BAB V
PEMBAHASAN

Dalam bab ini,penulis akan menjelaskannperbedaan antara gagasan teori dan praktik proses perawatan keperawatan pada pasien yang menderita Stroke yang dilakukan di Ruang Stroke RSUD Dr. M. Yunus Kota Bengkulu pada tahun 2025. Pelaksanaan proses keperawatan dalam pelayanan keperawatan terhadap klien adalah salah satu bentuk perawatan yang meliputi langkah-langkah pengkajian keperawatan, penentuan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaandan evaluasi keperawatan.

A. Gambaran Pengkajian Luka Tekan Pada Pasien Stroke

Peneliti melakukan pengkajian pada Ny.N hari kamis tanggal 24 April 2025 didapatkan data Ny. N tampak hanya mengerang, keluarga mengatakan setiap malam Ny N selalu gelisah dan mengeluh sakit kepala dan terasa berat. Hasil pemeriksaan tekanan darah 158/110 mmHg, N: 88x S: 36,4 C SPO2: 96% RR:21x/menit,skor braden 13 (risiko sedang). Keluarga mengatakan Ny.N hanya berbaring seperti saat ini dari awal masuk dan keluarga tidak berani untuk mengubah posisi pasien dan mengalami kelemahan sisi sebelah kanan, saat dilakukan pemeriksaan fisik bagian bokong sebelah kanan tampak kemerahan. Keluarga mengatakan untuk aktivitas dibantu keluarga dan perawat. Keluarga mengatakan bahwa Ny. N memiliki riwayat hipertensi selama 3 tahun dan mengonsumsi obat rutin. Keluarga mengatakan bahwa Ny. R kali pertama dirawat dengan keluhan dan kondisi stroke.

Pengkajian selanjutnya pada Ny. R pada hari yang sama didapatkan Ny. R dalam keadaan tirah baring sejak tanggal 20 Mei 2025, skor skala braden 11 (risiko tinggi), Hasil pemeriksaan tekanan darah 165/100 mmHg, N: 75x S: 36,6 C SPO2: 95% RR: 23x/menit. Ny. R mengalami penurunan mobilisasi, kulit tampak kering, Saat pengkajian tampak kegiatan, latihan, makan, minum, buang air, berpakaian, dan bergerak di atas tempat tidur, pasien hanya terbaring di tempat tidur, serta terdapat penurunan elastisitas kulit, terdengar suara nafas ronchi dan terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm. keluarga mengatakan Ny. R mengalami kelemahan sisi sebelah kiri Pasienmkesulitan berbicara dan anggota

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

gerak sebelahkiri masih lemahh serta keluarga mengatakan pada bagian ekstremitas atas sebelah kiri tampak kemerahan dan bokong bagian sinistra tampak berwarna kemerahan akibat tertekan terlalu lama. Keluarga mengatakan Ny. R memiliki riwayat hipertensi selama 5 tahun dan mengkonsumsi obat rutin. Keluarga mengatakan Ny.R pernah dirawat di Rumah sakit 2x denganpenyakit stroke dan ini serangan kedua. Dari hasil pengkajian Braden Scale Ny. N dengan risiko sedang (13) dan Ny. R dengan risiko tinggi (11) dan kedua responden sama-sama mengalami stroke dan riwayat hipertensi.

