



UNIVERSITAS
WIDYA HUSADA
SEMARANG

**PENERAPAN MOBILISASI 2 JAM TERHADAP GANGGUAN
PENURUNAN INTEGRITAS KULIT (*DECUBITUS*) PADA
PASIEN STROKE *HAEMORAGIK***

KARYA TULIS ILMIAH

DETRI ENGGAR ARDILA
1705007

**FAKULTAS KESEHATAN DAN KETEKNISIAN MEDIK
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEMARANG**

2020



UNIVERSITAS
WIDYA HUSADA
SEMARANG

**PENERAPAN MOBILISASI 2 JAM TERHADAP GANGGUAN
PENURUNAN INTEGRITAS KULIT (*DECUBITUS*) PADA
PASIEN STROKE *HAEMORAGIK***

Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk
menyelesaikan Program Pendidikan DIII Keperawatan

DETRI ENGGAR ARDILA

1705007

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS KESEHATAN DAN KETEKNISIAN MEDIK
UNIVERSITAS WIDYA HUSADA SEMARANG
TAHUN 2020**

HALAMAN BEBAS PLAGIASI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Detri Enggar Ardila
NIM : 1705007
Program Studi : DIII Keperawatan
Insitusi : Universitas Widya Husada Semarang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini dengan judul “Penerapan Mobilisasi 2 Jam Terhadap Gangguan Penurunan Integritas Kulit (*Decubitus*) Pada Pasien Stroke *Haemoragik*” adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan karya tulis ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Semarang, 11 Juni 2020

Pembuat Pernyataan

Detri Enggar Ardila

Mengetahui :

Pembimbing



Ns. Wijanarko Heru P, S.Kep, M.H

NIDN. 0631058404

HALAMAN PERSETUJUAN

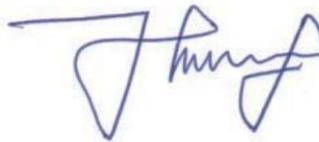
Karya Tulis Ilmiah oleh Detri Enggar Ardila (1705007) dengan judul

PENERAPAN MOBILISASI 2 JAM TERHADAP GANGGUAN PENURUNAN INTEGRITAS KULIT (*DECUBITUS*) PADA PASIEN STROKE *HAEMORAGIK*

telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan

Semarang, 11 Juni 2020

Pembimbing



Ns. Wijanarko Heru P, S.Kep, M.H

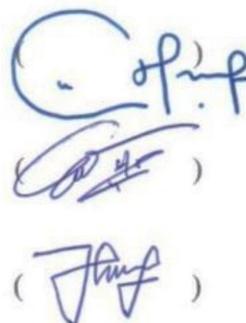
NIDN. 0631058404

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Detri Enggar Ardila dengan judul "Penerapan Mobilisasi 2 Jam Terhadap Gangguan Penurunan Integritas Kulit (*Decubitus*) Pada Pasien *Stroke Haemoragik*" telah dipertahankan di depan Dewan Penguji pada tanggal 11 Juni 2020

Dewan Penguji

Penguji 1	Ns. Maulidta Karunianingtyas W, M. Kep NIDN. 0614118601
Penguji 2	Ns. Chandra Hadi P, S.Kep, M.Kes NIDN. 0615028501
Penguji 3	Ns. Wijanarko Heru P, S.Kep, M.H NIDN. 0631058404



Mengetahui

Ketua Program Studi

Program Studi DIII Keperawatan Universitas Widya Husada Semarang



Ns. Emilia Puspitasari S, M.Kep.SpKep.J

NIDN. 0602088401

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan Hidayah-Nya sehingga Karya Tulis Ilmiah dengan judul "Penerapan Mobilisasi 2 Jam Terhadap Gangguan Penurunan Integritas Kulit (*Decubitus*) Pada Pasien Stroke *Haemoragik*". Ini dapat terselesaikan dengan baik. Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini tidak lepas dari bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada:

1. Dr. Hargianti Dini Iswandari, drg.,MM selaku Rektor Universitas Widya Husada Semarang.
2. Ns. Maulidta Kurnianingtyas W,M. Kep selaku Dekan Fakultas Kesehatan Dan Keteknisian
3. Ns. Emilia Puspitasari S, M.Kep. SpKep.J Kaprodi DIII Keperawatan Universitas Widya Husada Semarang.
4. Ns. Wijanarko Heru P, S.Kep,M.H selaku pembimbing yang telah membimbing dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Ns.Maulidta Karunianingtyas W,M.Kep selaku penguji I yang telah membimbing dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Ns. Chandra Hadi P,S.Kep,M.Kes selaku penguji II yang telah membimbing dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Kedua orang tua yang selalu memberikan dukungan, semangat, serta doa dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Teman-teman yang telah memberikan motivasi dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan karya tulis ilmiah ini memiliki banyak kekurangan. Oleh karena itu penulis membutuhkan saran dan kritik untuk perbaikan dalam penelitian selanjutnya.

Semarang, 11 Juni 2020

Penulis

PENERAPAN MOBILISASI 2 JAM TERHADAP GANGGUAN
PENURUNAN INTEGRITAS KULIT (*DECUBITUS*) PADA
PASIEN STROKE *HAEMORAGIK*.

Detri Enggar Ardila* Wijanarko Heru P** * Mahasiswa DIII Keperawatan
Universitas Widya Husada Semarang**Dosen Tetap DIII Keperawatan
Universitas Widya Husada Semarang. Email : detrienggar@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Stroke merupakan masalah kesehatan global yang dapat menyebabkan kecacatan dan kematian. Penyakit stroke masih menjadi penyebab kematian ketiga, sesudah penyakit jantung, dan kanker, sekitar 15 juta orang terserang stroke setiap tahunnya.

Tujuan: Menyusun resume asuhan keperawatan (pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, evaluasi) dalam pemberian penerapan mobilisasi 2 jam terhadap gangguan penurunan integritas kulit (*decubitus*) pada pasien stroke *haemoragik*.

Metode: Metode yang digunakan adalah metode wawancara tidak terstruktur, pertanyaan yang disampaikan mencakup permasalahan secara luas. Metode dokumentasi, mengetahui data tentang kondisi pasien melalui data dokumen pasien. Metode kuesioner, peneliti menyiapkan lembar pertanyaan tertulis pada pasien.

Tinjauan Pustaka: Stroke adalah gangguan fungsi otak yang terjadi dengan cepat (tiba-tiba) dan berlangsung lebih dari 24 jam karena gangguan suplai darah ke otak. Integritas kulit adalah rusaknya jaringan dari sebagian tubuh. *Decubitus* adalah suatu area yang terlokalisir dengan jaringan mengalami nekrosis yang terjadi pada bagian permukaan tulang yang menonjol.

Hasil: Penelitian dilakukan ke 2 responden yang mengalami gangguan integritas kulit (*decubitus*) yang diberikan perlakuan mobilisasi 2 jam selama 3 hari oleh peneliti, pada kedua responden pada hari pertama dikaji dengan menggunakan skala braden didapatkan hasil pengkajian pada ke 2 respinden beresiko sedang *decubitus*, kemudian ke 2 responden diterapkan intervensi mobilisasi 2 jam selama 3 hari pada ke 2 responden dan mendapatkan hasil peningkatan skor pada pengkajian skala braden yang menjadi resiko rendah *decubitus*, dengan rata-rata kenaikan skor skala braden 4 angka.

Kesimpulan: Berdasarkan penelitian yang diterapkan pada ke 2 responden stroke *haemoragik* yang mengalami gangguan integritas kulit (*decubitus*) mobilisasi 2 jam mempunyai manfaat yaitu untuk mengurangi resiko *decubitus*, dan meminimalkan terjadinya komplikasi.

Kata Kunci: Penerapan mobilisasi, Integritas kulit, *Decubitus*, stroke *haemoragik*.

THE APPLICATION OF 2- HOUR MOBILIZATION TO IMPAIRED SKIN INTEGRITY (DECUBITUS) IN HAEMORAGIK STROKE PATIENTS

Detri Enggar Ardila* Wijanarko Heru P** Student DIII Nursing Widya Husada
University Semarang** Permanent Lecturer DIII Nursing Widya Husada
University Semarang. Email: detrienggar@gmail.com

ABSTRACT

Background: Stroke is a global health problem that can cause disability and death. Stroke is still the third leading cause of death, after heart disease, and cancer, around 15 million people have a stroke each year.

objective: Compiling resume nursing care (assesment, diagnosis, planning, implementation, evaluation) in the application of 2-hour mobilization to impaired skin integrity (decubitus) in haemoragik stroke patients.

Methods: The method used is an unstructured interview method, the questions raised cover a wide range of issues. Documentation method, knowing data about the patient's document data. Questionnaire method, researchers prepare written question sheets on patients.

Pustaka review: stroke is a disorder of brain function that occurs quickly (suddenly) and last more than 24 hours due to disruption of blood supply to the brain. Skin integrity is the destruction of tissue from parts of the body. Decubitus is an area that is localized with tissue experiencing necrosis that occurs on the protruding surface of the bone.

