperbaiki posisi. Pasien spastis dan kontraktur | <b>Potensial bermasalah</b><br>Dapat bergerak bebas tapi tetap membutuhkan bantuan minimal.                                | <b>Tidak bermasalah</b><br>Bergerak di bed/ kursi tanpa bantuan  |  |



## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah proses menganalisa data subjektif dan objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosis keperawatan (Amin, 2015). Diagnosis keperawatan melibatkan proses berfikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medik dan pemberian pelayanan kesehatan yang lain. Komponen komponen dalam pernyataan diagnosis keperawatan meliputi masalah (*problem*), penyebab (*etiologi*), tanda dan gejala (*sign and symptom*) (Asmadi, 2015).

Diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien dengan Penyakit Stroke yang mengalami tiras baring lama adalah Risiko Luka Tekan, yaitu berisiko mengalami cedera local pada kulit dan/jaringan, biasanya pada tonjolan tulang akibat tekanan dan/atau gesekan (SDKI, 2017).

Dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2017) risiko luka tekan termasuk ke dalam sub kategori keamanan. Faktor risiko yang dapat menyebabkan luka tekan yaitu *Braden Score*  $Q \leq 16$  (anak) atau skor skala Braden  $< 18$  (dewasa), perubahan fungsi kognitif, perubahan sensasi, anemia, penurunan mobilitasi, penurunan kadar albumin, penurunan oksigenasi jaringan, penurunan perfusi jaringan, dehidrasi, kulit kering, edema, peningkatan suhu kulit, usia diatas 65 tahun, berat badan lebih, fraktur tungkai, riwayat stroke, riwayat luka tekan, riwayat trauma, hipertermi, inkontinensia, ketidakadekuatan nutrisi, imobilisasi fisik, penekanan diatas tonjolan tulang, gesekan permukaan kulit.

### 3. Tabel 2.5 Perencanaan Keperawatan

| No | Diagnosa Keperawatan   | Tujuan /Kriteria Hasil (SLKI)   | Rencana Keperawatan  |   |
|----|--|---|--|---|
|    |  |   | Intervensi (SLKI)  | Rasional  |
| 1  | <p>Risiko Luka Tekan</p> <p><b>Definisi :</b><br/>Berisiko menangani cedera lokal pada kulit/atau jaringan, biasanya pada tonjolan tulang akibat tekanan dan/atau gesekan.</p> <p><b>Faktor Risiko :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Braden Score <math>Q \leq 16</math> (anak) atau skor skala Braden <math>&lt; 18</math> (dewasa)</li> <li>2. Perubahan Fungsi Kognitif</li> <li>3. Perubahan Sensasi</li> <li>4. Anemia</li> <li>5. Penurunan Mobilisasi</li> <li>6. Penurunan Kadar Albumin</li> <li>7. Penurunan Oksigenasi Jaringan</li> <li>8. Penurunan Perfusi Jaringan</li> </ol> | <p>telah diberikan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan <b>Integritas Kulit dan Jaringan</b> Meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerusakan jaringan menurun</li> <li>2. Kerusakan lapisan kulit menurun</li> <li>3. Nyeri menurun</li> <li>4. Kemerahan menurun</li> <li>5. Perdarahan menurun</li> <li>6. Pigmentasi abnormal menurun</li> <li>7. Jaringan parut menurun</li> <li>8. Nekrosis menurun</li> <li>9. Suhu kulit membaik</li> <li>10. Sensasi membaik</li> <li>11. Tekstur membaik</li> </ol> | <p><b>SIKI : Pencegahan Luka Tekan</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa luka tekan dengan menggunakan skala (braden)</li> <li>2. Periksa adanya luka tekan sebelumnya</li> <li>3. Monitor suhu yang tertekan</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skala norton dan braden metode yang digunakan dalam menilai resiko terjadinya luka tekan pada pasien dengan tirah baring lama</li> <li>2. Riwayat pasien menderita luka tekan sebelumnya dapat berisiko menyebabkan pasien mengalami luka tekan Kembali</li> <li>3. Peningkatan suhu dapat menjadikan terjadinya luka kemerahan dan luka lecet saat tertekan</li> </ol> |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <p>9. Dehidrasi<br/> 10. Kulit Kering<br/> 11. Edema<br/> 12. Peningkatan Suhu Kulit<br/> 13. Usia Diatas 65 Tahun<br/> 14. Berat Badan Lebih<br/> 15. Fraktur Tungkai<br/> 16. Riwayat Stroke<br/> 17. Riwayat Luka Tekan<br/> 18. Riwayat Trauma<br/> 19. Hipertermi<br/> 20. Inkontinensia<br/> 21. Ketidakadekuatan Nutrisi<br/> 22. Imobilisasi Fisik<br/> 23. Penekanan Diatas Tonjolan Tulang,<br/> 24. Gesekan Permukaan Kulit</p> |  | <p>4. Monitor ketat area kemerahan</p> <p>5. Monitor kulit diatas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi</p> <p>6. Monitor sumber tekanan dan gesekan</p> <p>7. Monitor mobilitas dan aktivitas individu</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>1. Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontenensia fekal</p> | <p>4. Untuk mencegah terjadinya luka lecet, kemerahan merupakan tanda awal adanya masalah pada kulit</p> <p>5. Penekanan pada kulit diatas tonjolan tulang dalam jangka waktu yang lama dapat menyebabkan terhambatnya sirkulasi pada kulit dan jaringan</p> <p>6. Meminimalkan mungkin adanya tekanan dan gesekan pada kulit pasien</p> <p>7. Kemampuan pasien dalam mobilisasi dan aktivitas dapat menjadi factor utama terjadinya decubitus.</p> <p>1. Kelembaban karena keringat, cairan luka, feses atau urine yang</p> |
|--|--|---|--|

|  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
|  |  |  | <p>atau urine</p> <p>2. Gunakan lotion</p> <p><b>1. <i>Extra Virgin Olive Oil (VCO)</i></b></p> <p><b>2. Minyak zaitun</b></p> <p>3. Ubah posisi dengan hati-hati setiap 2 jam</p> <p><b>3. Alih baring setiap 2 jam</b></p> | <p>bersifat tidak bersih dapat memperberat terjadinya luka tekan</p> <p>2. Pemberian <i>Lotion</i> dapat memberikan kelembaban pada kulit, sehingga mencegah kulit kering yang berisiko lecet.</p> <p><b>1. <i>Extra virgin olive oil (VCO)</i></b> dapat membantu melembabkan daerah kulit dan mencegah terjadinya luka lecet</p> <p><b>2. Minyak zaitun</b> dapat membantu melembabkan daerah kulit dan mencegah terjadinya luka lecet</p> <p>3. Mengubah posisi setiap 2 jam dapat memperbaiki sirkulasi pada daerah</p> |
|--|--|--|--|---|

|  |  |  |   |   |
|--|--|--|---|---|
|  |  |  | <p><b>Mengatur posisi 30 derajat</b></p> <p><b>4. Mengatur posisi miring kanan dan kiri setiap 2 jam</b></p> <p>4. Berikan massage, sesuai indikasi</p> <p><b>5. Memberikan <i>massage efflurage</i> dengan <i>Virgin Coconut Oil (VCO)</i></b></p> | <p>punggung pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengubah posisi dapat merubah titik tumpuan dan memperlancar aliran darah, mencegah penekanan yang lama pada daerah penonjolan tulang.</li> </ul> <p>Mengurangi tekanan dan gaya gesek yang dapat melukai kulit.</p> <p>4. Dapat melancarkan aliran darah, dan memberikan efek relaksasi, menjaga keelastisan dan kelembabab kulit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Massage</i> yang dilakukan dalam penelitian ini menggunakan <i>Virgin</i></li> </ul> |
|--|--|--|---|---|

|  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
|  |  |  | <p><b>6. Massage dengan minyak zaitun</b></p> | <p><i>Coconut Oil (VCO)</i> yang sangat baik untuk kesehatan kulit, mengandung pelembab alami sehingga mudah diserap kulit, mengandung vitamin E yang dapat membantu menjaga kulit agar tetap lembut, halus, dan mengurangi risiko kanker kulit.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Minyak zaitun dapat membantu melembabkan daerah kulit dan mencegah terjadinya luka lecet dan dikombinasikan dengan <i>massage</i> untuk</li></ul> |
|--|--|--|---|--|

|  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
|  |  |  | <p>5. Buat jadwal perubahan posisi</p> <p>6. Jaga sprai tetap kering, bersih, dan tidak ada kerutan</p> <p>7. Hindari pemberian lotion pada daerah luka atau kemerahan</p> <p>8. Hindari penggunaan air hangat dan sabun keras saat mandi</p> | <p>memperlancarkan sirkulasi</p> <p>5. Menjadwalkan perubahan posisi dapat mencegah terjadinya luka tekan akibat tirah baring yang lama</p> <p>6. Sebagai upaya mencegah kulit pasien agar tidak terjadi lecet akibat sprai tempat tidur</p> <p>7. Pemberian lotion pada daerah luka atau kemerahan, dapat menyebabkan luka hipersensitif dan memperberat keadaan</p> <p>8. Penggunaan sabun mandi yang mengandung bahan yang sensitive pada kulit dapat menyebabkan kulit menjadi iritasi</p> |
|--|--|--|---|--|

|  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
|  |  |  | <p>9. Pastikan asupan makanan yang cukup terutama protein, vitamin B dan C, zat besi, dan kalori.</p> <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda-tanda kerusakan kulit</li> <li>2. Anjurkan melapor jika ada tanda-tanda kerusakan kulit</li> <li>3. Ajarkan cara merawat kulit</li> </ol> | <p>9. Konsumsi protein, vitamin, zat besi, dan kalori yang adekuat dapat mempercepat proses penyembuhan luka.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien dan keluarga mendapatkan informasi terkait tanda kerusakan kulit (seperti kemerahan, iritasi, gatal, dan luka)</li> <li>2. Agar diberikan penanganan yang maksimal pada kerusakan kulit</li> <li>3. Agar keluarga dapat merawat kulit dengan prinsip yang telah diajarkan perawat</li> </ol> |
|--|--|--|--|---|



#### **4. Implementasi**

Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi masalah resiko luka tekan yaitu memeriksa luka tekan yaitu dengan menggunakan skala braden, memeriksa adanya luka tekan sebelumnya, memonitor ketat adanya area kemerahan, memonitor kulit diatas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi, memonitor sumber tekanan dan gesekan, memonitor mobilitas dan aktivitas individu, mengeringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontenensia fekal atau urine, menjaga sprai tetap kering, bersih, dan tidak ada kerutan, menjaga kelembaban kulit dengan memberikan topikal pada kulit (*Extra Virgin Olive Oil (VCO)*, minyak zaitun), merubah posisi setiap 2 jam (Alih baring setiap 2 jam, mengatur posisi 30 derajat, mengatur posisi miring kanan dan kiri setiap 2 jam), memberikan massage (Memberikan *massage efflurage* dengan *Virgin Coconut Oil (VCO)*, massage dengan minyak zaitun), menghindari penggunaan air hangat dan sabun keras saat mandi, menjelaskan tanda-tanda kerusakan kulit, menganjurkan melapor jika ada tanda-tanda kerusakan kulit.

#### **5. Evaluasi**

Evaluasi adalah proses keperawatan mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien kearah pencapaian tujuan. Tahap akhir yang bertujuan untuk mencapai kemampuan klien dan tujuan dengan melihat perkembangan klien. Evaluasi klien stoke dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya pada tujuan (Potter & Perry,2015).

Evaluasi yang digunakan berbentuk S (*subjektif*), O (*objektif*), A (*analisa*), P (*perencanaan terhadap analisis*). Evaluasi dilakukan setiap hari pada kasus yaitu menggunakan evaluasi SOAP pada awal jam dinas dan terakhir di evaluasi kembali setelah diberikan intervensi pada jam akhir dinas (Potter & Perry, 2005).



## **BAB III**

### **METODELOGI**

#### **A. Rencana Studi Kasus**

Studi kasus ini menggunakan desain penelitian deskriptif kualitatif dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Pada studi kasus KIAN ini, penulis berupaya untuk memberikan gambaran secara sistematis, aktual dan akurat tentang asuhan keperawatan pencegahan luka tekan pada pasien stroke yang mengalami tira baring di ruang Stroke RSUD M Yunus Bengkulu Tahun 2022. Pendekatan asuhan keperawatan yang digunakan meliputi tahapan pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan.

#### **B. Subjek Studi Kasus**

Subyek penelitian yang digunakan dalam Gambaran aspek pencegahan luka tekan pada pasien stroke di ruang Stroke RSUD M Yunus Bengkulu. Individu yang mengalami resiko luka tekan dengan penyakit Stroke. Adapun subyek penelitian yang akan diteliti berjumlah dua orang pada pasien Stroke dengan kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut:

##### 1. Kriteria Inklusi

- a. Pasien yang telah didiagnosa menderita Stroke
- b. Pasien dengan hemodinamik stabil
- c. Pasien yang tidak ada gangguan sistem pernafasan
- d. Pasien yang mengalami tira baring
- e. Usia pasien > 55 tahun (lansia menurut WHO,2013)

##### 2. Kriterion Eksklusi

- a. Pasien meninggal dunia sebelum 3 hari rawat selesai
- b. Pasien pulang permintaan sendiri sebelum 3 hari rawat selesai.
- c. Pasien membatalkan kontrak responden

### C. Definisi Oprasional

1. Asuhan keperawatan adalah suatu proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan pada pasien stoke
2. Stroke adalah suatu kondisi gangguan system persyarafan yang dialami oleh pasien dengan dignosa medis yang telah di tetapkan oleh dokter tercantum dalam rekam medic dan mengalami resiko luka tekan.
3. Pencegahan luka tekan atau dekubitus pada penelitian ini didefinisikan sebagai rangkaian tindakan keperawatan yang dirangkai untuk merawat dan pencegahan luka akibat dari penekanan dan gesekkan pada saat tira baring yang lama.

### D. Tempat dan Waktu

Lokasi penelitian ini adalah di ruang Stroke RSUD M Yunus Bengkulu Tahun 2022. Proses pengumpulan data dilakukan pada saat penulis penelitian pada tanggal 29 April 2022 sampai tanggal 28 Mei 2022.

### E. Pengumpulan Data

1. Anamnesa yaitu data di dapatkan melalui wawancara dengan hasil anamnesis yang harus di dapatkan berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang – dahulu keluarga, riwayat psikologi. Sumber data bisa dari klien, keluarga, perawat lainnya.
2. Observasi dan pemeriksaan fisik yang meliputi keadaan umum, pemeriksaan ADL (*Activity Daily Living*), pemeriksaan fungsi neurologis, fungsi motorik, fungsi integumen, serebral, tingkat kesadaran, penilaian risiko luka tekan pada sistem tubuh pasien. Data fokus yang harus didapatkan adalah sistem integumen.
3. Studi dokumentasi dan instrument dilakukan menggunakan *study literature* yaitu peneliti melakukan pencarian dan pengumpulan data yang berkaitan

dengan masalah dan tujuan penelitian yang sama. Teknik ini bertujuan untuk mengungkapkan berbagai teori-teori yang relevan dengan permasalahan yang dihadapi atau teliti sebagai bahan rujukan.

## **F. Penyajian Data**

Penyajian data pada studi kasus disajikan secara tekstual dengan data-data proses asuhan keperawatan yang kemudian disajikan secara terstruktur atau narasi, disertai dengan ungkapan verbal dan cuplikan. Dalam penelitian ini, penulis meneliti dua responden stroke dengan masalah resiko luka tekan.

## **G. Etika Studi Kasus**

Peneliti akan mempertimbangkan etik dan legal penelitian untuk melindungi responden agar terhindar dari segala bahaya serta ketidaknyamanan fisik dan psikologis. *Ethical clearence* mempertimbangkan hal-hal dibawah ini:

### 1. *Self determinan*

Pada studi kasus ini, responden diberi kebebasan untuk berpartisipasi atau tidak dalam penelitian ini tanpa ada paksaan.

### 2. Tanpa nama (*anonimity*)

Peneliti menjaga kerahasiaan responden dengan cara tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data, peneliti hanya akan member inisial sebagai pengganti identitas responden.

### 3. Kerahasiaan (*confidentialy*)

Semua informasi yang didapat dari responden tidak akan disebarluaskan ke orang lain dan hanya peneliti yang mengetahuinya. Dan 3 bulan setelah hasil penelitian di presentasikan, data yang diolah akan dimusnahkan demi kerahasiaan responden.