Menurut Dafrosia, (2021) Faktor-faktor yang umum dijumpai pada pasien yang mengalami stroke meliputi gesekan, kelembapan, demam, kelumpuhan otot, berat badan berlebih, dan usia lanjut. Hemiparese merupakan kondisi di mana satu sisi tubuh mengalami kelumpuhan, baik di sisi kanan maupun kiri, disertai dengan kelumpuhan pada otottlidah, kesulitan dalam berjalan, serta kehilangan keseimbangan. Pada pasien dengan hemiparese, mereka cenderung mengalami tirah baring, dan masa tirah baring yang berkepanjangan meningkatkan risiko terjadinya luka tekan (Tedy Tulak et al., 2023). Penderita stroke sering kali terpaksa berbaring terlalu lama, yang dapat mengakibatkan munculnya dekubitus atau luka tekan. Tekanan adalah faktor dominan yang menyebabkan pembentukan luka tekan, yang dimulai dari adanya tekanan yang tinggi, berlangsung lama, dan berkurangnya toleransi jaringan terhadap tekanan tersebut (Herly et al., 2021). Prinsip-prinsip dalam penanganan keperawatan secara teori dan praktik pada Ny. N dan Ny. R memiliki kesamaaan. Kedua responden dalam penelitian ini menunjukkan adanya potensi untuk mengalami luka tekan, terlihat dari nilai braden score yang kurang dari 18. Kondisi pasien yang memerlukan istirahat total dalam periode waktu yang lama meningkatkan risiko terjadinya luka tekan di area yang memiliki tonjolan tulang, khususnya di bagian bokong dan punggung. Prinsip-prinsip dalam penanganan keperawatan secara teori dan praktik pada Ny. N dan Ny. R sama, yaitu fokus pada pencegahan luka tekann

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

B. Diagnosa Keperawatan Pada Pasien Stroke

Berdasarkan hasil pengkajian pada kedua pasien ditemukan data bahwa

keduanya mengalami stroke dan adanya risiko lukatekan yang ditandai dengan score braden <18penurunan mobilisasi, kulit kering &kemerahan area bokong dan ekstremitas yang mengalami kelemahan sehingga tertekan dalam waktu yang lama dan pasien disarankan bedrest, sehingga penelitimengangkat diagnosa keperawatan risiko lukatekan dibuktikan dengan score braden <18penurunan mobilisasi dan riwayat stroke. Penelitian yang dilakukan Hidayannah Uji et al., (2025), diagnosis keperawatan risiko luka tekan dapat terjadi jika terdapat tanda-tanda seperti kerusakan pada jaringan dan/atau lapisan kulit, nyeri, perdarahan, kemerahan, dan hematoma, menilai dari skala braden di mana didapatkan skor 12 yang mengindikasikan risiko sedang. Berdasarkan data tersebut, maka penulis merumuskan diagnosis keperawatan risiko luka tekan .

Peneliti mengutamakan diagnosa keperawatan risiko luka tekan yang merupakan kerusakan pada kulit dan atau jaringan lunak di bawahnya, biasanya terjadi di atas tonjolan tulang. Hal ini disebabkan oleh tekanan yang lama dan kuat, atau kombinasi dari tekanan serta gesekan. Faktor lain yang memengaruhi terbentuknya kondisi ini adalah lingkungan, nutrisi, perfusi darah, penyakit yang mendasari, serta kondisi kulit atau jaringan lunak di area yang mengalami tekanan dalam jangka waktu lama. Kondisi ini menyebabkan jaringan mengalami iskemia, yaitu terhentinya suplai darah, sehingga mengakibatkan terganggunya pasokan nutrisi dan oksigen, yang berpotensi menyebabkan nekrosis pada jaringan tersebut (Shalsabila & Arofiati, 2024).

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Herly (2021), bahwa penderita stroke biasanya mengalami bedrest terlalu lama dan penurunan mobilisasi menyebabkan dekubitus atau luka tekan terutama pada sisi yang mengalami kelemahan.

C. Intervensi Keperawatan Pencegahan Luka Tekan Pada Pasien Stroke Lansia Dengan Risiko Luka Tekan

Penyusunan rencana dilakukan penulis bersama keluarga klien serta perawat ruangan, sehingga terdapat peluang untuk menangani permasalahan yang dihadapi klien agar kebutuhan klien yang sesuai telah terpenuhi dengan teori perencanaan keperawatan. Ini dituangkan dalam rencana dan kriteria hasil

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

yang merujuk pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Prinsip umum dari rencana keperawatanyang diimplementasikan penulis pada Ny. N dan Ny. R adalah melaksanakan serangkaian tindakan keperawatan selama 3 kali 6 jam untuk mengatasi permasalahan risiko luka tekan dengan target yang diharapkan adalah integritas kulit dan jaringan meningkat