Results: The study was conducted to 2 respondents who experienced impaired skin integrity (decubitus) who ware given 2 hours of mobilization treatment for 3 days by researchers, on the second respondent on the frist day assessed using the braden scale obtained results of the assesment on the 2 respondents at risk of being decubitus, then the 2 respondents applied a 2 hour mobilization intervention for 3 days to the 2 respondents and got an increase in score on the assesment of the breaden scale which was a low risk of decubitus, with an average increase in the 4 digit braden scale score.

Conclusion: Based on research applied to the respondents of haemoragik stroke who experiebce impaired skin integrity (decubitus) 2-hour mobilization has benefits, namely to reduce the risk of decubitus, and minimize the occurrence of complications.

Key Words: *Application of mobilization, Skin Integrity, Decubitus, Haemoragik stroke.*

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN BEBAS PLAGIASI	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	3
1.3. Tujuan Studi Kasus	3
1.3.1 Tujuan Umum	3
1.3.2 Tujuan Khusus	3
1.4. Manfaat Penelitian	3
1.4.1 Bagi Masyarakat	3
1.4.2 Bagi Perawat	3
1.4.3 Bagi Peneliti	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Konsep Stroke	5
2.1.1. Definisi Stroke	5
2.1.2. Etiologi	7
2.1.3. Manifestasi Klinis	7
2.1.4. Patofisiologi	8
2.1.5. Komplikasi	9

2.2.	Asuhan Keperawatan	9
2.2.1	Pengkajian	9
2.2.2	Diagnosa	10
2.2.3	Perencanaan	12
2.2.4	Pelaksanaan	17
2.2.5	Evaluasi	17
2.3.	Konsep Integritas Kulit	17
2.3.1.	Definisi	17
2.3.2.	Etiologi	18
2.3.3.	Manifesasi klinis	18
2.3.4.	Patofisiologi	18
2.3.5.	Komplikasi	19
2.4.	Konsep Decubitus	19
2.4.1.	Definisi	19
2.4.2.	Etiologi	19
2.4.3.	Manifestasi klinis	20
2.4.4.	Patofisiologi	20
2.4.5.	Komplikasi	21
2.4.6.	Cara penilaian decubius	21
2.5.	Konsep Mobilisasi	23
2.5.1.	Definisi	23
2.5.2.	Etiologi	24
2.5.3.	Manifesasi klinis	24
2.5.4.	Patofisiologi	24
2.5.5.	Komplikasi	25
2.5.6.	Standar Oprasional Prosedur	26

BAB III METODE STUDI KASUS

3.1.	Rancangan Studi Kasus	28
3.2.	Subjek Studi Kasus	28
3.3.	Fokus Studi	28
3.4.	Definisi Operasional	29

3.4.1. Mobilisasi	29
3.4.2. Integritas Kulit	29
3.4.3. Stroke haemoragik.....	29
3.5. Tempat dan Waktu	29
3.6. Pengumpulan Data	29
3.7. Penyajian Data	30
3.8. Etika Studi Kasus	31

BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil Studi Kasus	32
4.1.1 Pasien I Ny. P	32
4.1.2 Pasien II Tn. A	34
4.1.3 Gambaran Karakteristik	37
4.2. Pembahasan.....	38
4.3. Keterbatasan Penulis	43
4.3.1. Keterbatasan Saat Melakukan Tindakan.....	43
4.3.2. Keterbatasan Saaat Proses Penelitian.....	43

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan	44
5.2. Saran	45
5.2.1. Bagi Masyarakat.....	45
5.2.2. Bagi Perawat	45
5.2.3. Bagi Peneliti	46

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Tabel Skala Braden	22
Tabel 4.1. Tabel Rata-Rata	37



DAFTAR GAMBAR

Tabel 2.1. Gambar posisi lateral	27
--	----



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Jadwal Kegiatan
Lampiran 2	PSP
Lampiran 3	Lembar persetujuan
Lampiran 4	Kuesioner skala braden
Lampiran 5	Lembar observasi
Lampiran 6	Lembar observasi keluarga
Lampiran 7	Lembar daftar riwayat hidup
Lampiran 8	Lembar konsultasi



BAB I PENDAHULUAN

1.5. Latar Belakang

Stroke merupakan masalah kesehatan global yang dapat menyebabkan kecacatan dan kematian. Penyakit stroke ini masih menjadi penyebab kematian ketiga, sesudah penyakit jantung, dan kanker. Pada saat ini di Negara maju, angka kematian dari stroke cenderung menurun oleh karena pencegahan terhadapnya (Irfan Muhammad, 2010). Stroke adalah serangan otak yang terjadi secara tiba-tiba dengan akibat kematian atau kelumpuhan sebelah bagian tubuh (Susrani Lanny, 2003). Stroke dibagi menjadi dua tipe yaitu stroke *haemoragik* dan stroke iskemik. Stroke *haemoragik* adalah penyakit yang disebabkan oleh penyumbatan pada dinding pembuluh darah yang rapuh (aneurisme), mudah menggelembung, dan rawan pecah, yang umumnya terjadi pada usia lanjut atau faktor keturunan. Stroke *haemoragik* akan lebih buruk bila terdapat gejala hipertensi (Susrani Lanny, 2003).

Menurut WHO 1970, memperkirakan sekitar 15 juta orang terserang stroke setiap tahunnya. Stroke merupakan penyebab kematian urutan ketiga pada kelompok usia diatas 60 tahun, dan urutan kelima kematian pada kelompok usia 15-59 tahun. Peningkatan resiko terjadinya stroke pada masyarakat kelompok ekonomi menengah ke bawah antara lain dipicu dari pola hidup tidak sehat, seperti merokok, tidak teratur minum obat antihipertensi, dan pil bagi penyakit kronis, bisa juga disebabkan karena kebiasaan mengkonsumsi makanan yang tinggi kadar garam, seperti ikan asin dan mie instan. Insiden stroke lebih tinggi pada laki-laki. Meskipun demikian, angka kematian akibat penyakit stroke lebih banyak dijumpai pada wanita. Hal ini disebabkan umumnya wanita terserang stroke pada usia yang lebih tua dibandingkan laki-laki.

Berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2013, prevalensi penyakit stroke meningkat seiring dengan bertambahnya umur. Penyakit stroke tertinggi yang terdiagnosis tenaga kesehatan adalah usia 75 tahun ke atas (43, 1%). Prevalensi penyakit stroke cenderung lebih tinggi pada masyarakat dengan

pendidikan rendah baik yang didiagnosis nakes (16, 5%) maupun diagnosis nakes (32, 8%). Prevalensi stroke di kota lebih tinggi dari desa, berdasarkan diagnosis nakes (8, 2%) maupun berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan atau gejala (12, 7%).

Prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 7 mill dan yang terdiagnosis tenaga kesehatan atau gejala sebesar 12, 1 mill. Prevalensi stroke tertinggi berada di Sulawesi Utara (10, 8%). Prevalensi stroke berdasarkan terdiagnosis tenaga kesehatan dan gejala tertinggi terdapat di Sulawesi Selatan (17, 9%), di Yogyakarta (16, 9%), Sulawesi Tengah (16, 6%), diikuti dengan Jawa Timur sebesar 16 mill.

Menurut Dinkes Jawa Tengah 2012, stroke dibedakan menjadi dua yaitu, stroke *haemoragik* dan *non haemoragik*. Stroke *haemoragik* yaitu adanya perdarahan otak karena adanya pembuluh darah yang pecah, dan stroke *non haemoragik* yaitu adanya sumbatan pada pembuluh darah otak. Prevalensi stroke di Jawa Tengah tahun 2012 adalah 0,07 lebih tinggi dari tahun 2011 (0,03%). Prevalensi tertinggi tahun 2012 yaitu di Kabupaten Kudus sebesar 1,84%. Prevalensi stroke *non haemoragik* pada tahun 2012 sebesar 0,07, lebih rendah dibanding pada tahun 2011 (0,09%), prevalensi tertinggi adalah di kota Salatiga sebesar 1,16%.

Akibat dari penyakit stroke tersebut, pasien akan mengalami sejumlah permasalahan dan komplikasi yang berbahaya. Komplikasi yang sering ditemukan pada penderita stroke adalah luka *decubitus* (Laswati Hening, 2015). Luka *decubitus* adalah suatu area yang terlokalisasi dengan jaringan yang mengalami nekrosis yang biasanya terjadi pada bagian permukaan tulang yang menonjol, sebagai tekanan dalam jangka waktu lama yang menyebabkan peningkatan tekanan kapiler (Suriadi, 2004).

Menurut Maryunani Anik, 2015, faktor dari luka *decubitus* adalah faktor status kesadaran dan aktivitas pasien seperti, penurunan kesadaran, penurunan kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, gangguan aktivitas dan mobilisasi. Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat (Mubarak, Wahit Iqbal, 2015). Pada

pasien yang mengalami *decubitus* dilakukan mobilisasi untuk mengurangi resiko ulkus *decubitus* (Maryunani Anik, 2015).

Berdasarkan pemaparan latar belakang di atas, peneliti ingin mengetahui pengaruh mobilisasi 2 jam terhadap gangguan penurunan integritas kulit (*decubitus*) pada pasien stroke *haemoragik* di Rumah Sakit.

1.6. Rumusan Masalah

Bagaimanakah penerapan mobilisasi 2 jam terhadap gangguan penurunan integritas kulit (*decubitus*) pada pasien stroke *haemoragik*?