### 4. Keadilan (*Justice*)

Peneliti akan memperlakukan semua responden secara adil selama pengumpulan data tanpa adanya diskriminasi, baik yang bersedia

mengikuti peneliti nmaupun yang menolak untuk menjadi responden penelitian.

5. Asas Kemanfaatan (*beneficiency*)

Asas kemanfaatan harus memiliki tiga prinsip yaitu bebas penderitaan, bebas eksploitasi dan beban resiko. Bebas penderitaan yaitu peneliti menjamin responden tidak akan mengalami cedera, mengurangi rasa sakit, dan tidak akan memberikan penderitaan pada responden. Bebas eksploitasi dimana pemberian informasi dari responden akan digunakan sebaik mungkin dan tidak akan digunakan secara sewenang- wenang demi keuntungan peneliti. Bebas risiko yaitu responden terhindar dari risiko bahaya kedepannya. Tujuan dari penelitian adalah untuk menambah pengetahuan, menerapkan perawatan pasien stroke untuk pencegahan luka tekan serta berperan dalam mengurangi hari lama rawat.

6. *Maleciance*

Peneliti menjamin tidak akan menyakiti, membahayakan, atau memberikan ketidaknyamanan baik secara fisik maupun psikologi.

## BAB IV HASIL STUDI KASUS

Pada bab ini penulis memaparkan tentang pelaksanaan Asuhan keperawatan pencegahan risiko luka tekan pada pasien dengan stroke di ruang Stroke di RSUD DR M Yunus Bengkulu. dilaksanakan pada bulan april sampai mei 2022, Asuhan keperawatan yang dilakukan meliputi pengkajian dan analisis data diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Pengkajian ini di dilakukan dengan allo anamnesa (wawancara dengan keluarga atau orang terdekat), tenaga kesehatan lain (perawat Ruangan), pengamatan, observasi, pemeriksaan fisik, menelaah catatan medis dan catatan keperawatan sebagai berikut:

### A. Gambaran Pengkajian Pada Pasien Stroke

1. Gambaran Karakteristik Pasien Stroke di ruang Stroke RSUD DR M Yunus Bengkulu

Tabel 2.6

| Identitas Klien Tn.Y  | Identitas Klien Ny. S   |
|---|---|
| Seorang pasien laki-laki bernama Tn.Y berusia 56 tahun lahir tanggal 28-03-1965 dengan status menikah, beragama Islam, pendidikan terakhir SMA dan dengan pekerjaan swasta tinggal di alamat jalan Pangeran Duayu | Seorang pasien perempuan Ny. S berusia 58 tahun lahir tanggal 29-09-1963 dengan status menikah, beragama Islam, pendidikan terakhir SMP dan sebagai ibu rumah tangga, tinggal di alamat DS.Suka Raja. |

## 2. Riwayat Kesehatan

Tabel 2.6

| No | Riwayat Kesehatan               | Pasien Tn. Y   | Pasien Ny. S  |
|----|---------------------------------|--|---|
| 1. | Keluhan Utama Masuk Rumah Sakit | Pasien Tn. y datang ke IGD RSUD dr. M. Yunus Bengkulu diantar oleh keluarga pada hari Sabtu tanggal 19/04/2022 pukul 12.45 WIB dengan keluhan penurunan kesadaran sejak 8 jam sebelum masuk rumah sakit.   | Pasien Ny s datang ke IGD RSUD dr. M.Yunus Bengkulu diantar keluarga pada Senin, 07/05/2022 pukul 15.50 WIB dengan keluhan badannya lemah dan sulit untuk beraktifitas karena sakit.  |
| 2. | Keluhan Sekarang                | Pada saat dikaji hari Jum'at tanggal 25/04/2022 pukul 15.00 WIB di ruang Stroke RSUD dr. M. Yunus Bengkulu, pada saat dilakukan pengkajian pasien terlihat lemah, kesadaran composmentis GCS 15 (E4M6V5), pasien mengatakan nyeri dan sulit sekali menggerakkan anggota badan terutama pada tangan dan kaki dikarenakan bedrest yang lama. | Pada saat dikaji hari selasa tanggal 08/05/22 pukul 14.00 WIB di ruang Stroke RSUD dr. M. Yunus Bengkulu, pada saat dilakukan pengkajian pasien tidak terlalu banyak bicara dan masih sedikit pelo saat berbicara, terdapat kelemahan anggota gerak pada tangan kaki kiri. Pasien masih kesulitan dalam berbicara dan anggota gerak sebelah kiri masih lemah. |
| 3. | Riwayat Kesehatan Dahulu        | Pasien mengatakan bahwa dirinya menderita Diabetes sejak 6 tahun lalu. Dahulu pasien sering mengkonsumsi kopi, makanan yang manis dan makanan pedas, pasien juga merokok sejak SMP.  | Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien menderita hipertensi. Menurut keluarga pasien sering terbangun saat tidur dan mengeluh lemas. Keluarga mengatakan pasien tidak memiliki alergi obat atau makanan.   |
| 4. | Riwayat Kesehatan Keluarga      | Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mempunyai riwayat penyakit seperti yang diderita Tn. Y   | Keluarga pasien Ny.S mengatakan ada keluarga dari ibu Ny.S memang ada riwayat sakit stroke , hipertensi seperti yang dialami Ny.S   |



## 3. Pengkajian Pola Kebiasaan

Tabel 2.8

## Pola kebiasaan pasien Diabetes Melitus dengan Resiko Luka Tekan di RSUD dr. M.Yunus Bengkulu

| No. | Aspek Yang Diambil           | Pasien Tn. Y   | Pasien Ny S  |
|-----|------------------------------|--|--|
| 1.  | Kebutuhan Oksigenasi         | Pasien mengatakan tidak sesak napas, saat diperiksa tidak ada sputum yang tertahan, frekuensi normal 20x/m, pola napas regular, tidak ada pernapasan cuping hidung, saat di auskultasi bunyi napas vesikuler.  | Pasien mengatakan tidak sesak napas, saat diperiksa tidak ada sputum yang tertahan, frekuensi napas 20 x/m, tidak ada tanda-tanda sianosis, tidak ada pernapasan cuping hidung, saat di auskultasi bunyi napas vesikuler   |
| 2.  | Kebutuhan Aktifitas          | Keluarga mengatakan pasien masih sangat lemah dan sulit menggerakkan anggota badan, pasien juga mengatakan nyeri dan sulit sekali menggerakkan anggota badan terutama pada tangan dan kaki dikarenakan <i>bedrest</i> yang lama. Pemenuhan aktivitas sepenuhnya dibantu oleh keluarga seperti personal hygiene, makan dan minum. | Keluarga mengatakan pasien masih lemah dan sulit menggerakkan anggota badan, terutama pada tangan dan kaki dikarenakan dikarenakan stroke, dan pasien harus <i>bedrest</i> . Pemenuhan aktivitas dibantu oleh keluarga seperti personal hygiene, makan dan minum, dan eliminasi. |
| 3.  | Kebutuhan Nutrisi dan cairan | Pada saat dilakukan pengkajian kebutuhan makan : keluarga mengatakan frekuensi 3 x sehari, jenis makanan yang dimakan susu cair, porsi makanan yang dihabiskan 250 cc. Pasien makan menggunakan NGT, pasien belum mampu menelan.   | Pada saat dilakukan pengkajian kebutuhan makan : keluarga mengatakan frekuensi 3 x sehari, jenis makanan yang dimakan bubur dan lauk yang telah disiapkan rumah sakit, porsi makanan yang dihabiskan $\pm \frac{1}{2}$ porsi. Pasien makan dibantu oleh keluarga.                |

|    |                               |   |  |
|----|-------------------------------|---|--|
|    |                               | Minum : jenis minuman air putih, jumlah minum 600 cc/ 24 jam, pasien minum menggunakan NGT.   | Minum : jenis minuman air putih, jumlah minum 1200 cc/ 24 jam, pasien minum lewat mulut.   |
| 4. | Kebutuhan istirahat dan tidur | Keluarga Tn. Y mengatakan lama tidur siang $\pm 4$ jam, lama tidur malam $\pm 6$ jam, pasien memiliki kesulitan tidur, dan tidak merasa segar bangun tidur.   | Keluarga Ny. S mengatakan lama tidur siang $\pm 3$ jam, lama tidur malam $\pm 7$ jam, dan tidak merasa segar bangun tidur karena sering terbangun ingin BAK.   |
| 5  | Kebutuhan eliminasi           | Keluarga Tn.y mengatakan selama dirumah sakit frekuensi BAB 2x sehari dengan konsistensi lembek dan berwarna kekuningan. BAK pasien $\pm 350$ cc per 24 jam. BAB dan BAK dilakukan di tempat tidur. Pasien terpasang kateter dan popok. | Keluarga Ny.S mengatakan selama dirumah sakit frekuensi BAB 1x sehari dengan konsistensi lunak dan berwarna kekuningan. BAK pasien $\pm 900$ cc per 24 jam. BAB dan BAK dilakukan di tempat tidur dibantu oleh keluarga. |

## 4. Pemeriksaan Fisik

**Pemeriksaan fisik pada pasien Stroke dengan Resiko Luka Tekan di RSUD dr. M.Yunus Bengkulu**

| Jenis Pemeriksaan     | Tn. S   | Tn. J  |
|-----------------------|---|--|
| Penampilan Umum       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Keadaan umum terlihat lemah.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Keadaan umum terlihat lemah.</li> </ul>   |
| Tingkat Kesadaran     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Kesadaran composmentis (GCS 15), E4M6V5</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Kesadaran composmentis (GCS15), (E4M5V<i>disatria</i>)</li> </ul>   |
| Antropometri          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Berat badan 49 kg, tinggi badan 168, IMT = 17,5</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Berat badan 58 kg, tinggi badan 165, IMT = 21,3</li> </ul>  |
| TTV                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Tekanan darah : 120/74 mmHg,</li> <li>Frekuensi nadi: 84 x/m,</li> <li>Frekuensi napas 20 x/m,</li> <li>Suhu:36,5 °C,</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Tekanan darah : 174/102 mmHg,</li> <li>Frekuensi nadi: 65 x/m,</li> <li>Frekuensi napas 20 x/m,</li> <li>Suhu:36,5 °C,</li> </ul> |
| Sistem Kardiovaskuler | Frekuensi nadi 84 x/m, irama nadi teratur, tidak ada distensi vena jugularis, CRT <3 detik  | Frekuensi nadi 65 x/m, irama nadi teratur, tidak ada distensi vena jugularis, CRT <3 detik   |
| Sistem integument     | Turgor kulit baik, warna kulit kuning langsung, terdapat penekanan diatas tonjolan tulang dibagian punggung dan kulit kering.   | Turgor kulit baik, warna kulit kuning langsung, kulit kering.  |
| Sistem Endokrin       | Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid,   | Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada  |

|                        |   |   |
|------------------------|---|---|
|                        | tidak ada pembesaran kelenjar getah bening. Tidak ada napas bau keton   | pembesaran kelenjar getah bening. Tidak ada napas bau keton   |
| Sistem Muskuloskeletal | Tidak ada fraktur, keadaan tonus otot lemah, terdapat kelemahan pada ekstremitas bawah.<br>kekuatan otot $\frac{444}{333} \mid \frac{444}{333}$ | Tidak ada fraktur, keadaan tonus otot lemah, terdapat kelemahan pada ekstremitas kiri atas dan bawah.<br>kekuatan otot $\frac{555}{555} \mid \frac{222}{222}$ |

## 5. Pengkajian *Braden Score*

Hasil pengkajian *Braden Score* pada Tn. Y

### **BRADEN SCORE - untuk menilai resiko terjadinya Pressure Ulcer / Luka Tekan**

**Pasien : Tn Y**

Resiko tinggi: Total skor < 11      Resiko rendah: Total Skor 15 - 16 pada usia dibawah 60 tahun

Resiko sedang : Total Skor 12 – 14                      Total Skor 15 - 18 pada usia diatas 60 tahun

| FAKTOR RESIKO  |   |  |   |   |
|--|---|--|---|---|
|  | 1   | 2  | 3   | 4   |
| <b>PERSEPSI SENSORI</b><br>Kemampuan berespon terhadap ketidaknyamanan | <b>Sama sekali terbatas</b><br>Tidak berespon terhadap rangsang nyeri   | <b>Sangat terbatas</b><br>Hanya berespon terhadap rangsang nyeri   | <b>Sedikit terbatas</b><br>Berespon pada perintah verbal, tetapi tidak selalu mengkomunikasikan ketidaknyamanannya.         | <b>Tidak terganggu</b><br>Berespon penuh terhadap perintah verbal                               |
| <b>KELEMBABAN</b><br>Derajat kulit yang terpapar pada kelembaban       | <b>Lembab terus menerus</b><br>Terdeteksi linen basah setiap kali dibantu rubah posisi, Kulit sering terpapar dengan urine, keringat, dll.                              | <b>Sering lembab</b><br>Hampir membutuhkan penggantian linen 1-2 kali setiap shift   | <b>Kadang-kadang lembab</b><br>Membutuhkan penggantian linen rata-rata 2-3 kali per hari                                    | <b>Jarang lembab</b><br>Kulit biasanya kering , penggantian linen cukup dilakukan sesuai jadwal |
| <b>AKTIVITAS</b><br>Derajat aktivitas fisik                            | <b>Baring Total</b>   | <b>Duduk di kursi</b><br>Kemampuan sangat terbatas, tidak dapat menumpu BB sendiri dan masih perlu dibantu saat mobilisasi | <b>Kadang-kadang Jalan</b><br>Mampu berjalan untuk jarak pendek, aktifitas lebih banyak dilakukan di bed                    | <b>Sering berjalan</b><br>Dapat berjalan keluar kamar   |
| <b>MOBILITAS</b><br>Kemampuan untuk merubah posisi                     | <b>Immobilitas</b><br>Sepenuhnya tidak dapat menggerakkan tubuh dan ekstremitas tanpa bantuan.  | <b>Sangat terbatas</b><br>Mampu menggerakkan tubuh tapi tidak mampu secara berkala dan mandiri                             | <b>Sedikit terbatas</b><br>Mampu menggerakkan tubuh secara berkala tapi tidak optimal/ bermakna                             | <b>Tidak terbatas</b><br>Mampu merubah posisi secara berkala tanpa bantuan                      |
| <b>NUTRISI</b><br>Pola intake makanan                                  | <b>Sangat Buruk</b><br>Pasien puasa atau pasien dengan asupan cairan per hari sangat kurang, jarang makan lebih dari 1/3 porsi makan yang disajikan                     | <b>Tidak Adekuat</b><br>Hanya menghabiskan 1/2 porsi makan yang disajikan  | <b>Adekuat</b><br>Mampu menghabiskan 3/4 porsi makan , menggunakan TPN/NGT yang komposisinya memenuhi 3/4 kebutuhan nutrisi | <b>Sangat Baik</b><br>Menghabiskan 1 porsi makan yang disajikan                                 |
| <b>GESEKAN</b>   | <b>Bermasalah</b><br>Setiapkali mengangkat terjadi gesekan dengan sheet, pasien sering merosot dan harus dibantu saat memperbaiki posisi. Pasien spastis dan kontraktur | <b>Potensial bermasalah</b><br>Dapat bergerak bebas tapi tetap membutuhkan bantuan minimal.                                | <b>Tidak bermasalah</b><br>Bergerak di bed/ kursi tanpa bantuan   |   |

Jumlah Skor

12(Resiko Sedang)

Hasil pengkajian *Braden Score* pada Ny.S

**BRADEN SCORE - untuk menilai resiko terjadinya Pressure Ulcer / Luka Tekan**

**Pasien : Ny.S**

Resiko tinggi: Total skor < 11      Resiko rendah: Total Skor 15 - 16 pada usia dibawah 60 tahun