Intervensi keperawatan yang digunakan sesuai Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yaitu pencegahan lluka tekan dengan aktivitas keperawatan periksa luka tekan dengan menggunakan skala (mis: skala noton, skala braden) memeriksakanadanya luka tekan sebelumnya, memonitorsecara ketat area yang memerah disertaoi kulit di atas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi, sumber tekanan atau gesekan, mengeringkan daerah kulit yang lembabakibat keringat maupuncairan luka, dan inkontinensia fekal atau urin,ubah posisi secarahati-hati setiap 1–2 jam, memberikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang, menjaga sreprai agar tetap kering, bersih dan tidak ada kerutan/lipatan, hindari pemijatan di atas tonjolan tulang, monitor mobilitas dan aktivitas individu serta ajarkan cara merawat kulit. Kedua pasien akan dilakukan intervensi pengembangan inovasi pencegahan luka tekan berdasarkan *evidence based practice* yaitu pemberian *positioning Triangle Pillows, Massase Olive Oil* dan pengaturan posisi miring kanan kiri.

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

Studi yang dilakukan oleh Hawat & Arofiati, (2024) bahwa pemberian *Triangle Pillow* untuk mencegah kerusakan jaringan kulit akibat gesekan, tekanan, atau kelembapan, dapat dilakukan intervensi seperti penggunaan alat penopang, pengaturan posisi tubuh, serta menjaga kebersihan dan kekeringan kulit pasien. Tujuannya adalah mengurangi risiko luka tekan dan menjaga kesehatan kulit. dan dapat meminimalisir gesekan yang dapat menyebabkan dekubitus serta mencegah maseraasi yang dapat memicu terjadinya luka tekan.

Penelitian lainnya mengenai pencegahan luka tekan adalah dengan *Massase Oilve Oil* 1x/hari selama 3-7 hari dengan tujuan merelaksasi kulit, mempertahankan kondisi yang baik, mempercepat penyerapan sel kulit, dan mempercepat proses penyembuhan daerah lesi (Mufida Nisa & Hartutik, 2024).

Selain itu pengaturan posisi pada pasien dengan tirah baring lama juga dilakukan untuk mengurangi risiko terjadinya luka tekan, sejalan dengan hasil penelitan yang di lakukan oleh Mubarrok Aqzal et al., (2023) menunjukkan bahwa posisi miring dengn 30º secara berkala setiap 2 jam efektif dalam mencegah luka tekan. Hasil uji statistik menunjukkan P-value0,039, yang mengindikasikan adanya hubungan signifikan antara pengaturan posisi dengan kejadian luka tekan. Nilai OR=9,600 menunjukkan bahwa pasien yang tidak dilakukan pengaturan posisi memiliki risiko 9,6 kali lebih tinggi untuk mengalami luka tekan dibandingkan dengan pasien yang dilakukan pengaturan posisi.

D. Implementasi Keperawatan Pencegahan Luka Tekan Pada Pasien Stroke Dengan Risiko Luka Tekan

Implementasi yang dilakukan peneliti berlangsung selama 3 hari dimulai pada tanggal 24 - 26 April 2025. Penulis melakukan iimplementasi dan mengevaluasi keadaan klien setiap harii. Pada saat melakukan tindakan implementasi, penulis tidak menemukan kendala yang berarti, semua kegiatan pengurusan izin, pengambilan data dan implementasi berjalan lancar tanpa munculgangguan dan hambatan. Keluarga dan pasien yang kooperatif semakin membuat penelitian ini berjalan dengan lancar.

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

Pada diagnosa risiko luka tekan dibuktikan dengan *Skor Braden* : 11 & 13, Penurunan Mobilisasi, Riwayat Stroke balik vena, implementasi tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan. Kedua pasien dan keluarga menunjukkan sikap kooperatif, sehingga memudahkan pelaksanaan implementasi. Peneliti juga memberikan intervensi berbasis evidence-based pada kedua pasien dengan cara yang sama dan adil, sehingga meningkatkan kemungkinan keberhasilan tindakan keperawatan.