1.7. Tujuan Studi Kasus

1.3.3 Tujuan Umum

Menyusun resume asuhan keperawatan (pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi) dalam pemberian penerapan mobilisasi 2 jam terhadap gangguan penurunan integritas kulit (*decubitus*) pada pasien stroke *haemoragik*.

1.3.4 Tujuan Khusus

Mengidentifikasi penerapan mobilisasi 2 jam terhadap gangguan penurunan integritas kulit (*decubitus*) pada pasien stroke *haemoragik*.

1.8. Manfaat Penelitian

1.4.4 Bagi Masyarakat

Menambah pengetahuan masyarakat dalam bidang keperawatan dalam meningkatkan kemandirian pasien dan penerapan mobilisasi.

1.4.5 Bagi Perawat

Menambah pengetahuan perawat dibidang keperawatan penerapan pemberian penerapan mobilisasi 2 jam terhadap gangguan penurunan integritas kulit (*decubitus*) pada pasien stroke *haemoragik*.

1.4.6 Bagi Peneliti

Memperoleh pengalaman dan pembelajaran dalam mengimplementasikan prosedur mobilisasi.



BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.6. Konsep Stroke

2.6.1. Definisi Stroke

Stroke atau yang bisa disebut dengan CVA (*Cerebrovascular Accident*) merupakan penyakit yang dapat menyerang siapapun dengan kejadian yang sangat mendadak yang menyebabkan kematian dan kecacatan neurologi (Tarwoto dkk, 2007). Dalam istilah awam, stroke merupakan serangan otak yang terjadi secara tiba-tiba dengan akibat kematian atau kelumpuhan sebelah bagian tubuh (Sustrani Lanny, 2003).

Stroke adalah gangguan fungsi otak yang terjadi dengan cepat (tiba-tiba) dan berlangsung lebih dari 24 jam karena gangguan suplai darah ke otak. Dalam jaringan otak, kekurangan aliran darah menyebabkan serangkaian reaksi bio-kimia yang dapat merusakkan atau mematikan sel-sel otak. Kematian jaringan otak dapat menyebabkan hilangnya fungsi yang dikendalikan oleh jaringan karena otak adalah pusat sistem saraf dalam tubuh manusia (Wiwit S, 2012).

Stroke menurut (Tarwoto, 2013) dibedakan menjadi dua yaitu:

a. Stroke Iskemik

Stroke iskemik terjadi akibat *suplay* darah ke jaringan otak berkurang. Mekanisme terjadinya stroke iskemik dibagi menjadi 5 yaitu:

1) Trombosis

Trombosis merupakan pembentukan bekuan atau gumpalan di arteri yang menyebabkan penyumbatan sehingga mengakibatkan terganggunya aliran darah ke otak. Trombosis merupakan penyebab stroke karena berkaitan

dengan kerusakan lokal dinding pembuluh darah akibat aterosklerosis.

2) Emboli

Emboli merupakan benda asing yang berada pada pembuluh darah sehingga dapat menimbulkan konklusi atau penyumbatan pada pembuluh darah otak. Sumber emboli diantaranya adalah udara, tumor, lemak, dan bakteri.

3) Hipoperfusi sistemik

Hipoperfusi sistemik disebabkan karena menurunnya tekanan arteri, misalnya: embolis pulmonal, miokardial infark, aritmia.

4) Penyempitan lumen arteri

Penyempitan lumen arteri dapat terjadi karena infeksi atau proses peradangan.

b. Stroke Haemoragik

Stroke *haemoragik* terjadi karena perdarahan atau pecahnya pembuluh darah otak di subarachnoid, intraserebal, dan aneurisma.

1) Perdarahan intraserebal

Perdarahan intraserebal terjadi karena pecahnya arteri-arteri kecil pada serebral. Pasien dengan perdarahan serebral terjadi akibat tidak terkontrolnya tekanan darah yang tinggi atau riwayat hipertensi, penyakit diabetes mellitus dan arteriosklerosis.

2) Perdarahan subarachnoid

Perdarahan subarachnoid adalah kerusakan otak terjadi karena adanya darah yang keluar dan menggumpal sehingga mendorong ke area otak dan pembuluh darah. Gejala klinis yang terjadi adalah perubahan kesadaran, mual, muntah, kerusakan intelektual dan kejang.

3) Aneurisma

Aneurisma merupakan dilatasi pada pembuluh darah arteri otak yang kemudian berkembang menjadi kelemahan pada dinding pembuluh darah.

2.6.2. Etiologi

Penyebab dari stroke adalah pecahnya pembuluh darah otak, yang diakibatkan oleh rendahnya kualitas pembuluh darah otak. Adanya tekanan darah yang tinggi maka akan beresiko pembuluh darah mudah pecah (Padila, 2012)

Faktor resiko terjadinya stroke menurut (Padila, 2012) ada 2 yaitu:

a. Faktor resiko yang dapat dicegah/ diobati:

- 1) Merokok
- 2) Penyakit jantung (fibrilasi jantung)
- 3) Tekanan darah tinggi
- 4) Peningkatan jumlah sel darah merah

b. Faktor resiko yang tidak dapat dirubah:

- 1) Usia diatas 65 tahun
- 2) Peningkatan tekanan karotis (indikasi terjadinya artherosklerosis yang meningkatkan resiko serangan stroke)
- 3) Diabetes melitus
- 4) Keturunan (keluarga ada yang menderita stroke)
- 5) Pernah terserang stroke (stroke ringan)
- 6) Race (kulit hitam lebih tinggi)
- 7) Seks (laki-laki lebih 30% dari wanita).

2.6.3. Manifestasi Klinis

Menurut Tarwoto, 2007, manifestasi klinis stroke tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena. Pada stroke akut ada beberapa gejala klinis, meliputi:

- a. Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparasis) yang timbul secara mendadak.
- b. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan.

- c. Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma).
- d. Afasia (kesulitan dalam berbicara).
- e. Disatria (bicara cedal atau pelo).
- f. Gangguan penglihatan, diplopia.
- g. Ataksia.
- h. Vertigo, mual, muntah, dan nyeri kepala.

2.6.4. Patofisiologi

Otak adalah bagian tubuh manusia yang sangat sensitif dengan oksigen dan glukosa karena jaringan pada otak tidak dapat menyimpan kelebihan oksigen dan glukosa seperti otot. Oleh karena itu, jika aliran darah ke otak terhambat maka akan terjadi iskemia dan terjadi gangguan metabolisme otak yang kemudian terjadi gangguan perfusi serebral. Otak yang mengalami hipoperfusi disebut penumbra, jika aliran darah pada otak terganggu lebih dari 30 detik maka akan terjadi penurunan kesadaran (tidak sadar), dan dapat terjadi kerusakan jaringan otak yang permanen. Tubuh akan melakukan dua cara mekanisme untuk mempertahankan aliran darah ke otak, yaitu dengan Mekanisme anastomosis, dan mekanisme autoregulasi (Tarwoto, 2013).

a. Mekanisme anastomosis

Mekanisme anastomosis otak diperdarahi melalui 2 arteri karotis dan arteri vertebralis. Arteri karotis terbagi menjadi 2 yaitu karotis interna dan karotis eksterna. Karotis interna menperdarahi langsung ke dalam otak, dan karotis eksterna menperdarahi wajah, lidah, dan faring.

Arteri karotis interna dan vertebrabasilaris merupakan 2 sistem arteri yang terpisah yang mengalirkan darah ke otak. Arteri karotis dan vertebrabasilaris disatukan oleh pembuluh dan anastomis yang membentuk sirkulasi wilisi (Tarwoto, 2013).

b. Mekanisme Autoregulasi

Oksigen dan glukosa adalah dua elemen yang penting untuk metabolisme serebral yang dipenuhi oleh aliran darah secara terus menerus. Terjadinya stroke sangat erat hubungannya dengan perubahan aliran darah otak, baik karena sumbatan pembuluh darah otak ataupun karena perdarahan pada otak yang menimbulkan tidak adekuatnya suplay oksigen dan glukosa. Kekurangan oksigen pada otak (hipoksia) akan menimbulkan iskemia. Keadaan iskemia yang relatif pendek/cepat dan dapat pulih kembali disebut *transient ischemic attacks* (TIA) (Tarwoto, 2013).

2.1.5 Komplikasi

Komplikasi pada stroke menurut (Tarwoto, 2007), sebagai berikut:

- a. Hipertensi/hipotensi
- b. Kejang
- c. Peningkatan Tekanan Intrakranial (TIK)
- d. Krontraktur
- e. Tonus otot abnormal
- f. Trombosis vena
- g. Malnutrisi
- h. Aspirasi
- i. Inkontinensia urine

2.2. Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Menurut Tarwoto 2007, pengkajian stroke meliputi:

- a. Riwayat keperawatan
 - 1) Riwayat kejadian awal stroke, saat aktifitas atau istirahat
 - 2) Faktor penyebab dan resiko stroke seperti hipertensi, perokok, hiperkolestrol, DM, obesitas, anemia, pola latihan atau aktivitas sehari-hari.

b. Pemeriksaan fisik

- 1) Paralisis/parasis motorik : hemiplegia/hemipareses, kelemahan otot wajah, tangan
- 2) Gangguan sensorik: kehilangan sensasi wajah, lengan, dan ekstremitas bawah
- 3) Disphagia : kesulitan mengunyah, menelan, paralisis lidah, dan laring
- 4) Gangguan visual : pandangan ganda, lapang pandang sempit
- 5) Kesulitan komunikasi : adanya *aphasia* sensorik (kerusakan pada area wernicik), *aphasia* motorik/eksperive (kerusakan pada area broca), kesulitan menulis, kesulitan membaca.
- 6) Disatria : (kesulitan mengucapkan artikulasi/pelo, cedal) kelemahan otot wajah, langit-langit atas, lidah, dan bibir.
- 7) Kemampuan emosi : perasaan, ekspresi wajah, penerimaan terhadap kondisi dirinya.
- 8) Memori : pengenalan terhadap lingkungan, orang, tempat, waktu
- 9) Tingkat kesadaran

c. Tes diagnostik

- 1) Hasil rontgen kepala
- 2) EEG
- 3) CT Scan
- 4) MRI

2.2.2 Diagnosa

Diagnosa merupakan langkah kedua dalam proses keperawatan yang dilakukan setelah pengkajian. Diagnosa yang mungkin muncul pada penderita stroke adalah:

- a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, kelemahan, parestesia, paralisis.