Resiko sedang : Total Skor 12 – 14

Total Skor 15 - 18 pada usia diatas 60 tahun

| FAKTOR RESIKO  |   |  |   |   |
|--|---|--|---|---|
|  | 1   | 2  | 3   | 4   |
| <b>PERSEPSI SENSORI</b><br>Kemampuan berespon terhadap ketidaknyamanan | <b>Sama sekali terbatas</b><br>Tidak berespon terhadap rangsang nyeri   | <b>Sangat terbatas</b><br>Hanya berespon terhadap rangsang nyeri   | <b>Sedikit terbatas</b><br>Berespon pada perintah verbal, tetapi tidak selalu mengkomunikasikan ketidaknyamanannya.         | <b>Tidak terganggu</b><br>Berespon penuh terhadap perintah verbal                               |
| <b>KELEMBABAN</b><br>Derajat kulit yang terpapar pada kelembaban       | <b>Lembab terus menerus</b><br>Terdeteksi linen basah setiap kali dibantu rubah posisi, Kulit sering terpapar dengan urine, keringat, dll.                              | <b>Sering lembab</b><br>Hampir membutuhkan penggantian linen 1-2 kali setiap shift   | <b>Kadang-kadang lembab</b><br>Membutuhkan penggantian linen rata-rata 2-3 kali per hari                                    | <b>Jarang lembab</b><br>Kulit biasanya kering , penggantian linen cukup dilakukan sesuai jadwal |
| <b>AKTIVITAS</b><br>Derajat aktivitas fisik                            | <b>Baring Total</b>   | <b>Duduk di kursi</b><br>Kemampuan sangat terbatas, tidak dapat menumpu BB sendiri dan masih perlu dibantu saat mobilisasi | <b>Kadang-kadang Jalan</b><br>Mampu berjalan untuk jarak pendek, aktifitas lebih banyak dilakukan di bed                    | <b>Sering berjalan</b><br>Dapat berjalan keluar kamar   |
| <b>MOBILITAS</b><br>Kemampuan untuk merubah posisi                     | <b>Immobilitas</b><br>Sepenuhnya tidak dapat menggerakkan tubuh dan ekstremitas tanpa bantuan.  | <b>Sangat terbatas</b><br>Mampu menggerakkan tubuh tapi tidak mampu secara berkala dan mandiri                             | <b>Sedikit terbatas</b><br>Mampu menggerakkan tubuh secara berkala tapi tidak optimal/ bermakna                             | <b>Tidak terbatas</b><br>Mampu merubah posisi secara berkala tanpa bantuan                      |
| <b>NUTRISI</b><br>Pola intake makanan                                  | <b>Sangat Buruk</b><br>Pasien puasa atau pasien dengan asupan cairan per hari sangat kurang, jarang makan lebih dari 1/3 porsi makan yang disajikan                     | <b>Tidak Adekuat</b><br>Hanya menghabiskan 1/2 porsi makan yang disajikan  | <b>Adekuat</b><br>Mampu menghabiskan 3/4 porsi makan , menggunakan TPN/NGT yang komposisinya memenuhi 3/4 kebutuhan nutrisi | <b>Sangat Baik</b><br>Menghabiskan 1 porsi makan yang disajikan                                 |
| <b>GESEKAN</b>   | <b>Bermasalah</b><br>Setiapkali mengangkat terjadi gesekan dengan sheet, pasien sering merosot dan harus dibantu saat memperbaiki posisi. Pasien spastis dan kontraktur | <b>Potensial bermasalah</b><br>Dapat bergerak bebas tapi tetap membutuhkan bantuan minimal.                                | <b>Tidak bermasalah</b><br>Bergerak di bed/ kursi tanpa bantuan   |   |

Jumlah Skor

14(Resiko Sedang)

## 4. Pemeriksaan Penunjang

**Hasil pemeriksaan diagnostic Pasien Stroke dengan Resiko Luka Tekan di  
RSUD dr. M.Yunus Bengkulu**

| No     | Nama Pasien | Tanggal Pemeriksaan   | Jenis Pemeriksaan     | Hasil      | Nilai Rujukan   | Satuan |
|--------|-------------|-----------------------|-----------------------|------------|-----------------|--------|
| 1      | Tn. y       | 22/04/2022            | Glukosa               | 162        | <160            | mg %   |
|        |             |                       | Natrium               | 120        | 135-145         | mmol/l |
|        |             |                       | Kalium                | 2,7        | 3,4-5,3         | mmol/l |
|        |             |                       | Chlorida              | 83         | 50-200          | mmol/l |
|        |             | 23/04/2022            | Hematokrit            | 22         | 37-47           | Vol%   |
|        |             |                       | Hemoglobin            | <b>10</b>  | 13,0-18,0       | g/dl   |
|        |             |                       | Leukosit              | 9700       | 4000-10.000     | /ul    |
|        |             |                       | Trombosit             | 255.000    | 150.000-450.000 | /ul    |
|        |             |                       | Glukosa Darah Sewaktu | 104        | <160            | mg/dL  |
|        |             |                       | Hematokrit            | 22         | 37-47           | Vol%   |
|        |             |                       | 24/04/2022            | Hematokrit | 34              | 37-47  |
|        |             | Hemoglobin            |                       | 11,4       | 13,0-18,0       | g/dl   |
|        |             | Leukosit              |                       | 11.500     | 4000-10.000     | /ul    |
|        |             | Trombosit             |                       | 269.000    | 150.000-450.000 | /ul    |
|        |             | Glukosa Darah Sewaktu |                       | 108        | <160            | mg/dL  |
|        |             | Albumin               |                       | 2,8        | 3,2-4,5         | g/dl   |
|        |             | Natrium               |                       | 116        | 135-145         | mmol/L |
| Kalium | 2,7         | 3,4-5,3               |                       | mmol/L     |                 |        |
| 2      | Ny S        | 07/05/2022            | Hematokrit            | 22         | 37-47           | Vol%   |
|        |             |                       | Hemoglobin            | 7,3        | 13,0-18,0       | g/dl   |
|        |             |                       | Leukosit              | 9700       | 4000-10.000     | /ul    |
|        |             |                       | Trombosit             | 255.000    | 150.000-450.000 | /ul    |
|        |             |                       | Basofil               | 0          | 0,0-1,0         | %      |
|        |             |                       | Eosinofil             | 2,0        | 1,0-8,0         | %      |
|        |             |                       | Batang                | 0          | 3-5             | %      |
|        |             |                       | Segmen                | 59,0       | 35,0-70,0       | %      |

|  |  |  |                       |      |           |        |
|--|--|--|-----------------------|------|-----------|--------|
|  |  |  | Limfosit              | 10   | 20,0-45,0 | %      |
|  |  |  | Monosit               | 10,0 | 2,0-10,0  | %      |
|  |  |  | Kolesterol<br>Total   | 244  | 150-250   | mg/dl  |
|  |  |  | Gula Darah<br>Sewaktu | 109  | <160      | mg/dl  |
|  |  |  | Ureum                 | 44   | 20-40     | mg/dl  |
|  |  |  | Creatinin             | 2,6  | 0,5-1,2   | mg/dl  |
|  |  |  | Natrium               | 139  | 135-145   | mmol/l |
|  |  |  | Kalium                | 3,5  | 3,4-5,3   | mmol/l |
|  |  |  | Chlorida              | 115  | 50-200    | mmol/l |
|  |  |  |                       |      |           |        |

Swab Antigen (-)

## 5. Terapi Pengobatan

| Nama Pasien Tn.Y |                 | 07-05-2022         | 08-05-2021            | 09-05-2022            |
|------------------|-----------------|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| No               | Obat            | Dosis dan waktu    | Dosis dan waktu       | Dosis dan waktu       |
| 1                | IVFD RL         | 10 Tpm             | 10 Tpm                | 10 Tpm                |
| 2                | S.P Vascon      | 3 cc/Jam           | 3 cc/ Jam             | 3 cc/ Jam             |
| 3                | Inj.Ceptriaxon  | 2x1 gr (14, 02)    | 2x1 gr (14,02)        | 2x1 gr (14,02)        |
| 4                | Inj.Antrain     | 3x1 Tap (14,22,06) | 3x1 Tap<br>(14,22,06) | 3x1 Tap<br>(14,22,06) |
| 5                | Amlodipin       | 1x10 (13)          | 1x10 (13)             | 1x10 (13)             |
| 6                | Inj.Furosemid   | 1x1 (18)           | 1x1 (18)              | 1x1 (18)              |
| 7                | Candesatan      | 1x8 (20)           | 1x8 (20)              | 1x8 (20)              |
| 8                | Inj.omz         | 1x1 (13)           | 1x1 (13)              | -                     |
| 9                | PCT tab         | 3x500 (17,01,09)   | 2x500 (17,09)         | -                     |
| 10               | Inj.Mecobalamin | 1x1 (13)           | 1x1 (13)              | 1x1 (13)              |

| Nama Pasien<br>Ny.S |            | 29-04-2022                   | 30-04-2022                   | 01-05-2022                      |
|---------------------|------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| No                  | Obat       | Dosis                        | Dosis                        | Dosis                           |
| 1                   | IVFD RL    | 20 Tpm                       | 20 Tpm                       | 20 Tpm                          |
| 2                   | Bisoprosol | 1x2,5 jam 14.00              | 1x2,5 jam 14.00              | 1x2,5 jam<br>14.00              |
| 3                   | Ambroxol   | 3 x 1 jam 14,22,06           | 3 x 1 jam<br>14,22,06        | 3 x 1 jam<br>14,22,06           |
| 4                   | Citirizin  | 2 x 1 jam 17.00, 05.00       | 2 x 1 jam 17.00,<br>05.00    | 2 x 1 jam<br>17.00, 05.00       |
| 5                   | Amlodipin  | 1x 10 mg jam 12.00,<br>15.00 | 1x 10 mg jam<br>12.00, 15.00 | 1x 10 mg<br>jam 12.00,<br>15.00 |



|    |                     |                        |                           |                           |
|----|---------------------|------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 6  | Inj.Antrain         | 3 x 1 iv jam 12,20, 04 | 3 x 1 iv jam<br>12,20, 04 | 3 x 1 iv jam<br>12,20, 04 |
| 7  | Inj.<br>Mecobelamin | 1 x 1 jam 12           | 1 x 1 jam 12              | 1 x 1 jam 12              |
| 8  | Inj.Citicolin       | 2 x 500 mg jam 12, 24  | 2 x 500 mg<br>jam 12, 24  | 2 x 500 mg<br>jam 12, 24  |
| 9  | Inj. OMZ            | 1 x 1 IV jam 12        | 1 x 1 IV jam 12           | 1 x 1 IV jam<br>12        |
| 10 | Inj. Ceftriaxon     | 2x1 jam 12, 24         | 2x1 jam 12, 24            | 2x1 jam 12,<br>24         |
| 11 | Pct tab             | 2x500 (10,14)          | 1x500 (14)                | -                         |

**B. Gambaran Diagnosa Keperawatan**  
**Tabel 3.1 Analisa Data**

**Tabel Analisa Data pada Tn. y dan Ny. s**

| Pasien | Data Senjang  | Etiologi<br>(Faktor Resiko)  | Masalah           |
|--------|---|--|-------------------|
| Tn.y   | <p><b>Data Subjektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga mengatakan pasien sulit menggerakkan tubuhnya terutama kaki.</li> <li>2. Pasien mengeluh badan terasa lemas dan nyeri</li> </ol> <p><b>Data Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keadaan umum pasien tampak lemah</li> <li>2. Pasien hanya berbaring ditempat tidur</li> <li>3. Aktivitas pasien dibantu keluarga</li> <li>4. Keadaan kulit kering dibagian punggung.</li> <li>5. Nilai <i>braden score</i> : score 12 (resiko sedang)</li> <li>6. Tingkat kesadaran Composmentis (GCS 15 : E4M6V5)</li> <li>7. Tanda-tanda vital : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah : 120/74 mmHg,</li> <li>• Frekuensi nadi : 84 x/m,</li> <li>• Frekuensi napas 20 x/m</li> <li>• Suhu : 36 °C,</li> </ul> </li> </ol> | <p><i>Score braden</i> :12, penurunan mobilisasi, kulit kering, <i>bedrest</i></p> | Resiko Luka Tekan |
| Ny.S   | <p><b>Data Subjektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan pasien masih lemah, dan banyak berbaring di tempat tidur.</li> <li>2. Keluarga mengatakan pasien sulit</li> </ol>   | <p><i>Score braden</i>:14, penurunan mobilitas, kulit kering, <i>bedrest</i>.</p>  | Resiko Luka Tekan |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
|  | <p>menggerakkan tubuh, terutama tangan dan kaki sebelah kiri.</p> <p><b>Data Objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keadaan umum pasien lemah</li> <li>2. Tingkat kesadaran: Composmentis (E4M5Vdisatria)</li> <li>3. Pasien hanya berbaring ditempat tidur</li> <li>4. Aktivitas pasien (makan, minum, eliminasi, dan personal hygiene dibantu)</li> <li>5. Keadaan kulit kering dibagian punggung</li> <li>6. <i>Braden score</i> : 14 (resiko sedang)</li> <li>7. Tanda-tanda vital : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah: 174/102 mmHg,</li> <li>• Frekuensi nadi: 65 x/m,</li> <li>• Frekuensi napas 20 x/m,</li> <li>• Suhu : 36,5 °C</li> </ul> </li> </ol> |  |  |
|--|---|--|--|

### C.Diagnosa Keperawatan

**Table 4.8 Diagnosa Keperawatan Pasien Stroke di Ruang Stroke RSUD Dr.M. Yunus Bengkulu Tahun 2022**

| Tn. S   | Tn.J   |
|---|--|
| <p>Resiko Luka Tekan dibuktikan dengan <i>score braden</i> : 12</p> <p><b>DS:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga mengatakan pasien sulit menggerakkan tubuhnya terutama kaki.</li> <li>2. Pasien mengeluh badan terasa lemas dan nyeri</li> </ol> | <p>Resiko Luka Tekan dibuktikan dengan <i>score braden</i> : 14</p> <p><b>DS:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga mengatakan pasien sulit menggerakkan tubuh, terutama tangan dan kaki sebelah kiri.</li> </ol> |

|   |   |
|---|---|
| <p><b>DO:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keadaan umum pasien tampak lemah</li> <li>2. Pasien hanya berbaring ditempat tidur</li> <li>3. Aktivitas pasien dibantu keluarga</li> <li>4. Keadaan kulit kering dibagian punggung.</li> <li>5. Nilai <i>braden score</i> : score 12 (resiko sedang)</li> <li>6. Tingkat kesadaran Composmentis (GCS 15 : E4M6V5)</li> <li>7. Tanda-tanda vital : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah : 120/74 mmHg,</li> <li>• Frekuensi nadi : 84 x/m,</li> <li>• Frekuensi napas 20 x/m</li> <li>• Suhu : 36 °C</li> </ul> </li> </ol> | <p><b>DO :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keadaan umum pasien lemah</li> <li>2. Tingkat kesadaran: Composmentis (E4M5Vdisatria)</li> <li>3. Pasien hanya berbaring ditempat tidur</li> <li>4. Aktivitas pasien (makan, minum, eliminasi, dan personal hygiene dibantu)</li> <li>5. Keadaan kulit kering dibagian punggung</li> <li>6. Braden score : 14 (resiko sedang)</li> <li>7. Tanda-tanda vital : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah: 174/102 mmHg,</li> <li>• Frekuensi nadi: 65 x/m,</li> <li>• Frekuensi napas 20 x/m,</li> <li>• Suhu : 36,5 °C</li> </ul> </li> </ol> |
|---|---|