Pada implementasi berbasis *evidence based* pertama yang diberikan pada kedua pasienyaitu penerapan posisi miring kanan kiri terhadap pencegahan luka tekan pasien stroke, dilakukan untuk mengurangi tekanan yang terlalu lama dan gaya gesekan pada kulit dengan pemberian posisi setiap 2 jam sekali. Hasil uji Chi Square didapat dengan nilai p value sebesar 0,483 (I. Setiawan et al., (2023). Hasil penerapan ini sejalan dengan penelitian Alliyyah Latifatul &

Husain, (2024) menunjukkan adanya dampak dari pemberian mobilisasi setiap 3 jam terhadap terjadinya dekubitus bertujuan untuk menghindari pasien agar tidak terbaring terus-menerus dan mencegah timbulnya dekubitus, melindungi integritas kulit, serta meningkatkan sirkulasi dan aliran darah pada jaringan. Hasil penelitian menggunakan Independent Sample T-Test menunjukkan nilai p = 0,004, yang berarti terdapat pengaruh signifikan dari mobilisasi miring kiri dan miring kanan dalam mencegah pressure injury/luka tekan pada pasien sepsis di Ruang Instalasi Pelayanan Intensif. Dengan penerapan mobilisasi setiap 2 jam dan 4 jam, dapat disimpulkan bahwa intervensi ini efektif dalam menurunkan kejadian pressure injury/luka tekan. (Simanjuntak & Purnama, 2020).

Implementasi berbasis *Evidence Based* kedua yang diberikan adalah melakukan *positioning Triangle Pillow* terhadap Pencegahan *Pressure Ulcers* yang dilakukan oleh Hawat & Arofiati, (2024), peneliti melakukan terapi ini karena *Triangle Pillow* adalah bantalsegitiga yang digunakan untuk menopang tubuh serta meminimalisir adanya tekanan, gesekan ataupun kelembaban, hasil uji Chi Square terjadi lukatekan antara kelompokintervensi dan kontrol didapat dengan nilai p value sebesar 0,781 > 0,05 yang berarti ada perbedaan siqnifikan kejadian ulkus dekubitus (Hawat & Arofiati, 2024). Sejalan dengan penelitian Fattah Raden & Hidayati, (2023) pemberian bantal antidekubitus *Triangle Pillows* pada evaluasi hari ke-5 Penggunaan bantal segitiga pada pasien terbukti efektif dalam meningkatkan skor Skala Braden dari 10 menjadi 15. Hal ini menunjukkan bahwa intervensi tersebut berperan penting dalam mengurangi risiko luka tekan dengan meminimalkan tekanan, gesekan, dan kelembapan pada pasien.

Penelitian lainnya didapatkan selama 6 hari diberikan intervensi *Triangle Pillow* kombinasi *Virgin Coconut Oil* (VCO), didapatkan skor braden scale yang signifikan dari skala 9 menjadi skala 14, bahwa bantal segitiga memiliki fungsi yang sangat penting untuk mencegah timbulnya tekanan, gesekan, serta kelembapan. Penggunaan Bantal Segitiga bisa membantu dalam mengatur posisi secara perlahan dan terus-menerus sehingga dapat menghindari gesekan, kerusakan jaringan, mencegah pasien jatuh ke bawah dan mengurangi risiko

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

terjadinya luka tekan. (Agustin, 2021).

Terapi yang ketiga peneliti memberikan *Massase Olive Oil*. Menurut studi literatur yang dilakukan oleh Widayati (2023), Minyak zaitun memiliki kandungan asam oleat yang dapat mencapai 80% yang berfungsi untuk mengencangkan kulit serta memberikan perlindungan terhadap kerusakan. Pijat lembut pada area sekitar lesi pasien membantu menghindari tempat-tempat yang kaya antibakteri dan juga dapat memberikan kelembapan pada kulit. Oleh karena itu, minyak zaitun sangat dianjurkan untuk digunakan dalam konteks perawatan, sehingga pasien yang berbaring lama bisa terhindar dari ulkus dekubitus. Minyak ini diketahui mengandung asam lemak linoleat hanya sebesar 7% dan asam oleat yang tinggi, yaitu 80%. Asam linoleat berperan penting dalam memperkuat penghalang kulit, sehingga mengurangi kemampuan air untuk masuk ke dalam lapisan permukaan kulit (Widayati et al., 2023).