Batasan Karakteristik:

- 1) Hambatan kemampuan bergerak antara posisi duduk lama dan terlentang.

- 2) Hambatan kemampuan bergerak antara posisi terlentang dan duduk.
 - 3) Hambatan kemampuan bergerak antara posisi terlungkup dan terlentang.
 - 4) Hambatan kemampuan bergerak reposisi dirinya sendiri ditempat tidur.
 - 5) Hambatan kemampuan untuk miring kanan dan kiri.
- b. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan luka
Batasan Karakteristik:
- 1) Kerusakan integritas kulit.
- c. Gangguan persepsi berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori, transmisi, integrasi, stres psikologis.
Batasan Karakteristik:
- 1) Diplopia.
 - 2) Pandangan kabur.
 - 3) Aphasia sensorik.
 - 4) Penurunan tingkat kesadaran.
 - 5) Disorientasi.
 - 6) Perubahan pola komunikasi.
- d. Gangguan perawatan diri: ADL berhubungan dengan defisit neuromuskuler, menurunnya kekuatan otot dan daya tahan, kehilangan kontrol otot, gangguan kognitif.
Batasan Karakteristik:
- 1) Adanya penurunan kesadaran
 - 2) Kelemahan fisik.
 - 3) Atropi otot.
 - 4) Kontraktur otot.
 - 5) Ketidak mampuan melakukan ADL sendiri.
- e. Gangguan eliminasi urin: inkontinensia fungsional sehubungan dengan menurunnya sensasi, disfungsi kognitif, kerusakan komunikasi.
Batasan Karakteristik:

- 1) Pasien mengaakan tidak mampu mengontrol BAK.
- 2) Inkontinensia.
- 3) *Bladder* penuh.
- 4) Distensi *bladder*.

2.2.3 Intervensi

Perencanaan merupakan tindakan ketiga dalam proses asuhan keperawatan. Berikut rencana keperawatan dari diagnosa diatas:

- a. Diagnosa keperawatan: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, kelemahan, parestensia (ksemutan), paralisis.

Tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24jam diharapkan klien mampu menggerakkan tangan dan kaki.

Kriteria hasil:

- 1) Mempertahankan keutuhan tubuh secara optimal
- 2) Mempertahankan integritas kulitnya
- 3) Mempertahankan kekuatan/ fungsi tubuh secara optimal
- 4) Kebutuhan ADL terpenuhi

Intervensi

- 1) Kaji kemampuan motorik

Rasional: mengidentifikasi kekuatan otot, kelemahan motorik

- 2) Ajarkan pasien untuk melakukan ROM minimal 4x perhari bila memungkinkan

Rasional: latihan ROM meningkatkan massa tonus, kekuatan otot, perbaikan fungsi jantung dan pernafasan

- 3) Bila klien ditempat tidur, lakukan tindakan untuk meluruskan postur tubuh:

- a) Gunakan papan kaki
- b) Ubah posisi sendi bahu setiap 2-4 jam
- c) Sanggah tangan dan pergelangan pada kelurusan

Rasional:

- (1) Mencegah footdrop

- (2) Mencegah kontraktur fleksi bahu
 - (3) Mencegah edema dan kontraktur fleksi pada pergelangan
 - 4) Inspeksi kulit terutama pada daerah tertekan, beri bantal lunak.
Rasional: Membantu mencegah kerusakan kulit
 - 5) Lakukan massase pada daerah tertekan.
Rasional: membantu memperlancar sirkulasi darah
 - 6) Kolaborasi dalam penggunaan tempat tidur anti *decubitus*
Rasional: menurunkan tekanan pada kulit
- b. Diagnosa keperawatan: gangguan integritas kulit berhubungan dengan luka
- Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24jam diharapkan integritas kulit baik.
- Kriteria hasil:
- 1) Gangguan integritas kulit dan membran mukosa baik: kulit utuh, dan berfungsi dengan baik
 - 2) Regenerasi sel dan jaringan membaik
 - 3) Hipersensitif respon imune terkendali
 - 4) Perfusi jaringan baik
 - 5) Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit.
- Intervensi
- 1) Idenifikasi derajat luka
Rasional: Dapat membedakan jenis perawatan luka
 - 2) Jelaskan pada klien bahaya pemakaian alat yang dapat meningkatkan kerusakan integritas kulit
Rasional: alat-alat yang dapat menimbulkan kerusakan jaringan kulit harus dihindari.
 - 3) Berikan cairan dan nutrisi yang adekuat sesuai kondisi
Rasional: pemenuhan cairan kurang lebih 1500cc/hari
 - 4) Lakukan perawatan luka sesuai kondisi

Rasional: perawatan luka untuk mencegah infeksi dan menyediakan tempat untuk regenerasi sel

- 5) Mobilisasi/ ubah posisi tidur klien setiap 2 jam sekali

Rasional: mencegah terjadinya ulkus pada bagian yang tertekan

- 6) Jaga kebersihan kulit dan alat tenun klien agar tetap bersih, kering dan terhindar dari lipatan/kerutan

Rasional: lipatan yang ada pada tubuh dapat menyebabkan lekukan hingga beresiko menyebabkan luka.

- c. Diagnosa keperawatan: gangguan persepsi berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori, transmisi, integrasi, stres psikologis.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pasien dapat melakukan komunikasi.

Kriteria hasil :

- 1) Mampu menggunakan metode komunikasi yang efektif baik verbal maupun non verbal.
- 2) Terhindar dari tanda-tanda frustrasi.
- 3) Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dasar.
- 4) Mampu mengekspresikan diri dan memahami orang lain.

Intervensi

- 1) Kaji kemampuan komunikasi adanya gangguan bahasa dan bicara

Rasional: mengidentifikasi masalah komunikasi karena gangguan bicara atau komunikasi.

- 2) Pertahankan kontak mata dengan pasien saat berbicara.

Rasional: pasien dapat memperhatikan ekspresi dan gerakan bibir lawan bicara sehingga dengan mudah menginterpretasi.

- 3) Ciptakan lingkungan penerimaan privasi

- a) Jangan terburu-buru

- b) Bicara dengan perlahan dan intonasi normal

c) Kurangi bising lingkungan

d) Jangan paksa pasien untuk berkomunikasi

Rasioal: membantu menciptakan komunikasi yang baik.

4) Gunakan kata-kata sederhana secara bertahap dan dengan bahasa tubuh.

Rasional: memudahkan penerimaan pasien.

5) Ajarkan teknik untuk memperbaiki bicara :

a) Intruksikan pasein untuk bicara lambat dan dalam kalimat pendek.

b) Pada awal pertanyaan, gunakan pertanyaan yang jawabannya “ya” atau “tidak”.

c) Dorong pasien untuk berbagi perasaan dan keprihatinannya.

Rasional:dengan membaiknya bicara percaya diri akan meningkat dan meningkatkan motivasi untuk meningkatkan bicara.

6) Berikan respon terhadap perilaku non verbal.

Rasional: menunjukkan adanya respon atau empati terhadap gangguan bicara pasien.

7) Konsulkan dengan terapis wicara.

Rasional: penanganan lebih lanjut dengan teknik khusus.

d. Gangguan perawatan diri : ADL berhubungan dengan defisit neuromoskuler, menurunnya kekuatan otot dan daya tahan, kehilangan kontrol otot, gangguan kognitif.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan adanya perubahan dalam merawat diri.

Kriteria hasil:

1) Mendemonstrasikan perubahan dalam merawat diri: mandi, BAB, BAK, berpakaian, makan.

2) Menampilkan aktivitas perawatan secara mandiri.

Intervensi:

1) Kaji kemampuan pasien ADL pasien.

Rasional: membantu merencanakan intervensi.

- 2) Anjurkan pasien untuk melakukan sendiri perawatan dirinya jika mampu.

Rasional: membantu kemandirian dalam perawatan'

- 3) Berikan umpan balik positif atas usaha klien.

Rasional: meningkatkan harga diri klien.

- 4) Pertahankan dukungan, sikap tegas, beri cukup waktu untuk menyelesaikan tugas pada klien.

Rasional: perawat konsisten dalam melakukan asuhan keperawatan.

- 5) Bantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL pasien jika pasien tidak mampu.