C. Tabel 3.2 Perencanaan Pada Tn Y

| No | Diagnosa Keperawatan   | Rencana Tindakan keperawatan   |   | Rasional  |
|----|--|--|---|---|
|    |  | Tujuan dan Kriteria Hasil  | Intervensi  |   |
| 1  | <p>Risiko Luka Tekan</p> <p><b>Definisi :</b><br/>Berisiko menangani cedera lokal pada kulit/atau jaringan, biasanya pada tonjolan tulang akibat tekanan dan/atau gesekan.</p> <p><b>Faktor Risiko :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Braden Score</i> <math>Q \leq 16</math> (anak) atau skor skala Braden &lt; 18 (dewasa)</li> <li>2. Perubahan Fungsi Kognitif</li> <li>3. Penurunan Mobilisasi</li> <li>4. Penurunan Oksigenasi Jaringan</li> <li>5. Penurunan Perfusi</li> </ol> | <p>Setelah diberikan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan <b>Integritas Kulit dan Jaringan</b> Meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerusakan jaringan menurun</li> <li>2. Kerusakan lapisan kulit menurun</li> <li>3. Nyeri menurun</li> <li>4. Kemerahan menurun</li> <li>5. Perdarahan menurun</li> <li>6. Hematoma menurun</li> <li>7. Jaringan parut menurun</li> <li>8. Tekstur membaik</li> </ol> | <p><b>SIKI : Pencegahan Luka Tekan</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa luka tekan dengan menggunakan skala (<i>braden</i>)</li> <li>2. Periksa adanya luka tekan sebelumnya</li> <li>3. Monitor suhu yang tertekan</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skala norton dan braden metode yang digunakan dalam menilai resiko terjadinya luka tekan pada pasien dengan tirah baring lama</li> <li>2. Riwayat pasien menderita luka tekan sebelumnya dapat berisiko menyebabkan pasien mengalami luka tekan Kembali</li> <li>3. Peningkatan suhu dapat menjadikan terjadinya luka kemerahan dan luka lecet</li> </ol> |

|  |   |  |   |  |
|--|---|--|---|--|
|  | <p>Jaringan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Kulit Kering</li> <li>7. Usia Diatas 65 Tahun</li> <li>8. Ketidakadekuatan Nutrisi</li> <li>9. Imobilisasi Fisik</li> <li>10. Penekanan Diatas Tonjolan Tulang,</li> <li>11. Gesekan Permukaan Kulit</li> </ol> |  | <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Monitor ketat area kemerahan</li> <li>5. Monitor kulit diatas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi</li> <li>6. Monitor sumber tekanan dan gesekan</li> <li>7. Monitor mobilitas dan aktivitas individu</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keringkan daerah kulit yang lembab</li> </ol> | <p>saat tertekan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Untuk mencegah terjadinya luka lecet, kemerahan merupakan tanda awal adanya masalah pada kulit</li> <li>5. Penekanan pada kulit diatas tonjolan tulang dalam jangka waktu yang lama dapat menyebabkan tehamatnya sirkulasi pada kulit dan jaringan</li> <li>6. Meminimalkan mungkin adanya tekanan dan gesekan pada kulit pasien</li> <li>7. Kemampuan pasien dalam mobilisasi dan aktivitas dapat menjadi factor utama terjadinya decubitus.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kelembaban karena</li> </ol> |
|--|---|--|---|--|

|  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
|  |  |  | <p>akibat keringat, cairan luka, dan inkontenensia fekal atau urine</p> <p>2. Gunakan lotion</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Extra Virgin Olive Oil (VCO)</i></li> <li>- <b>Minyak zaitun</b></li> </ul> | <p>keringat, cairan luka, feses atau urine yang bersifat tidak bersih dapat memperberat terjadinya luka tekan</p> <p>2. Pemberian <i>Lotion</i> dapat memberikan kelembaban pada kulit, sehingga mencegah kulit kering yang berisiko lecet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Extra virgin olive oil (VCO)</i> dapat membantu melembabkan daerah kulit dan mencegah terjadinya luka lecet</li> <li>- Minyak zaitun dapat membantu melembabkan daerah</li> </ul> |
|--|--|--|--|---|

|  |  |  |   |   |
|--|--|--|---|---|
|  |  |  | <p>3. Ubah posisi dengan hati-hati setiap 2 jam</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Alih baring setiap 2 jam</b></li> <li>- <b>Mengatur posisi 30 derajat</b></li> <li>- <b>Mengatur posisi miring kanan dan kiri setiap 2 jam</b></li> </ul> <p>4. Berikan <i>massage</i>, sesuai indikasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Memberikan <i>massage efflurage</i> dengan <i>Virgin Coconut Oil (VCO)</i></b></li> </ul> | <p>kulit dan mencegah terjadinya luka lecet</p> <p>3. Mengubah posisi setiap 2 jam dapat memperbaiki sirkulasi pada daerah punggung pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengubah posisi dapat merubah titik tumpuan dan memperlancar aliran darah, mencegah penekanan yang lama pada daerah penonjolan tulang.</li> <li>- Mengurangi tekanan dan gaya gesek yang dapat melukai kulit.</li> </ul> <p>4. Dapat melancarkan aliran darah, dan memberikan efek relaksasi, menjaga</p> |
|--|--|--|---|---|



|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  | <p>keelastisan dan kelembabab kulit</p> <p>- <i>Massage</i> yang dilakukan dalam penelitian ini menggunakan <i>Virgin Coconut Oil (VCO)</i> yang sangat baik untuk kesehatan kulit, mengandung pelembab alami sehingga mudah diserap kulit, mengandung vitamin E yang dapat membantu menjaga kulit agar tetap lembut, halus, dan mengurangi risiko kanker kulit.</p> |
|--|--|--|--|--|

|  |  |  |   |   |
|--|--|--|---|---|
|  |  |  | <p>- <b>Massage dengan minyak zaitun</b></p> <p>5. Buat jadwal perubahan posisi</p> <p>6. Berikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang</p> <p>7. Jaga sprai tetap kering, bersih, dan tidak ada kerutan</p> | <p>- Minyak zaitun dapat membantu melembabkan daerah kulit dan mencegah terjadinya luka lecet dan dikombinasikan dengan <i>massage</i> untuk memperlancarkan sirkulasi</p> <p>5. Menjadwalkan perubahan posisi dapat mencegah terjadinya luka tekan akibat tirah baring yang lama</p> <p>6. Bantalan yang lembut dapat mengurangi tekanan pada tonjolan tulang pasien</p> <p>7. Sebagai upaya mencegah kulit pasien agar tidak terjadi lecet akibat sprai</p> |
|--|--|--|---|---|

|  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
|  |  |  | <p>tempat tidur</p> <p>8. Hindari pemberian lotion pada daerah luka atau kemerahan</p> <p>9. Hindari penggunaan air hangat dan sabun keras saat mandi</p> <p>10. Pastikan asupan makanan yang cukup terutama protein, vitamin B dan C, zat besi, dan kalori.</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>1. Jelaskan tanda-tanda kerusakan kulit</p> | <p>8. Pemberian lotion pada daerah luka atau kemerahan, dapat menyebabkan luka hipersensitif dan memperberat keadaan</p> <p>9. Penggunaan sabun mandi yang mengandung bahan yang sensitive pada kulit dapat menyebabkan kulit menjadi iritasi</p> <p>10. Konsumsi protein, vitamin, zat besi, dan kalori yang adekuat dapat mempercepat proses penyembuhan luka.</p> <p>1. Pasien dan keluarga</p> |
|--|--|--|---|--|

|  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
|  |  |  | <ol style="list-style-type: none"><li>2. Anjurkan melapor jika ada tanda-tanda kerusakan kulit</li><li>3. Ajarkan cara merawat kulit</li></ol> | <p>mendapatkan informasi terkait tanda kerusakan kulit (seperti kemerahan, iritasi, gatal, dan luka)</p> <ol style="list-style-type: none"><li>2. Agar diberikan penanganan yang maksimal pada kerusakan kulit</li><li>3. Agar keluarga dapat merawat kulit dengan prinsip yang telah diajarkan perawat</li></ol> |
|--|--|--|--|---|

## Perencanaan pada Ny.S di RSUD dr. M.Yunus Bengkulu

| No | Diagnosa Keperawatan   | Rencana Tindakan keperawatan   |   | Rasional  |
|----|--|--|---|---|
|    |  | Tujuan dan Kriteria Hasil  | Intervensi  |   |
| 1  | <p>Risiko Luka Tekan</p> <p><b>Definisi :</b><br/>Berisiko menangani cedera lokal pada kulit/atau jaringan, biasanya pada tonjolan tulang akibat tekanan dan/atau gesekan.</p> <p><b>Faktor Risiko :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Braden Score</i> <math>Q \leq 16</math> (anak) atau skor skala Braden &lt; 18 (dewasa)</li> <li>2. Perubahan Fungsi Kognitif</li> <li>3. Penurunan Mobilisasi</li> <li>4. Penurunan Oksigenasi Jaringan</li> <li>5. Penurunan Perfusi</li> </ol> | <p>Setelah diberikan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan <b>Integritas Kulit dan Jaringan</b> Meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerusakan jaringan menurun</li> <li>2. Kerusakan lapisan kulit menurun</li> <li>3. Nyeri menurun</li> <li>4. Kemerahan menurun</li> <li>5. Perdarahan menurun</li> <li>6. Hematoma menurun</li> <li>7. Jaringan parut menurun</li> <li>8. Tekstur membaik</li> </ol> | <p><b>SIKI : Pencegahan Luka Tekan</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa luka tekan dengan menggunakan skala (<i>norton, braden</i>)</li> <li>2. Periksa adanya luka tekan sebelumnya</li> <li>3. Monitor suhu yang tertekan</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skala norton dan braden metode yang digunakan dalam menilai resiko terjadinya luka tekan pada pasien dengan tirah baring lama</li> <li>2. Riwayat pasien menderita luka tekan sebelumnya dapat berisiko menyebabkan pasien mengalami luka tekan Kembali</li> <li>3. Peningkatan suhu dapat menjadikan terjadinya luka kemerahan dan luka lecet</li> </ol> |

|  |   |  |  |   |
|--|---|--|--|---|
|  | <p>Jaringan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Kulit Kering</li> <li>7. Ketidakadekuatan Nutrisi</li> <li>8. Imobilisasi Fisik</li> <li>9. Penekanan Diatas Tonjolan Tulang,</li> <li>10. Gesekan Permukaan Kulit</li> </ol> |  | <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Monitor ketat area kemerahan</li> <li>5. Monitor kulit diatas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi</li> <li>6. Monitor sumber tekanan dan gesekan</li> <li>7. Monitor mobilitas dan aktivitas individu</li> </ol> | <p>saat tertekan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Untuk mencegah terjadinya luka lecet, kemerahan merupakan tanda awal adanya masalah pada kulit</li> <li>5. Penekanan pada kulit diatas tonjolan tulang dalam jangka waktu yang lama dapat menyebabkan tehamatnya sirkulasi pada kulit dan jaringan</li> <li>6. Meminimalkan mungkin adanya tekanan dan gesekan pada kulit pasien</li> <li>7. Kemampuan pasien dalam mobilisasi dan aktivitas dapat menjadi factor utama terjadinya decubitus.</li> </ol> |
|--|---|--|--|---|

|  |  |  |   |   |
|--|--|--|---|---|
|  |  |  | <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontenensia fekal atau urine</li> <br/> <li>2. Gunakan lotion <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Extra Virgin Olive Oil (VCO)</i></li> <li>- <b>Minyak zaitun</b></li> </ul> </li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kelembaban karena keringat, cairan luka, feses atau urine yang bersifat tidak bersih dapat memperberat terjadinya luka tekan</li> <br/> <li>2. Pemberian <i>Lotion</i> dapat memberikan kelembaban pada kulit, sehingga mencegah kulit kering yang berisiko lecet. <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Extra virgin olive oil (VCO)</i> dapat membantu melembabkan daerah kulit dan mencegah terjadinya luka lecet</li> <li>- Minyak zaitun dapat membantu</li> </ul> </li> </ol> |
|--|--|--|---|---|

|  |  |  |   |   |
|--|--|--|---|---|
|  |  |  | <p>melembabkan daerah kulit dan mencegah terjadinya luka lecet</p> <p>3. Ubah posisi dengan hati-hati setiap 2 jam</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Alih baring setiap 2 jam</b></li> <li>- <b>Mengatur posisi 30 derajat</b></li> <li>- <b>Mengatur posisi miring kanan dan kiri setiap 2 jam</b></li> </ul> <p>4. Berikan <i>massage</i>, sesuai indikasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Memberikan <i>massage efflurage</i></b></li> </ul> | <p>3. Mengubah posisi setiap 2 jam dapat memperbaiki sirkulasi pada daerah punggung pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengubah posisi dapat merubah titik tumpuan dan memperlancar aliran darah, mencegah penekanan yang lama pada daerah penonjolan tulang.</li> <li>- Mengurangi tekanan dan gaya gesek yang dapat melukai kulit.</li> </ul> <p>4. Dapat melancarkan aliran darah, dan memberikan</p> |
|--|--|--|---|---|



|  |  |  |   |   |
|--|--|--|---|---|
|  |  |  | <b>dengan <i>Virgin Coconut Oil (VCO)</i></b> | efek relaksasi, menjaga keelastisan dan kelembabab kulit<br>- <i>Massage</i> yang dilakukan dalam penelitian ini menggunakan <i>Virgin Coconut Oil (VCO)</i> yang sangat baik untuk kesehatan kulit, mengandung pelembab alami sehingga mudah diserap kulit, mengandung vitamin E yang dapat membantu menjaga kulit agar tetap lembut, halus, dan mengurangi risiko |
|--|--|--|---|---|

|  |  |  |   |   |
|--|--|--|---|---|
|  |  |  | <p>- <b>Massage dengan minyak zaitun</b></p> <p>5. Buat jadwal perubahan posisi</p> <p>6. Berikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang</p> <p>7. Jaga sprai tetap kering, bersih, dan tidak ada kerutan</p> | <p>kanker kulit.</p> <p>- Minyak zaitun dapat membantu melembabkan daerah kulit dan mencegah terjadinya luka lecet dan dikombinasikan dengan <i>massage</i> untuk memperlancarkan sirkulasi</p> <p>5. Menjadwalkan perubahan posisi dapat mencegah terjadinya luka tekan akibat tirah baring yang lama</p> <p>6. Bantalan yang lembut dapat mengurangi tekanan pada tonjolan tulang pasien</p> <p>7. Sebagai upaya mencegah kulit pasien agar tidak</p> |
|--|--|--|---|---|

|  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
|  |  |  | <p>8. Hindari pemberian lotion pada daerah luka atau kemerahan</p> <p>9. Hindari penggunaan air hangat dan sabun keras saat mandi</p> <p>10. Pastikan asupan makanan yang cukup terutama protein, vitamin B dan C, zat besi, dan kalori.</p> | <p>terjadi lecet akibat sprai tempat tidur</p> <p>8. Pemberian lotion pada daerah luka atau kemerahan, dapat menyebabkan luka hipersensitif dan memperberat keadaan</p> <p>9. Penggunaan sabun mandi yang mengandung bahan yang sensitive pada kulit dapat menyebabkan kulit menjadi iritasi</p> <p>10. Konsumsi protein, vitamin, zat besi, dan kalori yang adekuat dapat mempercepat proses penyembuhan luka.</p> |
|--|--|--|--|---|

|  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
|  |  |  | <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda-tanda kerusakan kulit</li> <li>2. Anjurkan melapor jika ada tanda-tanda kerusakan kulit</li> <li>3. Ajarkan cara merawat kulit</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien dan keluarga mendapatkan informasi terkait tanda kerusakan kulit (seperti kemerahan, iritasi, gatal, dan luka)</li> <li>2. Agar diberikan penanganan yang maksimal pada kerusakan kulit</li> <li>3. Agar keluarga dapat merawat kulit dengan prinsip yang telah diajarkan perawat</li> </ol> |
|--|--|--|--|---|