Selain itu, hasil penelitian Arta Kurnia et al., (2023) penerapan massage effleurage mengunakan olive oil dan almond oil sebanyak 4 ml , 2x/sehari selama 3 hari berturut-turut dengan durasi 3-4 menit/sesi mampu menurunkan resiko terjadinya decubitus karena adanya senyawa tokoferol, β-Cartotene, squalene, lutein, hydroxytyrosol dan oleuropein sebagai antioksidan serta antiinflamasi.

Sejalan dengan penelitian Shalsabila & Arofiati, (2024) Intervensi dilaksanakan selama enam hari berturut-turut, dengan pelaksanaan sebanyak 2x/hari, yaitu pada pagi hari setelah perawatan kebersihan mulut dan sore hari menjelang akhir shift pagi. Temuan dari penelitian ini mengindikasikan adanya perubahan skor braden scale dari skor 8 menjadi 12 setelah penerapan teknik pemijatan efflurage dan minyak zaitun, yang menunjukkan bahwa kombinasi antara pemijatan efflurage olive oil efektif dalam mengurangi terjadinya luka tekan.

E. Evaluasi Keperawatan Pencegahan Luka Tekan Pada Pasien Stroke Dengan Risiko Luka Tekan

Pada pasien dengan Risiko Luka Tekan dibuktikan dengan *Skor Braden* : 11&13, Penurunan Mobilisasi, Riwayat Stroke adanya perbaikandan

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

peningkatann kesehatan pasien, pada hari ketiga pasien Ny. N setelah diberikan intervensi keperawatan Pencegahan Luka Tekan : Integritas Kulit dan Jaringan cukup meningkat pada level 4 dengn tanda-tanda peningkatan integritas kulit dan jaringan dengan evidence based, kesadaran composmentis, Keadaan umum tampak sakit sedang, Tampak kemerahan pada bokong kanan Kemerahan Menurun , Pasien berbaring ditempat tidur dengan posisi Triangle Pillows, Kulit lembab dan elastis, CRT <3 detik, pasien sudah mulai tidur miring kanan dan kiri dan keadaan kulit lembab. P ada Ny R membaik pada hari ketiga setelah diberikan intervensi PencegahanLuka Tekan dengan luaran Integritas Kulit dan Jaringan cukup meningkatlevel 4 adanya tanda-tanda peningkatan integritas kulit dan jaringan, keadaan umum sedang, kesadaran composmentis, Tampak kemerahan pada bagian tangan kiri dan bokong sebelah kiri menurun, Pasien hanya berbaring ditempat tidur dengan posisi Triangle Pillows, Aktivitas pasien dibantu keluarga, Kulit elastis dan tampak lembab, CRT <3 detik serta pasien perlahan mulai mengubah posisi tidur miring kanan dan kiri.

Kedua kasus Stroke yang dialami oleh Ny. N dan Ny. R, terlihat bahwa risiko terjadinya luka tekan menunjukkan perbaikan dilihat dari beberapa gejala yang berkurang, seperti keluhan kelemahan tubuh dan ekstremitas yang menurun, kulit pada bagian yang tertekan menjadi kering dengan tidak adanya kemerahan atau luka lecet, sementara kondisi tempat tidur tetap rapi bersih tanpa kelembaban dan tidak ada lipatan pada serprai.

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

F. Keterbatasan Penulisan

Beberapa keterbatasan yang dialami selama penelitian oleh peneliti dalam penelitian ini, antara lain :

1. Perawat dan pasien memiliki waktu yang terbatas sehingga asuhan keperawatan tidak dapat diberikan secara maksimal.
2. Keluarga masih takut untuk melakukan perubahan posisi pasien seacara mandiri
3. Waktu penelitian dilakukan hanya selama 3 hari sehingga kurang optimal untuk mengukur terjadinya luka tekan pasien.