Rasional: memenuhi kebutuhan ADL dan melatih kemandirian.

- 6) Kolaborasi ahli fisioterapi.

Rasional: mengembangkan rencana terapi.

- e. Gangguan eliminasi urin : inkontinensia fungsional sehubungan dengan menurunnya sensai, difusi kognitif, kerusakan komunikasi.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola BAK pasien normal,

Kriteria hasil:

- 1) Pola BAK normal
- 2) Pasien dapat berkomunikasi sebelum BAK
- 3) Kulit bersih dan kering
- 4) Terhindar dari infeksi sebelum berkemih.

Intervensi:

- 1) Kaji kembali tipe inkontinensia dan polanya.

Rasional: menentukan rencana lebih lanjut.

- 2) Palpasi *bladder* terhadap adanya distensi.

Rasional: obstruksi saluran kemih kemungkinan dapat terjadi.

- 3) Berikan minum yang cukup 1500-2000 ml jika tidak ada kontraindikasi.

Rasional: mencegah batu saluran kemih.

- 4) Lakukan perawatan kateter setiap hari.

Rasional: menghindari terjadinya infeksi.

- 5) Jaga privasi pasien saat BAK.

Rasional: memberikan rasa nyaman.

- 6) Hindari pasien minum sebelum tidur.

Rasional: menghindari BAK sebelum tidur.

2.2.4 Pelaksanaan

Pelaksanaan merupakan tahap keempat dari proses keperawatan dimana komponen implementasi dari proses keperawatan meliputi penerapan keterampilan yang perlu implementasi intervensi keperawatan, ketrampilan dan pengetahuan perlu untuk implementasi yang biasanya difokuskan pada: melakukan aktifitas untuk klien atau membantu klien, melakukan pengkajian keperawatan untuk mengidentifikasi masalah baru, atau membantu masalah yang ada, melakukan penyuluhan untuk membantu klien memperoleh pengetahuan baru mengenai kesehatan (Anggota IKAPI, 2000).

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan, yakni proses yang dilakukan secara terus-menerus dan berkelanjutan menentukan respon pasien terhadap terapi dan kemajuan mengarah pencapaian hasil yang diharapkan (Doenges, Moorhouse, & Burley, 2000).

2.3. Konsep Integritas Kulit

2.3.1. Definisi

Integritas kulit atau luka merupakan rusaknya sebagian dari jaringan tubuh. Luka sering kali terjadi akibat aktivitas sehari-hari.

Luka adalah rusaknya struktur dan fungsi anatomis normal akibat proses patologis yang berasal dari internal maupun eksternal dan mengenai jaringan atau organ tubuh tertentu (Haswita& Sulistyowati, 2017).

2.3.2. Etiologi

Penyebab luka menurut (Haswita& Sulistyowati, 2017), ada beberapa penyebab luka meliputi:

- a. Penyebab luka secara fisik
 - 1) Luka karena paparan suhu (suhu panas dan suhu kering)
 - 2) Luka karena aliran listrik
- b. Penyebab luka secara mekanik
 - 1) Luka akibat trauma benda tajam
 - 2) Luka akibat trauma benda tumpul
 - 3) Luka akibat senjata api
 - 4) Luka akibat bahan peledak
- c. Penyebab luka karena bahan kimia tertentu (paparan zat asam dan zat besi).

2.3.3 Manifestasi klinis

Tanda gejala pada kerusakan integritas kulit adalah adanya perluasan jaringan (peradangan lokal, sistemik, seperti peningkatan nyeri, edema, dan demam) (Mutaqin Arif, 2008).

2.3.4 Patofisiologi

Integritas kulit mempunyai gambaran khas yang disebut lesi. Lesi ini dapat tersembunyi oleh lesi yang diakibatkan oleh pengobatan, penggarukan, atau infeksi. Penyebab penyakit kulit meliputi:

- a. Karakteristik kulit
- b. Distribusi beberapa lesi
- c. Lama waktu terjadi dan kekambuhan
- d. Obat-obatan yang digunakan
- e. Riwayat keluarga tentang penyakit
- f. Pemanjaan lingkungan atau pribadi pada material berbahaya.

Respon umum dari kulit terhadap cedera adalah menimbulkan respon inflamasi. Sumber cedera pada kulit meliputi bakteri, virus, suhu ekstrem, larutan kimia (Tabayong, Jan, 2000)

2.3.5 Komplikasi

Komplikasi pada penyembuhan luka menurut (Haswita&Sulistyowati, 2017) meliputi:

- a. Hemoragi (perdarahan daerah yang luka)
- b. Infeksi
- c. *Dehisensi*(terpisahnya lapisan luka secara parsial atau total)
- d. *Eviserasi* (keluarnya organ viseral melalui luka yang terbuka)
- e. *Fisual* (saluran abnormal yang berada diantara dua buah organ atau diantara organ dan bagian luar tubuh).

2.4. Konsep *Decubitus*

2.4.1. Definisi

Decubitus merupakan nekrosis jaringan lokal yang ketika jaringan lunak tertekan diantara tonjolan tulang dengan permukaan eksternal dalam jangka waktu yang lama (Saryono, 2010).

Luka *decubitus* menurut (Suriadi, 2004) adalah suatu area yang terlokalisir dengan jaringan mengalami nekrosis yang biasanya terjadi pada bagian permukaan tulang yang menonjol, yang disebabkan akibat dari tekanan dalam jangka waktu lama yang menyebabkan peningkatan tekanan kapiler.

2.4.2. Etiologi

Penyebab dari luka *decubitus* menurut (Maryunani Anik, 2015) meliputi:

- a. Perubahan tingkat kesadaran
- b. Penyakit gangguan persyarafan
- c. Trauma tulang belakang
- d. *Bedrest* terlalu lama
- e. Imobilisasi
- f. Gangguan sirkulasi

- g. Usia
- h. Anemia
- i. Status nutrisi
- j. Inkontinensia
- k. Matras atau tempat tidur
- l. Perokok
- m. Pergesekan & pergeseran diatas tempat tidur.

2.4.3. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis pada *decubitus* menurut (Suriadi, 2004) ditandai dengan kulit eritema atau kemerahan, dan juga terdapat ciri dimana bila ditekan dengan jari, tanda eritema akan lama kembali lagi atau persisten. Kulit mengalami edema, dan temperatur di area tersebut meningkat atau bila diraba akan terasa hangat. Tanda pada luka *decubitus* ini akan dapat berkembang sampai ke jaringan otot dan tulang. Luka *decubitus* ini dapat dibagi menjadi empat tingkatan yaitu:

- a. Tingkat 1: adanya eritema atau kemerahan pada kulit setempat yang menetap , atau bila ditekan dengan jari, tanda eritema atau kemerahan tidak kembali pulih
- b. Tingkat 2: adanya kerusakan pada epitelial kulit yaitu lapisan epidermis dan dermis yang ditandai dengan adanya luka lecet, atau melepuh
- c. Tingkat 3: kerusakan pada semua lapisan kulit sampai jaringan subkutan, dan mengalami nekrosis dengan kapitas yang dalam.
- d. Tingkat 4: kerusakan pada ketebalan kulit dan nekrosis sampai ke jaringan otot tulang, atau tandon dengan kapasitas yang dalam.

2.4.4. Patofisiologi

Patofisiologi luka *decubius* menurut (Maryunani Anik, 2015), dapat dijelaskan sebagai berikut

- a. Imobilisasi/terpancang pada tempat tidurnya secara pasif dan berbaring lebih dari 2 jam, tekanan darah akan mencapai 60-70

mmHg dan daerah tumit mencapai 30-40 mmHg (normal tekanan darah pada kapiler berkisar antara 16-33 mmHg), dapat mengalami iskemik dan nekrosis.

- b. Faktor mekanik tambahan, yaitu faktor teregangnya kulit dan terlipatnya kulit. Teregangnya kulit misalnya gerakan meluncur ke bawah pada penderita, dengan posisi setengah berbaring. Teregangnya kulit akibat daya luncur antara tubuh dengan alas tempanya berbaring akan menyebabkan terjadinya iskemia jaringan setempat. Keadaan ini terjadi bila penderita immobilisasi tidak dibaringkan terlentang mendatar, tetapi posisi setengah duduk.
- c. Faktor terlipatnya kulit akibat gesekan badan yang sangat kurus dengan alas tempat tidur, sehingga seakan-akan kulit tertinggal dari area tubuh lainnya. Lipatan kulit terjadi karena adanya *shearing forces*, pergerakan dari tubuh diatas alas tempat berbaring, dengan fiksasi kulit pada permukaan alas. Lipatan kulit akan terjadi terutama pada penderita yang kurus dan kulit kendur. Lipatan-lipaan kulit yang terjadi ini dapat menarik/mengacaukan (distorsi) dan menutup pembuluh-pembuluh darah.