## D. Implementasi

### Implementasi dan evaluasi pada Tn.Y di RSUD dr. M.Yunus Bengkulu

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <b>NAMA PASIEN : Tn. Y</b>   | <b>Diagnosa Keperawatan:</b>   |   |   |
| <b>RUANGAN : Stroke</b>  | <b>Resiko Luka Tekan dibuktikan dengan <i>score braden</i> : 12</b>  |   |   |
| <b>TANGGAL/HARI Ke: I<br/>Jum'at, 25 April 2022</b>  |  |   |   |
| <b>PENGKAJIAN-DIAGNOSIS-<br/>INTERVENSI (S-O-A-P)</b>  | <b>IMPLEMENTASI</b>  | <b>RESPON HASIL</b>   | <b>EVALUASI</b>   |
| <b>Pukul : 15.00 WIB</b>   | <b>Pukul : 15.00-19.00 WIB</b>   | <b>Pukul : 15.05-18.25 WIB</b>  | <b>Pukul : 19.00 WIB</b>  |
| <b>S :</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga mengatakan pasien sulit menggerakkan tubuhnya terutama kaki.</li> </ul> <b>O :</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan umum pasien tampak lemah</li> <li>- Pasien hanya berbaring ditempat tidur</li> <li>- Aktivitas pasien dibantu keluarga</li> <li>- Keadaan kulit kering dibagian punggung.</li> <li>- Nilai braden score : score 12 (resiko sedang)</li> <li>- Tingkat kesadaran Compos</li> </ul> | Implementasi keperawatan :<br>(15.00) Memeriksa luka tekan dengan menggunakan <i>score braden</i><br>(15.10) Memeriksa adanya luka tekan sebelumnya<br>(15.20) Memonitor ketat area kemerahan<br>(15.30) Memonitor kulit diatas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi<br>(15.40) Monitor sumber tekanan dan gesekan<br>(15.50) Menjaga sprai tetap kering, bersih, dan tidak ada kerutan<br>(16.00) Memposisikan pasien semi fowler 30 derajat | (15.05) <i>Score braden</i> 12 (resiko sedang)<br><br>(10.15) Tidak terdapat luka tekan sebelumnya<br>(10.25) Tidak terdapat kemerahan<br><br>(15.35) Keadaan kulit kering dan tertekan oleh tempat tidur, terdapat tonjolan tulang punggung.<br>(15.45) Terdapat tekanan pada daerah punggung pasien<br>(15.55) Spray pasien rapih dan tidak ada lipatan.<br>(16.10) Pasien nyaman<br><br>(16.20) Keluarga mengerti dengan | <b>S :</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga mengatakan pasien sulit menggerakkan tubuhnya terutama kaki.</li> </ul> <b>O :</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan umum pasien tampak lemah</li> <li>- Pasien hanya berbaring ditempat tidur</li> <li>- Aktivitas pasien dibantu keluarga</li> <li>- Keadaan kulit lembab dibagian punggung.</li> <li>- Nilai <i>braden score</i> : 12 (resiko sedang)</li> <li>- Tingkat kesadaran Composmentis (GCS 15 : E4M6V5)</li> </ul> |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <p>Mentis (GCS 15 : E4M6V5)</p> <p>- Tanda-tanda vital :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah : 120/74 mmHg,</li> <li>• Frekuensi nadi : 84 x/m,</li> <li>• Frekuensi napas 20 x/m</li> <li>• Suhu : 36 °C,</li> </ul> <p><b>A:</b> Integritas Kulit dan Jaringan</p> <p><b>P:</b> Pencegahan Luka Tekan</p> | <p>(16.15) Menjelaskan tanda-tanda kerusakan kulit</p> <p>(16.25) Menganjurkan kepada keluarga melapor jika ada tanda-tanda kerusakan kulit</p> <p>(16.30) Mempertahankan kelembaban kulit</p> <p>(16.45) Merubah posisi dengan posisi miring kiri</p> <p>(18.00) Lakukan pemijatan pada punggung</p> <p>(18.45) Merubah posisi dengan posisi miring kanan</p> | <p>penjelasan perawat</p> <p>(16.30) Keluarga menerima saran dari perawat</p> <p>(16.40) Setelah diberikan <i>virgin olive oil</i> kulit yang kering menjadi lembab</p> <p>(16.50) Pasien terlihat nyaman saat diposikan miring kiri</p> <p>(18.10) Pasien terlihat nyaman setelah diberikan <i>Massage efflurage dengan virgin coconut oil</i></p> <p>(18.50) Pasien terlihat nyaman saat diposikan miring kanan</p> | <p>- Tanda-tanda vital :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah : 110/80 mmHg,</li> <li>• Frekuensi nadi : 82 x/m,</li> <li>• Frekuensi napas 20 x/m</li> <li>• Suhu : 36,6 °C,</li> </ul> <p><b>A:</b> Integritas Kulit dan Jaringan</p> <p><b>P:</b> Pencegahan Luka Tekan</p> |
|--|--|---|--|

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <b>NAMA PASIEN : Tn. Y</b>  | <b>Diagnosa Keperawatan:</b>   |  |   |
| <b>RUANGAN : Stroke</b>   | <b>Resiko Luka Tekan dibuktikan dengan <i>score braden</i> : 12</b>  |  |   |
| <b>TANGGAL/HARI Ke: 2<br/>Sabtu, 26 April 2022</b>  |  |  |   |
| <b>PENGAJIAN-DIAGNOSIS-<br/>INTERVENSI (S-O-A-P)</b>  | <b>IMPLEMENTASI</b>  | <b>RESPON HASIL</b>  | <b>EVALUASI</b>   |
| <b>Pukul : 08.30 WIB</b>  | <b>Pukul : 09.15-13.00 WIB</b>   | <b>Pukul : 09.25-11.40 WIB</b>   | <b>Pukul : 13.30 WIB</b>  |
| <b>S :</b><br>- Keluarga mengatakan pasien sulit menggerakkan tubuhnya terutama kaki.<br><br><b>O :</b><br>- Keadaan umum pasien tampak lemah<br>- Pasien hanya berbaring ditempat tidur<br>- Aktivitas pasien dibantu keluarga<br>- Keadaan kulit lembab dibagian punggung.<br>- Nilai <i>braden score</i> : 12 (resiko sedang)<br>- Tingkat kesadaran Composmentis (GCS 15 : E4M6V5)<br>- Tanda-tanda vital :<br>• Tekanan darah : 110/80 | Implementasi keperawatan :<br>(09.15) Memeriksa luka tekan dengan menggunakan <i>score braden</i><br>(09.25) Memonitor ketat adanya area kemerahan<br>(09.35) Memonitor kulit diatas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi<br>(09.45) Monitor sumber tekanan dan gesekan<br>(10.00) Menjaga sprai tetap kering, bersih, dan tidak ada kerutan<br>(11.00) Memposisikan pasien semi fowler 30 derajat<br>(11.15) Menjelaskan tanda-tanda kerusakan kulit<br>(11.25) Menganjurkan kepada keluarga melapor jika ada tanda-tanda kerusakan kulit<br>(11.50) Mempertahankan kelembaban kulit | (09.20) <i>Score braden</i> 13 (resiko sedang)<br><br>(09.30) Tidak terdapat kemerahan<br><br>(09.40) Keadaan kulit kering dan tertekan oleh tempat tidur, terdapat tonjolan tulang punggung.<br>(09.50) Terdapat tekanan pada daerah punggung pasien<br>(10.05) Spray pasien rapih dan tidak ada lipatan.<br>(11.10) Pasien nyaman<br><br>(11.20) Keluarga mengerti dengan penjelasan perawat<br>(11.30) Keluarga menerima saran dari perawat<br><br>(11.55) Setelah diberikan <i>virgin olive oil</i> kulit yang kering menjadi lembab | <b>S :</b><br>- Keluarga mengatakan pasien masih sulit menggerakkan tubuhnya terutama kaki.<br><br><b>O :</b><br>- Keadaan umum pasien tampak lemah<br>- Pasien dapat miring kekiri dan kekanan setiap 2 jam<br>- Aktivitas pasien dibantu keluarga<br>- Keadaan kulit lembab setelah diberikan VCO dan minyak zaitun dibagian punggung.<br>- Nilai <i>braden score</i> : 13 (resiko sedang)<br>- Tingkat kesadaran : Composmentis (GCS 15 : E4M6V5)<br>- Tanda-tanda vital :<br>• Tekanan darah : 120/70 mmHg, |

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <p>mmHg,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi nadi : 82 x/m,</li> <li>• Frekuensi napas 20 x/m</li> <li>• Suhu : 36,6 °C,</li> </ul> <p><b>A:</b> Integritas Kulit dan Jaringan</p> <p><b>P:</b> Pencegahan Luka Tekan</p> | <p>(12.00) Merubah posisi dengan posisi miring kiri</p> <p>(12.30) Lakukan pemijatan pada punggung</p> <p>(12.45) Merubah posisi dengan posisi miring kanan</p> | <p>(12.10) Pasien terlihat nyaman saat diposikan miring kiri</p> <p>(12.40) Pasien terlihat nyaman setelah diberikan <i>Massage efflurage dengan virgin coconut oil</i></p> <p>(12.50) Pasien terlihat nyaman saat diposikan miring kanan</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi nadi : 78 x/m,</li> <li>• Frekuensi napas 20 x/m</li> <li>• Suhu : 36,4 °C,</li> </ul> <p><b>A:</b> Integritas Kulit dan Jaringan</p> <p><b>P:</b> Pencegahan Luka Tekan</p> |
|--|---|---|---|



|   |   |  |  |  |
|---|---|--|--|--|
| <b>NAMA PASIEN : Tn. Y</b>  | <b>Diagnosa Keperawatan:</b>  |  |  |  |
| <b>RUANGAN : Stroke</b>   | <b>Resiko Luka Tekan dibuktikan dengan <i>score braden</i> : 12</b>   |  |  |  |
| <b>TANGGAL/HARI Ke: 3<br/>Minggu, 27 April 2022</b>   |   |  |  |  |
| <b>PENGKAJIAN-DIAGNOSIS-<br/>INTERVENSI (S-O-A-P)</b>   | <b>IMPLEMENTASI</b>   | <b>RESPON HASIL</b>  | <b>EVALUASI</b>  |  |
| <b>Pukul : 08.30 WIB</b>  | <b>Pukul : 09.15-13.00 WIB</b>  | <b>Pukul : 09.25-13.10 WIB</b>   | <b>Pukul : 13.30 WIB</b>   |  |
| <b>S :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga mengatakan pasien masih sulit menggerakkan tubuhnya terutama kaki.</li> <li>- Pasien mengeluh badan terasa lemas dan nyeri.</li> </ul> <b>O :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan umum pasien tampak lemah</li> <li>- Pasien dapat miring ke kiri dan ke kanan setiap 2 jam</li> <li>- Aktivitas pasien dibantu keluarga</li> <li>- Keadaan kulit lembab setelah diberikan dibagian punggung.</li> <li>- Nilai <i>braden score</i>: 13 (resiko sedang)</li> <li>- Tingkat kesadaran : Composmentis (GCS 15 : E4M6V5)</li> </ul> | Implementasi keperawatan :<br>(09.15) Memeriksa luka tekan dengan menggunakan <i>score braden</i><br>(09.25) Memonitor ketat adanya area kemerahan<br>(09.35) Memonitor kulit diatas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi<br>(09.45) Monitor sumber tekanan dan gesekan<br>(10.00) Menjaga sprai tetap kering, bersih, dan tidak ada kerutan<br>(11.00) Memposisikan pasien semi fowler 30 derajat<br>(11.15) Menjelaskan tanda-tanda kerusakan kulit<br>(11.25) Menganjurkan kepada keluarga melapor jika ada tanda-tanda kerusakan | (09.20) <i>Score braden</i> 14 (resiko sedang)<br><br>(09.30) Tidak terdapat kemerahan<br><br>(09.40) Keadaan kulit kering dan tertekan oleh tempat tidur, terdapat tonjolan tulang punggung.<br>(09.50) Terdapat tekanan pada daerah punggung pasien<br>(10.05) Spray pasien rapih dan tidak ada lipatan.<br>(11.10) Pasien nyaman<br><br>(11.20) Keluarga mengerti dengan penjelasan perawat<br>(11.30) Keluarga menerima saran dari perawat | <b>S :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengeluh badan terasa lemas dan nyeri pada punggung</li> </ul> <b>O :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan umum pasien tampak lemah</li> <li>- Pasien dapat miring ke kiri dan ke kanan setiap 2 jam</li> <li>- Aktivitas pasien dibantu keluarga</li> <li>- Keadaan kulit lembab setelah diberikan VCO dan minyak zaitun dibagian punggung.</li> <li>- Nilai <i>braden score</i>: 14 (resiko sedang)</li> <li>- Tingkat kesadaran : Composmentis (GCS 15 : E4M6V5)</li> <li>- Tanda-tanda vital :</li> </ul> |  |

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <p>- Tanda-tanda vital :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah : 120/70 mmHg,</li> <li>• Frekuensi nadi : 78 x/m,</li> <li>• Frekuensi napas 20 x/m</li> <li>• Suhu : 36,4 °C,</li> </ul> <p><b>A:</b> Integritas Kulit dan Jaringan</p> <p><b>P:</b> Pencegahan Luka Tekan</p> | <p>kulit</p> <p>(11.50) Mempertahankan kelembaban kulit</p> <p>(12.00) Merubah posisi dengan posisi miring kiri</p> <p>(12.30) Lakukan pemijatan pada punggung</p> <p>(12.45) Merubah posisi dengan posisi miring kanan</p> | <p>(11.55) Setelah diberikan <i>virgin olive oil</i> kulit yang kering menjadi lembab</p> <p>(12.10) Pasien terlihat nyaman saat diposikan miring kiri</p> <p>(12.40) Pasien terlihat nyaman setelah diberikan <i>Massage efflurage dengan virgin coconut oil</i></p> <p>(12.50) Pasien terlihat nyaman saat diposikan miring kanan</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah : 110/70 mmHg,</li> <li>• Frekuensi nadi : 69 x/m,</li> <li>• Frekuensi napas 18 x/m</li> <li>• Suhu : 36,5 °C,</li> </ul> <p><b>A:</b> Integritas Kulit dan Jaringan</p> <p><b>P:</b> Pencegahan Luka Tekan</p> |
|--|---|---|---|

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <b>NAMA PASIEN : Tn. Y</b>  | <b>Diagnosa Keperawatan:</b>  |   |  |
| <b>RUANGAN : Stroke</b>   | <b>Resiko Luka Tekan dibuktikan dengan <i>score braden</i> : 12</b>   |   |  |
| <b>TANGGAL/HARI Ke: 4<br/>Senin, 28 April 2022</b>  |   |   |  |
| <b>PENGKAJIAN-DIAGNOSIS-INTERVENSI (S-O-A-P)</b>  | <b>IMPLEMENTASI</b>   | <b>RESPON HASIL</b>   | <b>EVALUASI</b>  |
| <b>Pukul : 08.30 WIB</b>  | <b>Pukul : 09.15-13.00 WIB</b>  | <b>Pukul : 09.25-13.10 WIB</b>  | <b>Pukul : 13.30 WIB</b>   |
| <p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga mengatakan pasien sudah mulai bisa menggerakkan tubuhnya seperti mengangkat kaki kiri dan tangan kiri, tangan kanan, akan tetapi kaki kanan belum bisa.</li> <li>- Pasien mengeluh badan terasa lemas dan nyeri.</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan umum pasien tampak lemah</li> <li>- Pasien dapat miring kekiri dan kekanan setiap 2 jam</li> <li>- Aktivitas pasien dibantu keluarga</li> <li>- Keadaan kulit lembab setelah diberikan dibagian</li> </ul> | <p>Implementasi keperawatan :</p> <p>(09.15) Memeriksa luka tekan dengan menggunakan <i>score braden</i></p> <p>(09.25) Memonitor ketat adanya area kemerahan</p> <p>(09.35) Memonitor kulit diatas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi</p> <p>(09.45) Monitor sumber tekanan dan gesekan</p> <p>(10.00) Menjaga sprai tetap kering, bersih, dan tidak ada kerutan</p> <p>(11.00) Memposisikan pasien semi fowler 30 derajat</p> <p>(11.15) Menjelaskan tanda-tanda kerusakan kulit</p> <p>(11.25) Mengajukan kepada keluarga melapor jika ada tanda-tanda kerusakan kulit</p> <p>(11.50) Mempertahankan kelembaban kulit</p> <p>(12.00) Merubah posisi dengan posisi</p> | <p>(09.20) <i>Score braden</i> :15 (resiko rendah)</p> <p>(09.30) Tidak terdapat kemerahan</p> <p>(09.40) Keadaan kulit kering dan tertekan oleh tempat tidur, terdapat tonjolan tulang punggung.</p> <p>(09.50) Terdapat tekanan pada daerah punggung pasien</p> <p>(10.05) Spray pasien rapih dan tidak ada lipatan.</p> <p>(11.10) Pasien nyaman</p> <p>(11.20) Keluarga mengerti dengan penjelasan perawat</p> <p>(11.30) Keluarga menerima saran dari perawat</p> <p>(11.55) Setelah diberikan <i>virgin olive oil</i> kulit yang kering menjadi lembab</p> <p>(12.10) Pasien terlihat nyaman saat</p> | <p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengeluh badan terasa lemas dan nyeri pada daerah punggung</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan umum pasien tampak lemah</li> <li>- Pasien dapat miring kekiri dan kekanan setiap 2 jam</li> <li>- Aktivitas pasien dibantu keluarga</li> <li>- Keadaan kulit lembab setelah diberikan dibagian punggung.</li> <li>- Tidak ada tanda kemerahan, dan luka lecet</li> <li>- Nilai <i>braden score</i>: 15 (resiko rendah)</li> <li>- Tingkat kesadaran : Composmentis (GCS 15 : E4M6V5)</li> <li>- Tanda-tanda vital : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah : 110/70</li> </ul> </li> </ul> |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <p>punggung.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nilai <i>braden score</i>: 14 (resiko sedang)</li> <li>- Tingkat kesadaran : Composmentis (GCS 15 : E4M6V5)</li> <li>- Tanda-tanda vital : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah : 110/70 mmHg,</li> <li>• Frekuensi nadi : 69 x/m,</li> <li>• Frekuensi napas 18 x/m</li> <li>• Suhu : 36,5 °C,</li> </ul> </li> </ul> <p><b>A:</b> Integritas Kulit dan Jaringan</p> <p><b>P:</b> Pencegahan Luka Tekan</p> | <p>miring kiri</p> <p>(12.30) Lakukan pemijatan pada punggung</p> <p>(12.45) Merubah posisi dengan posisi miring kanan</p> | <p>diposikan miring kiri</p> <p>(12.40) Pasien terlihat nyaman setelah diberikan <i>Massage efflurage dengan virgin coconut oil</i></p> <p>(12.50) Pasien terlihat nyaman saat diposikan miring kanan</p> | <p>mmHg,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi nadi : 75 x/m,</li> <li>• Frekuensi napas 18 x/m</li> <li>• Suhu : 36,4 °C,</li> </ul> <p><b>A:</b> Integritas Kulit dan Jaringan</p> <p><b>P:</b> Intervensi hentikan (pasien pulang)</p> |
|--|--|---|--|