2.4.5. Komplikasi

Komplikasi yang terjadi pada pasien *decubitus* menurut (Sabandar, A 2008) meliputi:

- a. infeksi
- b. Septicemia
- c. Anemia
- d. Hiperalbumin
- e. Hipoalbumin

2.4.6. Cara Penilaian *Decubitus*

Penilaian *decubitus* yaitu dengan cara pengkajian resiko untuk memonitor faktor resiko pada pasien adalah skala braden. Skala braden menilai enam faktor resiko terhadap kejadian *decubitus*

diantaranya adalah: persepsi sensori, kelembaban, aktivitas, mobilisasi, nutrisi, dan pergeseran dan pergesekan. Berikut adalah tabel skala braden menurut (Suriadi, 2004):

Tabel 2.1
Tabel Skala Braden

parameter	Temuan				Skore
Persepsi sensori	1. Tidak merasakan atau merespon terhadap stimulus nyeri, kesadaran menurun	2. Gangguan sensori pada bagian $\frac{1}{2}$ permukaan tubuh atau hanya berespon pada stimulasi nyeri	3. Gangguan sensori pada 1 atau 2 ekstremitas atau berspon pada perintah verbal tapi tidak selalu mampu mengatakan ketidak nyamanan.	4. Tidak ada gangguan sensori, berespon penuh terhadap respon verbal.	
Kelembaban	1. Selalu terpapar oleh keringat atau urine.	2. Sangat lembab	3. Kadang lebab.	4. Kuli kering.	
Aktivitas	1. Terbaring diempat tidur	2. Tidak bisa berjalan	3. Berjalan dengan atau tanpa bantuan.	4. Dapa berjalan disekitar ruanga.	
Mobilisasi	1. Tidak mampu bergerak	2. Tidak dapat merubah posisi secara tepa dan teratur	3. Dapat mengubah posisi tidur atau eksremias dengan mandiri.	4. Dapat merubah posisi tanpa banuan.	
Nutrisi	1. Tidak dapat menghabiskan $\frac{1}{3}$ porsi makannya, sedikit minum, puasa atau minum air putih, atau mendapat infus lebih.	2. Jarang mampu menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makannya atau inake cairan kurang dari jumlah opimum.	3. Mampu menghabiskan lebihdari $\frac{1}{2}$ porsi makannya.	4. Dapat menghabiskan makannya, tidak memerlukan suplemanasi nutrisi.	

Lanjutan Tabel 2.1

Gerakan	1. Tidak mampu mengangkat bebannya sendiri, atau spastik, konrakur, atau gelisah.	2. Membantu n bantuan minimal mengangkat tubuhnya.	3. Membutuhkan bantuan minimal menagkat tubuhnya.
Total			

Skala Braden digunakan unuk menilai tinggi resiko luka tekan (*decubitus*) dengan kesimpulan bahwa semakin kecil nilai skala braden, maka akan semakin tinggi resiko pasien akan terluka akibat tekan. Skore pada skala braden yaitu 1-4, dengan skor total 23, jika jumlah skore pada skala braden adalah 15-23 maka pasien resiko rendah *decubitus*, skore 13-14 maka resiko sedang mengalami *decubitus*, skore 10-12 maka resiko berat mengalami *decubitus* dan jika skore kurang dari 10 maka resiko sangat berat mengalami *decubitus* (Patrica, 2012).

2.5. Konsep Mobilisasi

2.5.1. Definisi

Mobilisasi merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah teratur, dan mempunyai tujuan dalam rangka pemenuhan kebutuhan hidup sehat (Maryunani Anik, 2011).

Mobiliasi dibagi menjadi 2, yaitu mobilisasi penuh dan mobilisasi sebagian. Mobilisasi penuh adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi sosial dan menjalankan peran sehari-hari. Mobilisasi sebagian adalah kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan, sehingga tidak mampu bergerak dengan bebas, karena dipengaruhi oleh gangguan saraf motoris dan sensoris pada area tubuhnya (Alimul, Hiayat Aziz, 2015).

2.5.2. Etiologi

Mobilisasi seseorang menurut (Alimul, Hidayat aziz, 2015) dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya:

- a. Gaya hidup
- b. Proses penyakit/injury
- c. Kebudayaan
- d. Tingkat energi seseorang
- e. Usia dan status perkembangan

2.5.3. Manifestasi Klinis

Menurut (Herdman T.H, 2015) batasan karakteristik mobilitas fisik sebagai berikut:

- a. Dispnea setelah beraktivitas
- b. Gangguan sikap berjalan
- c. Gerakan spastik
- d. Gerakan tidak terkoordinasi
- e. Instabilitas postur
- f. Keterbatasan ruang gerak
- g. Ketidaknyamanan
- h. Penurunan kemampuan melakukan ketrampilan motorik halus dan kasar
- i. Penurunan waktu reaksi
- j. Tremor akibat bergerak

2.5.4. Patofisiologi

Mobilisasi sangat dipengaruhi oleh sistem neuromuskuler, yaitu sistem otot, skeletal, sendi, ligament, tendon, kartilago, dan saraf. Otot skeletal mengatur gerakan tulang karena adanya kemampuan otot berkontraksi dan relaksasi yang bekerja sebagai sistem pengungkit. Kontraksi otot dibagi menjadi dua yaitu isotonik dan isometrik. Kontraksi isotonik adalah peningkatan tekanan otot yang menyebabkan otot memendek. Kontraksi isometrik menyebabkan peningkatan tekanan otot atau kerja otot. Kolaborasi antara kontraksi isotonik dan isometrik adalah gerakan volunter.,

meskipun kontraksi isometrik tidak menyebabkan otot memendek, namun pemakaian energi meningkat.

Postur dan gerakan otot merefleksikan kepribadian dan suasana hati seseorang dan ukuran skeletal dan perkembangan otot skeletal. Pengaturan dari otot tergantung dari tonus otot dan aktifitas otot yang berlawanan, sinergis, dan otot yang melawan gravitasi.

Tonus otot adalah suatu keadaan tegangan otot yang seimbang. Ketegangan dapat dipertahankan dengan adanya kontraksi dan relaksasi yang bergantian melalui kerja otot. Tonus otot berfungsi untuk mempertahankan posisi fungsional tubuh dan mendukung kembalinya aliran darah ke jantung.

Imobilisasi menyebabkan aktifitas dan tonus otot menjadi berkurang. Skeletal adalah rangka pendukung tubuh yang terdiri dari 4 tipe tulang yaitu: panjang, pipih, pendek, dan ireguler (tidakberaturan). Sistem skeletal berfungsi dalam pergerakan melindungi organ vital, membantu mengatur keseimbangan kalsium, yang berperan sebagai pembentukan sel darah merah (Perry & Potter, 2006).

2.5.5. Komplikasi

Komplikasi pada pasien mobilisasi menurut (Perry & Potter, 2005) adalah:

- a. Perubahan metabolisme.
- b. Ketidakseimbangan cairan dan elektrolit.
- c. Gangguan fungsi gastrointestinal.
- d. Perubahan sistem pernafasan.
- e. Perubahan sistem kardiovaskuler.
- f. Perubahan sistem muskuloskeletal.
- g. Perubahan sistem integumen.
- h. Perubahan eliminasi.

2.5.6. Standar Oprasional Prosedur

Standar Oprasional Prosedur melakukan tindakan merubah posisi lateral menurut (Wongker, Max F, 2015) adalah:

1. Definisi

Posisi lateral adalah posisi klien berbaring pada salah satu sisi bagian tubuh dengan kepala menoleh kesamping.

2. Tujuan

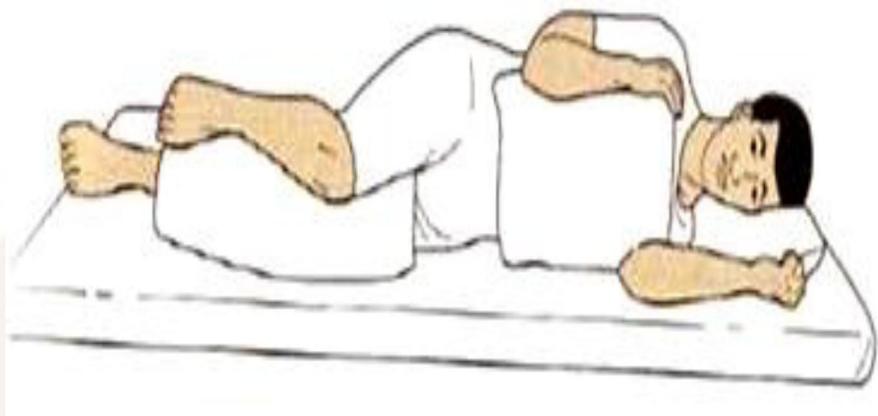
- a. Mengurangi lordosis dan meningkatkan kelurusan punggung yang baik
- b. Baik untuk posisi tidur dan istirahat
- c. Membantu menghilangkan tekanan pada sacrum dan tumit.

3. Alat/ bahan: tempat tidur, bantal kecil, gulungan handuk, sarung tangan(jika perlu).

4. Prosedur pelaksanaan:

- a) Cuci tangan dan gunakan sarung tangan jika diperlukan.
- b) Baringkan klien terlentang mendatar ditengah tempat tidur.
- c) Gulingkan klien hingga posisinya miring.
- d) Letakan bantal dibawah kepala dan leher klien.
- e) Fleksikan bahu bawah dan posisikan ke depan sehingga tubuh tidak menompang pada bahu tersebut.
- f) Letakkan bantal dibawah lengan atas.
- g) Letakkan bantal dibawah paha dan kaki atas sehingga ekstremitas bertumpu secara paralel dengan permukaan tempat tidur.
- h) Lepaskan sarung tangan dan cuci tangan.