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <b>NAMA PASIEN : Ny .S</b>  | <b>Diagnosa Keperawatan:</b><br><b>Resiko Luka Tekan dibuktikan dengan <i>score braden</i> : 14</b>   |  |   |
| <b>RUANGAN : Stroke</b>   |   |  |   |
| <b>TANGGAL/HARI Ke: I<br/>Selasa, 01 Mei 2022</b>   |   |  |   |
| <b>PENGKAJIAN-<br/>DIAGNOSIS-<br/>INTERVENSI (S-O-A-P)</b>  | <b>IMPLEMENTASI</b>   | <b>RESPON HASIL</b>  | <b>EVALUASI</b>   |
| <b>Pukul : 15.00 WIB</b>  | <b>Pukul : 15.00-19.00 WIB</b>  | <b>Pukul : 15.05-18.25 WIB</b>   | <b>Pukul : 19.00 WIB</b>  |
| <b>S :</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan pasien masih lemah, dan banyak berbaring di tempat tidur.</li> <li>- Keluarga mengatakan pasien sulit menggerakkan tubuh, terutama tangan dan kaki sebelah kiri.</li> </ul> <b>O :</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan umum pasien lemah</li> <li>- Tingkatkesadaran: Composmentis (E4M5Vdisatria)</li> </ul> | Implementasi keperawatan :<br>(15.00) Memeriksa luka tekan dengan menggunakan <i>score braden</i><br>(15.10) Memeriksa adanya luka tekan sebelumnya<br>(15.20) Memonitor ketat area kemerahan<br>(15.30) Memonitor kulit diatas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi<br>(15.40) Monitor sumber tekanan dan gesekan<br>(15.50) Menjaga sprai tetap kering, bersih, dan tidak ada kerutan<br>(16.00) Memposisikan pasien semi fowler 30 derajat<br>(16.15) Menjelaskan tanda-tanda kerusakan kulit | (15.05) <i>Score braden</i> 14 (resiko sedang)<br>(10.15) Tidak terdapat luka tekan sebelumnya<br>(10.25) Tidak terdapat kemerahan<br>(15.35) Keadaan kulit kering dan tertekan oleh tempat tidur, terdapat tonjolan tulang punggung.<br>(15.45) Terdapat tekanan pada daerah punggung pasien<br>(15.55) Spray pasien rapih dan tidak ada lipatan.<br>(16.10) Pasien nyaman<br>(16.20) Keluarga mengerti dengan penjelasan perawat | <b>S :</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan pasien masih lemah, dan banyak berbaring di tempat tidur.</li> <li>- Keluarga mengatakan pasien sulit menggerakkan tubuh.</li> </ul> <b>O :</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan umum pasien lemah</li> <li>- Tingkatkesadaran: Composmentis (E4M5Vdisatria)</li> <li>- Pasien hanya berbaring ditempat tidur</li> <li>- Pasien terlihat nyaman saat diposikan miring kiri dan kanan setiap 2 jam</li> <li>- Aktivitas pasien (makan, minum, eliminasi, dan personal hygiene dibantu)</li> <li>- Keadaan kulit menjadi lembab setelah</li> </ul> |

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien hanya berbaring ditempat tidur</li> <li>- Aktivitas pasien (makan, minum, eliminasi, dan personal hygiene dibantu)</li> <li>- Keadaan kulit kering dibagian punggung</li> <li>- <i>Braden score</i> : 14 (resiko sedang)</li> <li>- Tanda-tanda vital :</li> <li>- Tekanan darah: 174/102 mmHg,</li> <li>- Frekuensi nadi: 65 x/m,</li> <li>- Frekuensi napas 20 x/m,</li> <li>- Suhu : 36,5 °C</li> </ul> <p><b>A:</b> Integritas Kulit dan Jaringan</p> <p><b>P:</b> Pencegahan Luka Tekan</p> | <p>(16.25) Mengajukan kepada keluarga melapor jika ada tanda-tanda kerusakan kulit</p> <p>(16.30) Mempertahankan kelembaban kulit</p> <p>(16.45) Merubah posisi dengan posisi miring kiri</p> <p>(18.00) Lakukan pemijatan pada punggung</p> <p>(18.45) Merubah posisi dengan posisi miring kanan</p> | <p>(16.30) Keluarga menerima saran dari perawat</p> <p>(16.40) Setelah diberikan <i>virgin olive oil</i> kulit yang kering menjadi lembab</p> <p>(16.50) Pasien terlihat nyaman saat diposikan miring kiri</p> <p>(18.10) Pasien terlihat nyaman setelah diberikan <i>Massage efflurage dengan virgin coconut oil</i></p> <p>(18.50) Pasien terlihat nyaman saat diposikan miring kanan</p> | <p>diberikan <i>massage</i> dengan minyak zaitun dibagian punggung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Braden score</i> : 14 (resiko sedang)</li> <li>- Tanda-tanda vital : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah : 160/100 mmHg,</li> <li>- Frekuensi nadi : 72 x/m,</li> <li>- Frekuensi napas 20 x/m</li> <li>- Suhu : 36,6 °C,</li> </ul> </li> </ul> <p><b>A:</b> Integritas Kulit dan Jaringan</p> <p><b>P:</b> Pencegahan Luka Tekan</p> |
|--|---|---|--|

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <b>NAMA PASIEN : Ny.S</b>  | <b>Diagnosa Keperawatan:</b><br><b>Resiko Luka Tekan dibuktikan dengan <i>score braden</i> : 14</b>   |   |  |
| <b>RUANGAN : Stroke</b>  |   |   |  |
| <b>TANGGAL/HARI Ke: 2</b><br><b>Rabu, 02 Mei 2022</b>  |   |   |  |
| <b>PENGAJIAN-<br/>DIAGNOSIS-INTERVENSI<br/>(S-O-A-P)</b>   | <b>IMPLEMENTASI</b>   | <b>RESPON HASIL</b>   | <b>EVALUASI</b>  |
| <b>Pukul : 15.00 WIB</b>   | <b>Pukul : 15.00-19.00 WIB</b>  | <b>Pukul : 15.05-18.25 WIB</b>  | <b>Pukul : 19.00 WIB</b>   |
| <b>S :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan pasien masih lemah, dan banyak berbaring di tempat tidur.</li> <li>- Keluarga mengatakan pasien sulit menggerakkan tubuh, terutama tangan dan kaki sebelah kiri.</li> </ul> <b>O :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan umum pasien lemah</li> <li>- Tingkatkesadaran: Composmentis (E4M5Vdisatria)</li> <li>- Pasien hanya berbaring ditempat tidur</li> </ul> | Implementasi keperawatan :<br>(15.00) Memeriksa luka tekan dengan menggunakan <i>score braden</i><br>(15.10) Memeriksa adanya luka tekan sebelumnya<br>(15.20) Memonitor ketat area kemerahan<br>(15.30) Memonitor kulit diatas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi<br>(15.40) Monitor sumber tekanan dan gesekan<br>(15.50) Menjaga sprai tetap kering, bersih, dan tidak ada kerutan<br>(16.00) Memposisikan pasien | (15.05) <i>Score braden</i> 15 (resiko rendah)<br>(10.15) Tidak terdapat luka tekan sebelumnya<br>(10.25) Tidak terdapat kemerahan<br>(15.35) Keadaan kulit kering dan tertekan oleh tempat tidur, terdapat tonjolan tulang punggung.<br>(15.45) Terdapat tekanan pada daerah punggung pasien<br>(15.55) Spray pasien rapih dan tidak ada lipatan.<br>(16.10) Pasien nyaman | <b>S :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan pasien masih lemah, dan banyak berbaring di tempat tidur.</li> <li>- Keluarga mengatakan pasien sulit menggerakkan tubuh, terutama tangan dan kaki sebelah kiri.</li> </ul> <b>O :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan umum pasien lemah</li> <li>- Tingkatkesadaran: Composmentis (E4M5Vdisatria)</li> <li>- Pasien hanya berbaring ditempat tidur</li> <li>- Pasien terlihat nyaman saat diposikan miring kiri dan kanan setiap 2 jam</li> <li>- Aktivitas pasien (makan, minum, eliminasi, dan personal hygiene dibantu)</li> <li>- Keadaan kulit menjadi lembab setelah diberikan</li> </ul> |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat nyaman saat diposikan miring kiri dan kanan setiap 2 jam</li> <li>- Aktivitas pasien (makan, minum, eliminasi, dan personal hygiene dibantu)</li> <li>- Keadaan kulit menjadi lembab setelah diberikan <i>massage</i> dengan minyak zaitun dibagian punggung</li> <li>- <i>Braden score</i> : 14 (resiko sedang)</li> <li>- Tanda-tanda vital : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah : 160/100 mmHg,</li> <li>- Frekuensi nadi : 72 x/m,</li> <li>- Frekuensi napas 20 x/m</li> <li>- Suhu : 36,6 °C,</li> </ul> </li> </ul> <p><b>A:</b> Integritas Kulit dan Jaringan</p> <p><b>P:</b> Pencegahan Luka Tekan</p> | <p>semi fowler 30 derajat</p> <p>(16.15) Menjelaskan tanda-tanda kerusakan kulit</p> <p>(16.25) Mengajukan kepada keluarga melapor jika ada tanda-tanda kerusakan kulit</p> <p>(16.30) Mempertahankan kelembaban kulit</p> <p>(16.45) Merubah posisi dengan posisi miring kiri</p> <p>(18.00) Lakukan pemijatan pada punggung</p> <p>(18.45) Merubah posisi dengan posisi miring kanan</p> | <p>(16.20) Keluarga mengerti dengan penjelasan perawat</p> <p>(16.30) Keluarga menerima saran dari perawat</p> <p>(16.40) Setelah diberikan <i>virgin olive oil</i> kulit yang kering menjadi lembab</p> <p>(16.50) Pasien terlihat nyaman saat diposikan miring kiri</p> <p>(18.10) Pasien terlihat nyaman setelah diberikan <i>Massage efflurage dengan virgin coconut oil</i></p> <p>(18.50) Pasien terlihat nyaman saat diposikan miring kanan</p> | <p><i>massage</i> dengan minyak zaitun dibagian punggung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada tanda kemerahan, dan luka lecet</li> <li>- <i>Braden score</i> : 15 (resiko rendah)</li> <li>- Tanda-tanda vital : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah : 150/90 mmHg,</li> <li>- Frekuensi nadi : 69 x/m,</li> <li>- Frekuensi napas 20 x/m</li> <li>- Suhu : 36,4 °C,</li> </ul> </li> </ul> <p><b>A:</b> Integritas Kulit dan Jaringan</p> <p><b>P:</b> Pencegahan Luka Tekan</p> |
|---|--|--|--|



| NAMA PASIEN : Ny.S  | <b>Diagnosa Keperawatan:</b><br><b>Resiko Luka Tekan dibuktikan dengan <i>score braden</i> : 14</b>   |  |   |
|---|---|--|---|
| RUANGAN : Stroke  |   |  |   |
| TANGGAL/HARI Ke: 3<br>Kamis, 3 Mei 2022   |   |  |   |
| PENGKAJIAN-DIAGNOSIS-INTERVENSI (S-O-A-P)   | IMPLEMENTASI  | RESPON HASIL   | EVALUASI  |
| Pukul : 15.00 WIB   | Pukul : 15.00-19.00 WIB   | Pukul : 15.05-18.25 WIB  | Pukul : 19.00 WIB   |
| <b>S :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan pasien masih lemah, dan banyak berbaring di tempat tidur.</li> <li>- Keluarga mengatakan pasien sulit menggerakkan tubuh, terutama tangan dan kaki sebelah kiri.</li> </ul><br><b>O :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan umum pasien lemah</li> <li>- Tingkatkesadaran: Composmentis (E4M5Vdisatria)</li> <li>- Pasien hanya berbaring ditempat tidur</li> <li>- Aktivitas pasien (makan, minum, eliminasi, dan</li> </ul> | Implementasi keperawatan : <ul style="list-style-type: none"> <li>(15.00) Memeriksa luka tekan dengan menggunakan <i>score braden</i></li> <li>(15.10) Memeriksa adanya luka tekan sebelumnya</li> <li>(15.20) Memonitor ketat area kemerahan</li> <li>(15.30) Memonitor kulit diatas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi</li> <li>(15.40) Monitor sumber tekanan dan gesekan</li> <li>(15.50) Menjaga sprai tetap kering, bersih, dan tidak ada kerutan</li> <li>(16.00) Memposisikan pasien semi fowler 30 derajat</li> <li>(16.15) Menjelaskan tanda-tanda kerusakan kulit</li> <li>(16.25) Menganjurkan kepada keluarga melapor jika ada tanda-tanda</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>(15.05) <i>Score braden</i> 16 (resiko rendah)</li> <li>(10.15) Tidak terdapat luka tekan sebelumnya</li> <li>(10.25) Tidak terdapat kemerahan</li> <li>(15.35) Keadaan kulit kering dan tertekan oleh tempat tidur, terdapat tonjolan tulang punggung.</li> <li>(15.45) Terdapat tekanan pada daerah punggung pasien</li> <li>(15.55) Spray pasien rapih dan tidak ada lipatan.</li> <li>(16.10) Pasien nyaman</li> <li>(16.20) Keluarga mengerti dengan penjelasan perawat</li> <li>(16.30) Keluarga menerima saran dari perawat</li> </ul> | <b>S :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah mulai bisa bergerak dan merubah posisi tidur, seperti miring kanan dan kiri secara mandiri</li> <li>- Keluarga mengatakan sudah mulai bisa menggerakkan tubuh.</li> <li>- Keluarga mengatakan tidak ad kemerahan, dan lecet pada daerah punggung pasien.</li> </ul><br><b>O :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan umum pasien sedang</li> <li>- Tingkat kesadaran: Composmentis (E4M5Vdisatria)</li> <li>- Pasien mulai bisa berbicara, tapi masih sedikit pelo</li> <li>- Pasien dapat merubah posisi tidur</li> </ul> |

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <p>personal hygiene dibantu)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Braden score</i> : 15 (resiko rendah)</li> </ul> <p>Tanda-tanda vital :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah : 150/90 mmHg,</li> <li>- Frekuensi nadi : 69 x/m,</li> <li>- Frekuensi napas 20 x/m</li> <li>- Suhu : 36,4 °C,</li> </ul> <p><b>A:</b> Integritas Kulit dan Jaringan</p> <p><b>P:</b> Pencegahan Luka Tekan</p> | <p>kerusakan kulit</p> <p>(16.30) Mempertahankan kelembaban kulit</p> <p>(16.45) Merubah posisi dengan posisi miring kiri</p> <p>(18.00) Lakukan pemijatan pada punggung</p> <p>(18.45) Merubah posisi dengan posisi miring kanan</p> | <p>(16.40) Setelah diberikan <i>virgin olive oil</i> kulit yang kering menjadi lembab</p> <p>(16.50) Pasien terlihat nyaman saat diposikan miring kiri</p> <p>(18.10) Pasien terlihat nyaman setelah diberikan <i>Massage efflurage dengan virgin coconut oil</i></p> <p>(18.50) Pasien terlihat nyaman saat diposikan miring kanan</p> | <p>ditempat tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat nyaman saat diposikan miring kiri dan kanan setiap 2 jam</li> <li>- Aktivitas pasien (makan dan minum secara mandiri, sementara eliminasi, dan personal hygiene dibantu)</li> <li>- Keadaan kulit lembab setelah diberikan <i>massage</i> dengan minyak zaitun dibagian punggung dan tidak ada kemerahan dan luka lecet.</li> <li>- Tidak ada tanda kemerahan, dan luka lecet pada punggung</li> <li>- <i>Braden score</i> : 16 (resiko rendah)</li> <li>- Tanda-tanda vital : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah : 140/90 mmHg,</li> <li>- Frekuensi nadi : 70 x/m,</li> <li>- Frekuensi napas 20 x/m</li> <li>- Suhu : 36,4 °C,</li> </ul> </li> </ul> <p><b>A:</b> Integritas Kulit dan Jaringan</p> <p><b>P:</b> Intervensi hentikan pasien pulang</p> |
|--|---|---|---|

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

Dalam bab ini penulis membahas tentang konsep teori dan proses asuhan keperawatan pencegahan luka tekan atau dekubitus pada pasien dengan stroke yang dilakukan di ruang Stroke RSUD M Yunus Bengkulu. Penerapan proses keperawatan dalam asuhan keperawatan untuk klien merupakan salah satu wujud tanggung gugat perawat yang terdiri dari tahap pengkajian keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Potter & Perry, 2015).