Gambar 2.1
Posisi lateral



(Wongker, Max. F 2015).

PERPUSTAKAAN

BAB III

METODE STUDI KASUS

3.1 Rancangan Studi Kasus

Studi kasus dilakukan dengan menggunakan rancangan *one group pretest posttest*. Ciri penelitian ini tidak ada kelompok pembanding, tetapi paling tidak sudah dilakukan observasi pertama yang memungkinkan adanya perubahan yang terjadi setelah terjadinya eksperimen (Notoatmojo, 2012).

Jenis studi kasus ini menggunakan asuhan keperawatan pendekatan pada pasien yang mengalami gangguan integritas kulit (*decubitus*) pada penyakit stroke *haemoragik* dengan memberikan penerapan mobilisasi.

3.2 Subjek Studi Kasus

Subjek studi kasus yang telah diteliti adalah pasien yang dijadikan sebagai responden adalah terbatas hanya 2 (dua) orang responden sebagai kelompok perlakuan dengan stroke *haemoragik* yang sedang menjalani rawat inap di Rumah Sakit Tugurejo Semarang yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi dalam studi kasus ini adalah pasien dengan stroke *haemoragik* yang menjalani rawat inap dan mengalami gangguan integritas kulit (*decubitus*) dengan resiko sedang, mengalami *bedrest*, tidak mengalami peningkatan darah tinggi (hipertensi), dan tidak mengalami peningkatan tekanan intrakranial. Kriteria eksklusi dalam studi kasus ini adalah pasien dengan stroke yang yang tidak mengalami *bedrest* dan stroke *non haemoragik*.

3.3. Fokus studi

Pada studi kasus ini adalah penerapan mobilisasi 2 jam untuk menurunkan gangguan integritas kulit pada pasien stroke *haemoragik*.

3.4. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang dapat diamati (diukur). Dapat diamati artinya memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena yang kemudian dapat diulangi lagi. Definisi operasional di penelitian ini adalah:

3.4.1 Mobilisasi

Mobilisasi merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah teratur, dan mempunyai tujuan dalam rangka pemenuhan kebutuhan hidup sehat (Maryunani Anik, 2011).

3.4.2 Integritas kulit

Integritas kulit atau luka merupakan rusaknya sebagian dari jaringan tubuh. Luka sering kali terjadi akibat aktivitas sehari-hari. Luka adalah rusaknya struktur dan fungsi anatomis normal akibat proses patologis yang berasal dari internal maupun eksternal dan mengenai jaringan atau organ tubuh tertentu (Haswita, 2017).

3.4.3 Stroke haemoragik

Stroke *haemoragik* adalah jenis stroke yang paling mematikan, stroke haemoragik disebabkan oleh perdarahan ke dalam jaringan otak (disebut hemoragia intraserebrum atau hematoma intraserebrum) (Irfan Muhammad, 2010).

3.5 Tempat dan Waktu

Studi kasus ini dilakukan di Rumah Sakit Tugurejo Semarang pada Maret 2020.

3.6 Pengumpulan Data

Pengumpulan data ini dimulai setelah peneliti mendapatkan ijin dari pihak Institusi Akademik Widya Husada Semarang dan ijin dari CI (Clinical Intrucur) dari ruang tempat penelitian di RS Tugurejo Semarang.

Subjek peneliti adalah pasien stroke *haemoragik* yang mengalami integritas kulit (*decubitus*) dan dirawat di RS Tugurejo Semarang yang

sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Pasien yang akan dijadikan sebagai responden adalah terbatas hanya 2 orang. Dalam hal ini peneliti menjelaskan tentang metode pengumpulan data, meliputi:

- 3.6.1 Metode wawancara tidak terstruktur, pertanyaan yang disampaikan mencakup permasalahan secara luas yang menyangkut kepribadian, perasaan, dan emosi seseorang. Tujuan penelitian ini adalah untuk menggali emosi dan pendapat dari subjek terhadap suatu masalah penelitian.
- 3.6.2 Metode dokumentasi, apabila ingin memperoleh data tentang kondisi pasien atau riwayat perawatan sebelumnya dapat mengambil data dokumen.
- 3.6.3 Metode kuesioner, dalam hal ini peneliti menyiapkan lembar pertanyaan tertulis pada pasien.

Sebelum melakukan penelitian, peneliti mencari pasien stroke *haemoragik* diruang rawat inap yang mengalami integritas kulit sesuai dengan kriteria inklusi. Pada saat peneliti sudah mendapatkan responden, peneliti kemudian memperkenalkan diri dengan baik dan segan untuk mendapatkan persetujuan sebagai responden. Setelah peneliti mendapatkan persetujuan dari responden, peneliti mulai melakukan penelitian yang akan dilakukan. Peneliti dapat melakukan pengkajian ke responden setelah mendapatkan persetujuan agar mendapatkan atau subjektif dan objektif. Peneliti harus melihat adanya integritas kulit atau tidak kepada 2 responden tersebut dengan menggunakan skala braden (instrumen pengukuran *decubitus*). Jika didapatkan responden mengalami integritas kulit (*decubitus*),peneliti memberikan implementasi dengan penerapan mobilisasi. Mobilisasi dilakukan setiap 2jam sekali, selama 3 hari. Kemudian peneliti mengukur kembali terhadap penurunan integritas kulit responden dengan menggunakan skala braden.

3.7 Penyajian Data

Data statistik perlu disajikan dalam bentuk yang mudah dibaca dan dimengerti. Tujuannya adalah memberikan informasi dan memudahkan

interpretasi hasil analisis. Secara garis besar ada tiga cara yang sering digunakan untuk penyajian data, yaitu tulisan, tabel, dan diagram. Penyajian data studi kasus ini disajikan secara tulisan atau narasi.

3.8 Etika Studi Kasus

Menurut Fitrah (2017) penelitian tindakan merupakan bentuk penilaian yang berisi bermacam prosedur untuk mengurangi kasus-kasus yang bersifat mikro atau khusus. Simpulan dari penelitian tindakan langsung diberlakukan hanya untuk kasus diteliti dan tidak bisa digeneralisasikan. Penelitian lebih condong ke metode kualitatif yang sangat bergantung pada data pengamatan yang bersifat behavioristik. Dalam melakukan studi kasus dengan menekan masalah etika meliputi:

a. Lembar Persetujuan Studi Kasus (*Informed Consent*)

Lembar persetujuan ini diberikan dan dijelaskan kepada responden yang akan diteliti, yang memenuhi kriteria inklusi dan eklusi disertai judul penelitian serta manfaat penelitian, dengan tujuan responden dapat mengerti maksud dan tujuan penelitian. Bila penelitian ditolak maka peneliti tidak boleh memaksa, harus tetap menghormati.

b. Tanpa nama (*Anonimity*)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas responden, peneliti tidak akan mencantumkan nama subyek pada lembar pengumpulan data yang diisi oleh kode tertentu.

c. Kerahasiaan (*confidentiality*)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari subyek dijamin kerahasiaannya. Hanya kelompok data tertentu saja yang akan disajikan atau dilaporkan pada hasil studi kasus.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil studi kasus

4.1.1. Pasien I Ny. P

Pengkajian pada pasien I dilakukan pada tanggal 6 Maret 2020 di ruang Alamanda di RSUD Tugurejo Semarang didapatkan data dengan teknik wawancara pada pasien dan keluarga, metode dokumentasi, dan metode kuesioner didapatkan data identitas Ny. P adalah seorang ibu yang berusia 60 tahun, jenis kelamin perempuan, beragama islam, pendidikan SLTA, pekerjaan ibu rumah tangga, status perkawinan kawin. Riwayat penyakit keluarga pasien adalah pasien tidak mempunyai penyakit keturunan. Pada tanggal 6 Maret 2020 pasien mengatakan pusing, sakit kepala terus cekot-cekot, dan keluarga pasien mengatakan bahwa Ny. P hanya terbaring di tempat tidur (bedrest), dari hasil pengamatan Ny. P terlihat hanya terbaring diatas tempat tidur, lemah, aktivitas diatas tempat tidur, terlihat Ny. P memakai pempers, setelah saya kaji tubuh belakang Ny. P terutama pada daerah yang tertekan dan sering lembab, didapatkan pada bagian bokong Ny. P terlihat kulit berwarna merah, kulit teraba hangat, terlihat sangat lembab, dan eritema ditekan dengan jari lama untuk kembali pulih. Didapatkan skore total pada kuesioner skala braden yaitu 13 (resiko sedang). Berdasarkan data objektif dan data subjektif yang peneliti dapatkan, peneliti menegakkan diagnosa keperawatan gangguan integritas kulit berhubungan dengan luka tekan. Intervensi yang dapat dilakukan pada pasien yang mengalami gangguan integritas kulit berhubungan dengan luka tekan yaitu kaji pasien dengan menggunakan kuesioner skala braden, yaitu dengan mengkaji persepsi sensori, kelembaban, aktivitas, mobilisasi, nutrisi, gerakan, dan menerapkan mobilisasi 2 jam. Dalam pemberian intervensi

penerapan mobilisasi 2 jam ini akan mengurangi gangguan integritas kulit (*decubitus*) dengan cara *non farmakologis* dengan cara pasien posisi tidur lateral dan setiap 2 jam sekali pasien dialih baringkan ke kanan atau ke kiri. Setelah Ny. P dilakukan mobilisasi 2 jam selama 3 hari, peneliti mengkaji kembali Ny. P dengan menggunakan kuesioner skala braden dengan total skore 18 (resiko rendah).