#### **A. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan yang merupakan proses pengumpulan data yang sistematis dan berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Nursalam, 2011). Penulis melakukan pengkajian pada pasien ke Y pada tanggal 25 April 2022 dan didapatkan data Tn. Y memiliki resiko terjadinya luka tekan, ditandai dengan, keadaan yang lemah dan harus bedrest total di tempat tidur, keadaan kulit di daerah punggung kering, dan terdapat tekanan pada tonjolan tulang oleh tempat tidur, saat dikaji hasil perhitungan *braden score* yaitu 12 (resiko sedang).

Hasil pengkajian selanjutnya pada pasien ke II pasien Ny.S tanggal 01 Mei 2022 didapatkan keluhan bicara sedikit pelo saat berbicara, terdapat kelemahan anggota gerak pada tangan dan kaki kiri. Pasien masih kesulitan dalam berbicara dan anggota gerak sebelah kiri masih lemah. Saat dilakukan pengkajian resiko luka tekan, pasien harus bedrest total ditempat tidur, kesulitan untuk bergerak dan hanya terlentang, area kulit kering terutama pada bagian punggung, dan terdapat tekanan pada penonjolan tulang. Saat dilakukan pengkajian resiko luka tekan dengan *braden score*, Ny. S memiliki skor 14 (resiko sedang).

Kedua responden pada penelitian ini memiliki resiko terjadinya luka tekan, yang ditandai dengan nilai *braden score* <18, penurunan mobilisasi,

kulit kering, riwayat penyakit DM dan stroke, penekanan diatas tonjolan tulang, dan gesekan pada permukaan kulit.

Kedua responden pada penelitian ini menunjukkan tanda dan gejala seperti kelumpuhan dengan otot yang lemah, ketidak stabilan, hambatan mobilitas fisik, defisit perawatan diri, kelumpuhan pada satu sisi, kebas atau otot lemas, kerusakan integritas kulit, memiliki riwayat hipertensi dan kelemahan umum yang berakibat terjadinya resiko luka tekan. Kedua pasien memiliki jenis stroke yang sama yaitu stroke non hemoragik atau iskemik. Menurut Terry dan Weaver (2013) Stroke iskemik biasanya disebabkan adanya gumpalan yang menyumbat pembuluh darah dan menimbulkan hilangnya suplai darah keotak. Faktor resikonya antara lain hipertensi, obesitas, merokok, peningkatan kadar lipid darah, diabetes dan riwayat penyakit jantung dan vaskular dalam keluarga. Hasil penelitian Dewi (2020) menyebutkan keterbatasan dalam pergerakan fisik dan berhubungan dengan imobilisasi fisik adalah faktor terjadinya risiko kerusakan integritas kulit dan risiko terjanya luka tekan atau dekubitus.

Menurut Apostolopoulou & Tselebis (2014) faktor yang paling sering ditemui pada pasien stroke adalah gaya gesek, kelembaban, demam, kelumpuhan otot, obesitas dan usia. Defisit neurologis yang dialami pasien stroke akan menimbulkan berbagai macam masalah, seperti yang sering terjadi adalah hemiparese. Hemiparese adalah kelumpuhan setengah badan yang terjadi sebelah kanan atau kiri, kelumpuhan otot lidah, kesulitan berjalan dan kehilangan keseimbangan. Pada pasien dengan hemiparese membuat pasien mengalami tira baring dan tira baring yang lama membuat pasien berisiko untuk mengalami luka tekan ( Dafrosia, 2020).

Prinsip penatalaksanaan keperawatan antara teoritis dan kasus pada Tn. Y dan Ny.Y memiliki kesamaan. Kedua responden pada penelitian ini menunjukkan adanya resiko terjadinya luka tekan seperti nilai *braden score* <18, keterbatasan pergerakan tubuh dan ekstremitas, memiliki riwayat penyakit diabetes yang akan menyebabkan neuropati perifer pada jaringan dan kulit karena kurangnya suplai oksigen yang disebabkan oleh

penumpukkan glukosa dalam darah di perifer. Kondisi pasien yang mengharuskan untuk *bedrest* dalam jangka waktu lama, sehingga memiliki resiko tinggi terjadinya luka tekan pada daerah tonjolan tulang terutama pada punggung.

Prinsip penatalaksanaan keperawatan antara teoritis dan kasus pada Tn. Y dan Ny.S memiliki kesamaan yaitu pencegahan luka tekan.

## **B. Gambaran Diagnosa Keperawatan pada Pasien Stroke dengan Risiko Luka Tekan**

Diagnosis keperawatan melibatkan proses berpikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medis dan pemberian pelayanan kesehatan yang lain. Komponen-komponen dalam pernyataan diagnosis keperawatan meliputi masalah (*problem*), penyebab (etiologi), tanda dan gejala (*sign and symptom*) (Asmadi, 2008).

Berdasarkan hasil pengkajian pada dua pasien ditemukan adanya resiko luka tekan ditandai dengan *score braden* <18, adanya penurunan mobilisasi, kulit kering dan tekanan pada punggung pasien dalam waktu yang lama, dan pasien diharuskan *bedrest*. Sehingga peneliti mengangkat diagnosa kasus resiko Luka Tekan dibuktikan dengan *score braden* <18, penurunan mobilisasi, kulit kering, dan *bedrest* yang sesuai dengan berbagai kriteria yang diisyaratkan pada diagnosa tersebut. Sehingga pada penelitian ini tidak ada kesenjangan antara laporan kasus dan teori.

Peneliti memprioritaskan diagnosa resiko luka tekan. Luka tekan atau ulkus dekubitus yang merupakan kerusakan lokal pada kulit dan atau jaringan lunak dibawahnya biasanya di atas tonjolan tulang, sebagai akibat adanya tekanan yang kuat dan lama, atau kombinasi dari tekanan dan gesekan, dan dipengaruhi juga oleh iklim, nutrisi, perfusi, penyakit yang mendasari, dan kondisi kulit atau jaringan lunak (*National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), 2016).

### **C. Gambaran Perencanaan Pencegahan Luka Tekan Pada Pasien Diabetes Melitus dengan Risiko Luka Tekan**

Berdasarkan tahap perencanaan penulis mengacu pada perencanaan yang terdapat dilandaskan teoritis dimana perencanaan dibagi menjadi 3 tahap yaitu menentukan prioritas masalah, menentukan tujuan, menentukan kriteria hasil dan merencanakan tindakan keperawatan. Dalam pembuatan rencana penulis bekerja sama dengan keluarga klien dan perawat ruangan sehingga ada kesempatan dalam memecahkan masalah yang dialami klien sehingga kebutuhan klien dapat terpenuhi sesuai teori perencanaan keperawatan dituliskan dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) prinsip secara umum rencana keperawatan yang penulis lakukan pada Tn. Y dan Ny. S.

Pada kasus Tn. Y dan Ny S penulis melakukan rencana tindakan keperawatan selama 4x24 jam pada Tn.y dan Ny S selama 3x24 jam. Penulis berencana mengatasi masalah resiko luka tekan pada pasien dengan tujuan yang diharapkan yaitu dengan nilai 1 (Menurun/memburuk), 2 (Cukup Menurun/cukup memburuk), 3 (Sedang), 4 (Cukup Meningkatkan/cukup membaik), 5 (Meningkat/membaik), dengan kriteria hasil Integritas Kulit dan Jaringan pada level 5, kerusakan lapisan kulit membaik, keluhan nyeri membaik, tanda-tanda kemerahan membaik, tanda perdarahan membaik, tekstur kulit membaik

Intervensi pada kasus ini sesuai dengan intervensi pada teoritis dan rencana dapat dilaksanakan berdasarkan intervensi dari diagnosa pada tinjauan kasus. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) Pencegahan Luka Tekan dengan aktivitas keperawatan yang dilakukan yaitu memeriksa luka tekan dengan menggunakan skala braden, memeriksa adanya luka tekan sebelumnya, memonitor ketat area kemerahan, memonitor kulit diatas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi, memonitor sumber tekanan dan gesekan, memonitor mobilitas dan aktivitas individu, mengeringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan

inkontenensia fekal atau urine, menjaga sprai tetap kering, bersih, dan tidak ada kerutan, menjaga kelembaban kulit, menghindari penggunaan air hangat dan sabun keras saat mandi, menjelaskan tanda-tanda kerusakan kulit, menganjurkan melapor jika ada tanda-tanda kerusakan kulit.

Intervensi tambahan dari beberapa *evidence based nursing* terbaru yang dapat dijadikan intervensi untuk mengatasi masalah keperawatan telah disesuaikan untuk dapat dilaksanakan dengan tujuan pencegahan luka tekan. Salah satunya adalah VCO (*Virgin Coconut Oil*) atau minyak kelapa murni mengandung asam lemak dan oleat dalam VCO bersifat melembutkan kulit selain itu VCO efektif aman digunakan sebagai *moisturizer* untuk meningkatkan hidrasi kulit, dan mempercepat penyembuhan pada kulit dan baik untuk kesehatan kulit karena mudah untuk diserap kulit dan mengandung vitamin E (Amin, 2009, dalam Win Narsih, 2015)

Pendapat ini didukung oleh penelitian Eka Isranil Laily, dkk (2019) tentang penggunaan *extra virgin olive oil* untuk pencegahan luka tekan. Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh pemberian *extra virgin olive oil* untuk pencegahan luka tekan pada pasien berisiko dengan skala braden.

Pada *evidence based* selanjutnya yaitu mobilisasi miring kiri miring kanan dalam upaya pencegahan luka tekan. Pemberian posisi yang benar sangatlah penting dengan sasaran utama pemeliharaan integritas kulit yang dapat mengurangi tekanan, membantu kesejajaran tubuh yang baik dan mencegah neuropati kompresif (Smeltzer, 2010). Pada perubahan posisi alih baring biasa, saat posisi lateral hanya dikasih bantal pada punggung untuk memberi sokongan tubuh agar tidak kembali ke posisi supinasi. Sedangkan pemberian posisi miring 30° dengan penggunaan bantal dibawah kepala, dibelakang punggung, diantara mata kaki, diantara lutut kanan dan kiri. Tindakan tersebut mampu mengurangi derajat dekubitus serta memulihkan kulit seperti semula.

Pendapat ini didukung dengan hasil penelitian oleh Umi Faridah, Sukarmin, dan Sri Murtini (2019) tentang pengaruh posisi miring terhadap dekubitus, hasil menunjukkan uji Wilcoxon di atas didapatkan kelompok

intervensi diperoleh nilai  $\rho$  value adalah 0,002 ( $p < 0,05$ ) dan kelompok kontrol diperoleh nilai  $\rho$  value adalah 0,025 ( $p < 0,05$ ). Hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa  $\rho$  value kelompok intervensi lebih kecil dibandingkan  $\rho$  value kelompok kontrol sehingga pemberian posisi miring lebih efektif menurunkan derajat dekubitus dibandingkan kelompok kontrol tanpa perlakuan.

#### **D. Gambaran Implementasi Pencegahan Luka Tekan Pada Pasien Diabetes Melitus dengan Risiko Luka Tekan**

Berdasarkan tahap implementasi keperawatan, upaya untuk merealisasikan rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan yaitu membina hubungan saling percaya adalah hal yang sangat penting dalam tahap pelaksanaan ini, sehingga upaya pelaksanaan atau tindakan yang dilaksanakan dapat di terima sebagai upaya untuk memecahkan masalah. Implementasi yang dilakukan penulis berlangsung selama 4 hari pada Tn. Y yang dimulai dari tanggal 25 Mei sampai 28 Mei 2022 dan implementasi yang dilaksanakan pada Ny.S berlangsung selama 3 hari yang dimulai dari tanggal 01 Mei sampai dengan 03 Mei 2022. Pada studi kasus ini penulis melakukan implementasi dan mengevaluasi keadaan klien setiap hari.

Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi masalah resiko luka tekan memeriksa luka tekan yaitu dengan menggunakan skala braden, memeriksa adanya luka tekan sebelumnya, memonitor ketat area kemerahan, memonitor kulit diatas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi, memonitor sumber tekanan dan gesekan, memonitor mobilitas dan aktivitas individu, mengeringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontenensia fekal atau urine, menjaga sprai tetap kering, bersih, dan tidak ada kerutan, menjaga kelembaban kulit, merubah posisi setiap 2 jam, menghindari penggunaan air hangat dan sabun keras saat mandi, menjelaskan tanda-tanda kerusakan kulit, menganjurkan melapor jika ada tanda-tanda kerusakan kulit.



Pada *evidence based* pertama yang dilakukan adalah pemberian VCO (*Virgin Coconut Oil*) atau minyak kelapa murni pada Tn. Y dan Ny S yang mengandung asam lemak dan oleat dalam VCO bersifat melembutkan kulit selain itu VCO efektif aman digunakan sebagai *moisturizer* untuk meningkatkan hidrasi kulit, dan mempercepat penyembuhan pada kulit dan baik untuk kesehatan kulit karena mudah untuk diserap kulit dan mengandung vitamin E (Amin, 2009, dalam Win Narsih, 2015).

Pada *evidence based* kedua yaitu mobilisasi miring kiri miring kanan pada Tn. Y dan Ny.S dalam upaya pencegahan luka tekan. Pemberian posisi yang benar sangatlah penting dengan sasaran utama pemeliharaan integritas kulit yang dapat mengurangi tekanan, membantu kesejajaran tubuh yang baik dan mencegah neuropati kompresif (Smeltzer, 2010). Pada perubahan posisi alih baring biasa, saat posisi lateral hanya dikasih bantal pada punggung untuk memberi sokongan tubuh agar tidak kembali ke posisi supinasi. Sedangkan pemberian posisi miring 30° dengan penggunaan bantal dibawah kepala, dibelakang punggung, diantara mata kaki, diantara lutut kanan dan kiri. Tindakan tersebut mampu mengurangi derajat dekubitus serta memulihkan kulit seperti semula.

Pencegahan adalah cara terbaik yang dapat dilakukan oleh perawat terhadap pasien yang mengalami *bedrest* total. Tindakan tersebut adalah dengan melakukan alih baring/perubahan posisi (Potter & Perry, 2010, hlm. 586). Alih baring merupakan perubahan posisi yang diberikan untuk mengurangi tekanan dan gaya gesek yang dapat melukai kulit serta menjaga daerah yang tertekan tidak mengalami luka (Potter & Perry, 2012)

Pada *evidence based* ketiga *massage efflurage* dengan *virgin coconut oil massage efflurage* pada pasien Tn. Y adalah suatu gerakan dengan mempergunakan seluruh permukaan telapak tangan melekat pada bagian tubuh yang digosok. Bentuk telapak tangan dan jari-jari selalu menyesuaikan dengan bagian tubuh yang digosok. Tangan menggosok secara supel atau gentel menuju kearah jantung (centrifugal) misalnya gosokan di dada, perut dan sebagainya. *Massage* yang dilakukan dalam penelitian ini menggunakan

*virgin coconut oil* (VCO), VCO sangat baik untuk kesehatan kulit, mengandung pelembab alami sehingga mudah diserap kulit, mengandung vitamin E yang dapat membantu menjaga kulit agar tetap lembut, halus, dan mengurangi risiko kanker kulit (Soekardi dan Yuliadi, 2012). Menurut Price dalam Handayani & Ririn (2010), medium fatty acid yang terdapat pada VCO mengandung sabun yang sama seperti pada sabun kulit, terdapat lemak ilmiah yang menjadi antimikrobal pada kulit dan melindungi kulit dari infeksi.

Pada *evidence based* keempat *massage* dengan minyak zaitun pada Ny S dimana terapi pijatan atau *massage* dibutuhkan lotion sebagai pelumas dan pelembab kulit. Pelembab adalah bahan yang dioleskan dikulit terdiri atas bahan yang bersifat oklusif, humektan, emolien, dan protein rejuvenator. Dengan tujuan untuk menambah dan atau mempertahankan kandungan air dalam lapisan korneum, sehingga kulit akan terasa halus dan lembut. Karena efeknya inilah maka pelembab merupakan salah satu produk perawatan kulit yang paling banyak dipakai di masyarakat untuk mengatasi kulit kering (Fajar Waskito, 2013).

Minyak zaitun, terutama *extra virgin*, mengandung senyawa fenolik tyrosol seperti *oleuropein* dan *oleocanthal*. *Oleocanthal*, *oleuropein*, dan *hidroksitirosol* adalah anti-oksidan alami yang paling kuat. Vitamin E dan karotenoid memainkan peran penting melawan kanker, peradangan, penyakit arteri koroner, penyakit saraf degeneratif, dan diabetes.

Faktor pendukung yang penulis temukan dalam pelaksanaan keperawatan pada pasien Tn. Y dan Ny. S bahwa implementasi yang telah penulis laksanakan sesuai rencana tindakan yang telah disusun dapat tercapai dengan baik. Hal ini dapat tercapai dikarenakan adanya dukungan keluarga klien yang kooperatif, peralatan yang memadai dan lengkap serta peran perawat ruangan yang banyak membantu dan bekerja sama dengan penulis.

#### **E. Gambaran Evaluasi Pencegahan Luka Tekan Pada Pasien Stroke dengan Risiko Luka Tekan**

Evaluasi yang digunakan berbentuk S (*subjektif*), O (*objektif*), A (analisa), P (perencanaan terhadap analisis). Evaluasi dilakukan setiap hari pada kedua kasus yaitu menggunakan evaluasi SOAP pada awal jam dinas dan terakhir di evaluasi kembali setelah diberikan intervensi pada jam akhir dinas (Potter & Perry, 2005).

Evaluasi keperawatan pada pasien dengan resiko luka tekan ditandai dengan score braden <18, penurunan mobilitas, kulit kering, bedrest adalah menunjukkan perbaikan dan peningkatan kesehatan pasien, pada hari keempat pada pasien Tn. Y setelah diberikan intervensi keperawatan dengan SIKI :Pencegahan Luka Tekan : Integritas Kulit dan Jaringan membaik pada level 5 ditunjukkan tanda-tanda peningkatan integritas kulit dan jaringan dengan *evidence based*, keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, keadaan kulit lembab, tidak ada kemerahan, tidak ada luka lecet pada punggung dan tonjolan tulang, pasien masih harus dibantu mampu miring kanan dan kiri. Sedangkan pada Ny S sudah membaik pada hari ketiga setelah diberikan intervensi keperawatan dengan SIKI : Pencegahan Luka Tekan : Integritas Kulit dan Jaringan membaik pada level 5 ditunjukkan tanda-tanda peningkatan integritas kulit dan jaringan dengan *evidence based*, keadaan umum sedang, kesadaran composmentis, keadaan kulit lembab, tidak ada kemerahan, tidak ada luka lecet pada punggung dan tonjolan tulang, pasien sudah mulai bisa merubah posisi tidur miring kanan dan kiri.

Pada kedua kasus Diabetes Melitus dengan risiko luka tekan pada Tn. Y dan Ny.S sama-sama menunjukkan perbaikan gejala yang diamati antara lain : keluhan kelemahan tubuh dan ekstremitas menurun, nyeri berkurang, keadaan daerah kulit yang tertekan lembab, bersih, dan tidak ada tanda kemerahan dan luka lecet, sementara kondisi spray tempat tidur bersih, tidak lembab dan tidak ada lipatan alas tidur.

#### **F. Keterbatasan Penelitian**

1. Tidak semua *evidence base nursing* yang bisa diterapkan, hanya beberapa *evidence base nursing* yang bisa diterapkan dengan melihat kondisi pasien.
2. Peneliti memiliki keterbatasan waktu sehingga tidak dapat memberikan asuhan keperawatan maksimal selama 24 jam. Hendaknya intervensi inovasi ini sebagai tindakan mandiri dan mengadakan lebih banyak diskusi mengenai penerapan intervensi ini bagi klien yang mengalami luka tekan atau berisiko, sehingga mahasiswa mampu meningkatkan cara berpikir kritis

## **BAB VI**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Uraian bab pembahasan, maka penulis dapat menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian yang dilakukan pada pasien didapatkan data obyektif. Berdasarkan hasil pengkajian pada dua pasien ditemukan adanya risiko terjadinya luka tekan ditandai dengan Pasien yang mengalami kelemahan pada otot dan hanya berbaring, nyeri pada tubuh, terdapat tekanan pada tonjolan tulang oleh tempat tidur, kulit kering, dan braden score <18.
2. Berdasarkan pengkajian penulis mengangkat diagnose yang terjadi pada kasus adalah Resiko Luka Tekan dibuktikan dengan score braden <18, penurunan mobilisasi, kulit kering, bedrest. Risiko Luka tekan merupakan diagnosa yang umum terjadi pada pasien dengan Diabetes Melitus.
3. Perencanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan risiko luka tekan dengan tujuan kriteria hasil pada integritas kulit dan jaringan : Kerusakan lapisan kulit, nyeri, kemerahan, tanda perdarahan, hematoma membaik.
4. Implementasi diberikan pada kedua pasien selama 3-4 hari, *evidence based* (EBN) yang di berikan melakukan perawatan kulit menggunakan *Extra Virgin Olive Oil*, minyak zaitun yang dikombinasikan dengan *massage*, pengaturan posisi miring kiri dan kanan setiap 2 jam

## **B. Saran**

### 1. Bagi Institusi Pendidikan

Hendaknya intervensi inovasi ini sebagai tindakan mandiri dan mengadakan lebih banyak diskusi mengenai penerapan intervensi ini bagi klien yang mengalami luka tekan atau berisiko, sehingga mahasiswa mampu meningkatkan cara berpikir kritis.

### 2. Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan

Perawat dapat meningkatkan pelayanan keperawatan pada pasien diabetes dengan melakukan tindakan mandiri pencegahan luka tekan : memberikan minyak VCO, zaitun, dan merubah posisi setiap 2 jam sesuai indikasi bagi

### 3. Pasien dan Keluarga.

Pasien dan keluarga dapat melakukan pencegahan luka tekan dengan minyak kelapa murni atau zaitun, merubah posisi tidur pasien setiap 2 jam dan menjaga kebersihan tempat dan alas tidur, memperbaiki status nutrisi pasien dalam upaya penyembuhan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ali, Maghfuri, 2016. *Buku Pinter Perawatan Luka*. Jakarta Selatan; Salemba Medika
- Ahmad Firdaus. 2011. *Penatalaksanaan Luka Tekan dengan Massage Effluarage*. Edisi 2. Salemba Empat. Jakarta
- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Beauchamp GK, Keast RS, Morel D, Lin J, Pika J, Han Q, Lee CH, Smith AB, Breslin PA. 2005 . *Phytochemistry: ibuprofen-like activity in extra-virgin olive oil*. *Nature*, 437(7055):45–46
- Brandon. J.Wihelmy, (2006). *Pressure Ulcers, surgical treatment and principles*. [Http://Www.Emedicine.Com/Plastic/Topic 462.Htm](http://www.emedicine.com/plastic/topic_462.htm) , diakses tanggal 30 Maret 2022
- Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu (2020). *Profil Kesehatan Provinsi Bengkulu*. Bengkulu: Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu.
- Freeman-Cook L, Freeman-Cook K (2006). *Deadly diseases and epidemics: Staphylococcus aureus infections*. Tittle 3. United States of America: Chelsea House Publishers.
- Herdman, T . H., & Kamitsuru, S. (2013). *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi.2015-2017 Edisi 10*. Jakarta: EGC.
- Kemenkes R1. (2018). *Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018*. Jakarta: Kemenkes.
- Kesehatan, B. P. (2019). *Laporan Hasil Riset*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Muttaqin, Arif.,& Sari, Kumala. (2011). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan*. Jakarta: Salemba Medika
- National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2016). *European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and*

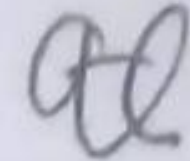
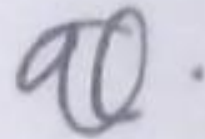
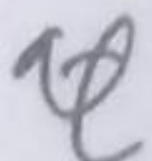
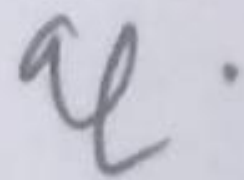
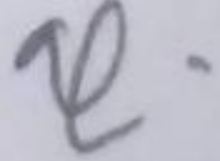
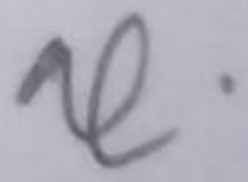
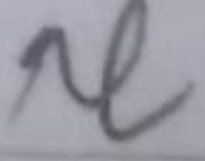
- Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Perth, Australia.
- Purwanto. (2012). *Metodologi penelitian kuantitatif untuk psikologi dan penelitian*. Yogyakarta: Pustaka pelajar.
- Putra Sarwanto, Doma. 2017. *Perbedaan Efektivitas Posisi Miring 30 Derajat Dan 90 Derajat Dalam Menurunkan Risiko Dekubitus Pada Pasien Bedrest Total Di Rsud Salatiga*
- Potter, Patricia A dan Perry, Anne Griffin. 2010. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Praktik, E/4, Vol. 2*. Jakarta, EGC.
- Price Sylvia A, Wilson Lorraine M. *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Jakarta: EGC; 2012
- Roberts, S., Chaboyer, W., Leveritt, M., Banks, M., & Desbrow, B. (2005). *Nutritional intakes of patients at risk of pressure ulcers in the clinical setting*. *Nutrition*, 30 (7-8), 841-846. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nut.2013.11.019>
- Rotua Simanjuntak, Tiurmauli. *Efektivitas Mobilisasi Miring Kiri Miring Kanan Dalam Upaya Pencegahan Pressure Injury Pada Pasien Sepsis Di Ruang Instalasi Pelayanan Intensif*. *Jurnal Keperawatan Komprehensif* Vol. 6 No.1, Januari 2020: 35-44
- Seragih, Nurlela Petra. 2019. *Pengaruh pemberian minyak zaitun dalam pencegahan decubitus pada pasien stroke di ruang ICU Murni Hospital*.
- Santiko & Noor Faidah. 2020. *Pengaruh Massage Efflurage Dengan Virgin Coconut Oil (Vco) Terhadap Pencegahan Dekubitus Pada Pasien Bedrest Di Ruang Instalasi Rawat Intensive (Irin) Rs Mardi Rahayu Kudus*. <http://jurnal.stikescendekiautamakudus.ac.id>
- Smeltzer, Suzanne C, Brenda G bare. (2001). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth Edisi 8 Vol 2 alih bahasa H. Y. Kuncara, Andry Hartono, Monica Ester, Yasmin asih*. Jakarta : EGC.
- Wasliyah, Siti. 2018. *Efektivitas Penggunaan Virgin Coconut Oil (Vco) Dan Minyak Zaitun Untuk Pencegahan Luka Tekan Grade I Pada Pasien Yang*

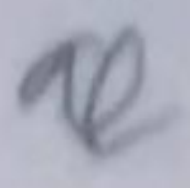
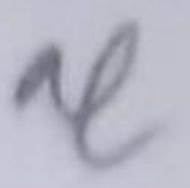
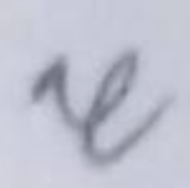
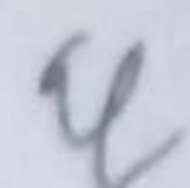

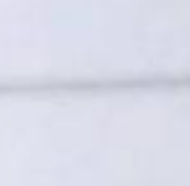
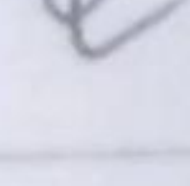


- Berisiko Mengalami Luka Tekan Di Rsu Kabupaten Tangerang. *Jurnal Medikes, Volume 5, Edisi 2, November 2018*
- Subekti I., 2012. *Buku Ajar Penyakit Dalam: Neuropati Diabetik, Jilid III, Edisi 4*. Jakarta: FK UI pp. 1948.
- Surtiningsih. (2005). *Cantik dengan Bahan Alami*. Jakarta: Penerbit PT Elex Media Komputindo.
- Tjokronegoro, Arjatmo., Sudarsono, Sumedi. 2013. *Anatomi fisiologi kulit*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI, pp: 135
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Edisi 1. Jakarta : PPNI
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2019. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Edisi 1. Jakarta : PPNI
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Edisi 1. Jakarta : PPNI
- Wilkinson, Judith.(2006). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan Edisi 7*. Jakarta : EGC.

**LEMBAR KONSUL KARYA ILMIAH AKHIR NERS**  
**PROGRAM STUDI PROFESI NERS JURUSAN KEPERAWATAN**  
**POLTEKKES KEMENKES BENGKULU TAHUN AJARAN 2021/2022**

Nama : Shandi Cesar Anugrah  
 Nim : P05120421052  
 Program Studi : Profesi Ners  
 Pembimbing KIAN : Asmawati,S.Kp.,M.Kep  
 Judul KIAN : Asuhan Keperawatan Pencegahan Luka Tekan Pada Pasien Dengan Penyakit Stroke Di Ruang Stroke RSUD DR M.YUNUS Bengkulu Tahun 2022

| NO | TANGGAL          | CATATAN PEMBIMBING  | PARAF   |
|----|------------------|---|---|
| 1  | 2 Desember 2021  | Acc Judul Kian Dan Lanjutkan Bab I-III  |  |
| 2  | 8 Desember 2021  | Perbaikan Pada Bab I Lengkapi Juga Dengan Teori Pada Penyakit Stroke  |  |
| 3  | 15 Desember 2021 | Perbaikan Di Bab II Di Diagnosa Pada Penyakit Stroke Dan Lengkapi Dengan Sesuai Intervensi Yang akan di lakukan |  |
| 4  | 24 Desember 2021 | Perbaikan di bab III di bagian kriteria inklusi harus sesuai dengan responden pemelihan pada kasus              |  |
| 5  | 28 Desember 2021 | Rapikan semua margin dari bab I-III   |  |
| 6  | 9 Maret 2022     | Acc Proposal Kian   |  |
| 7  | 16 April 2022    | Izin melakukan penelitian   |  |

|    |               |   |   |
|----|---------------|---|---|
| 8  | 26 April 2022 | Konsul Bab IV   |    |
| 9  | 28 April 2022 | Perbaiki Bab IV bagian pemeriksaan fisik dan semua tulisan di rapikan   |    |
| 10 | 5 Mei 2022    | Perbaiki Bab IV di bagian analisa data dan implementasi sesuai dengan hasil pengkajian yang ada pada hasil penelitian |    |
| 11 | 8 Mei 2022    | Perbaiki di Bab V jelaskan semua materi tentang EBN yang dibahas dan lengkapi lagi                                    |   |
| 12 | 10 Mei 2022   | Perbaiki di Bab V lagi sistematika penulisan harus rapikan sesuai dengan pedoman                                      |  |
| 13 | 13 Mei 2022   | Perbaiki harus lengkap semua dan tabel-tabel di rapikan dan penulisan juga dirapikan                                  |  |
| 14 | 16 Mei 2022   | ACC Kian Dari Bab I-IV dan Lanjutkan Ujian KIAN   |  |