Pada Ny. P sebelum dilakukan tindakan mobilisasi 2 jam dihari pengkajian didapatkan skala braden 13 (resiko sedang) yaitu Ny. P mengalami gangguan sensori pada 1 atau 2 ekstremitas atau berespon pada perintah verbal tapi tidak selalu mampu mengatakan ketidaknyamanan, kulit pada bagian belakang tubuh pasien yang terkena pempres sangat lembab, pasien hanya terbaring ditempat tidur, tidak dapat merubah posisi secara tepat dan teratur, jarang mampu menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makannya atau intake cairan kurang dari jumlah opimum, dan Ny. P membutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya. Kemudian Ny. P dilakukan tindakan mobilisasi 2 jam selama 3 hari, setelah dilakukan tindakan mobilisasi 2 jam selama 3 hari didapatkan hasil perubahan pada Ny. P yaitu perubahan pada kulit Ny. P pada bagian bokong dan perubahan pada pengkajian kuesioner skala braden, total skore skala braden yang didapatkan pada perlakuan terakhir yaitu hari ketiga adalah 18 (resiko rendah), dengan keterangan Ny. P mengalami gangguan sensori pada 1 atau 2 ekstremitas atau berespon pada perintah verbal tapi tidak selalu mampu mengatakan ketidaknyamanan, kulit pada bagian belakang yang terkena pempers kadang lembab, Ny. P berjalan dengan bantuan, dapat mengubah posisi tidur atau ekstremitas dengan mandiri, mampu menghabiskan lebih dari $\frac{1}{2}$ porsi makannya, membutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya.

Evaluasi yang dilakukan penulis pada Ny. P berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditegakkan yaitu gangguan integritas kulit berhubungan dengan luka tekan, evaluasi pada hari pertama pada tanggal 7 Maret 2020 yaitu dengan data subjektif yang tidak

didapatkan dan data objektif pasien tampak luka pada bagian bokong (kulit berwarna merah, teraba hangat, dan lembab) luka pasien derajat 1 (luka masih utuh), *assasment* yaitu masalah gangguan integritas kulit belum teratasi, *planning* lanjutkan intervensi yaitu observasi luka, identifikasi derajat luka, mobilisasi 2 jam. Dan evaluasi hari kedua tidak didapatkan data subjektif, data objektif kemerahan pada bokong pasien berkurang, luka derajat 1 (kuit masih utuh), *assasment* gangguan integritas kulit teratasi sebagian, *planning* lanjutkan intervensi yaitu observasi keadaan luka, identivikasi derajat luka, mobilisasi 2 jam. Evaluasi yang dilakukan pada hari ketiga yaitu pada tanggal 9 Maret 2020, data subjektif tidak didapatkan, data objektif kemerahan pada bokong pasien sudah semakin berkurang, kulit kadang lembab namun tidak terlalu lembab, didapatkan hasil dari pengkajian kuesioner skala braden dengan skore 18 (resiko ringan) *assasment* gangguan integritas kulit teratasi, *planning* yaitu intervensi dihentikan.

4.1.2. Pasien II Tn. A

Pengkajian pada pasien II dilakukan pada tanggal 10 Maret 2020 di ruang Alamanda di RSUD Tugurejo Semarang didapatkan data dengan teknik wawancara pada pasien dan keluarga, metode dokumentasi, dan metode kuesioner, didapatkan data identitas Tn. A adalah seorang bapak berusia 61 tahun, jenis kelamin laki-laki, beragama islam, pendidikan SLTA, pekerjaan swasta, status perkawinan kawin. Riwayat penyakit keluarga pasien adalah pasien tidak mempunyai penyakit keturunan. Pada tanggal 10 Maret 2020 Tn. A mengatakan bahwa Tn. A tidak boleh duduk, tidak boleh turun dari tempat tidur karena pusing yang dirasakannya, dan keluarga pasien mengatakan bahwa dibagian tubuh belakang Tn. A yaitu bokong kulitnya berwarna merah, dari hasil pengamatan Tn. A terlihat hanya berbaring ditempat tidur, aktivitas pasien diatas tempat tidur dengan dibantu oleh keluarga, terlihat Tn. A memakai pempers, kulit pada bagian bokong yang berwarna merah teraba hangat, dan lembab,

terlihat sesekali Tn. A menyuruh keluarganya untuk menggaruk-garuk pada bagian tubuh belakang pasien, dilakukan penilaian dengan menggunakan kuesioner skala braden didapatkan hasil skore total 13 (resiko sedang). Berdasarkan data subjektif dan data objektif yang didapatkan peneliti dengan data yang hampir sama dengan data pasien I yaitu Ny. P, peneliti menegakkan diagnosa keperawatan pada Tn. A yaitu gangguan integritas kulit berhubungan dengan luka tekan. Dengan diagnosa keperawatan gangguan integritas kulit berhubungan dengan luka tekan, intervensi yang dilakukan adalah mengkaji Tn. A dengan menggunakan kuesioner skala braden dan menerapkan mobilisasi 2 jam. Intervensi yang diberikan pada Tn. A mobilisasi 2 jam diterapkan selama 3 hari, dengan cara posisi Tn. A lateral, dan setiap 2 jam sekali Tn. A alih baring ke kanan atau ke kiri untuk mengurangi gangguan integritas kulit berhubungan dengan luka tekan. Setelah 3 hari Tn. A diterapkan intervensi mobilisasi 2 jam Tn. A dikaji kembali dengan menggunakan kuesioner skala braden. Pada awal pengkajian tanggal 10 Maret di dapatkan total skore skala braden pada Tn. A adalah 13 (resiko sedang), setelah 3 hari dilakukan mobilisasi 2 jam dikaji kembali menggunakan kuesioner skala braden Tn. A mengalami peningkatan dalam pengkajian skala braden di dapatkan total skore 16 (resiko rendah).

Pada Tn. A sebelum dilakukan tindakan mobilisasi 2 jam di hari pengkajian didapatkan hasil penilaian menggunakan kuesioner skala braden 13 (resiko sedang) yaitu Tn. A mengalami gangguan sensori pada $\frac{1}{2}$ permukaan tubuh atau hanya berespon pada stimulus nyeri, terlihat pada bagian bokong belakang Tn. A sangat lembab, Tn. A hanya terbaring ditempat tidur, tidak dapat merubah posisi secara tepat dan teratur, Tn. A mampu menghabiskan lebih dari $\frac{1}{2}$ porsi makannya, dan Tn. A membutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya. Setelah didapatkan hasil diatas Tn. A dilakukan tindakan mobilisasi 2 jam selama 3 hari dan didapan kan hasil perubahan pada Tn. A, pada awal pengkajian skore skala braden Tn. A 13 dan pada

hari akhir dilakukan tindakan mobilisasi 2 jam skor skala braden menjadi 16 (resiko rendah), dengan keterangan Tn. A mengalami gangguan sensori pada bagian ½ permukaan tubuh atau hanya berespon pada stimulasi nyeri, kulit pada bagian bokong yang terkena pampers kadang lembab, Tn. A tidak bisa berjalan, tidak dapat merubah posisi secara tepat dan teratur, dapat menghabiskan makanannya, tidak memerlukan suplemenasi nutrisi, dan membutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya.

Evaluasi yang dilakukan penulis pada Tn. A berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditegakkan yaitu gangguan integritas kulit berhubungan dengan luka tekan, evaluasi pada hari pertama dilakukan pada tanggal 11 Maret 2020 yaitu dengan data subjektif keluarga Tn. A mengatakan bagian belakang bokong pasien kulit berwarna merah. Data objektif dibagian bokong pasien kulitnya berwarna merah, kulit teraba hangat dan lembab, luka derajat 1 (luka masih utuh), *assessment* gangguan integritas kulit belum teratasi, *planning* yaitu lanjutkan intervensi identifikasi derajat luka, ubah mobilisasi setiap 2 jam, jaga kebersihan pasien. Evaluasi hari kedua tidak didapatkan data subjektif, data objektif pada bagian bokong kulit masih berwarna merah, kulit hangat, kelembaban berkurang, *assessment* gangguan integritas kulit teratasi sebagian, *planning* yaitu lanjutkan intervensi identifikasi derajat luka, mobilisasi setiap 2 jam. Evaluasi yang didapatkan pada hari ketiga yaitu, data subjektif tidak didapatkan, data objektif pada bagian bokong pasien kulit merahnya semakin mengecil, sudah tidak terlalu lembab (kadang lembab), hasil pengkajian kuesioner skala braden dengan skor 16 (resiko rendah) *assessment* gangguan integritas kulit teratasi, *planning* yaitu intervensi dihentikan.

Berdasarkan data subjektif dan data objektif pada pasien Ny. P dan Tn. A tersebut, maka ditegakkan diagnosa keperawatan gangguan integritas kulit berhubungan dengan luka tekan. Intervensi yang dapat dilakukan pada pasien yang mengalami gangguan integritas kulit berhubungan dengan luka tekan yaitu : kaji keadaan pasien dengan

menggunakan kuesioner skala braden, yaitu dengan mengkaji persepsi sensori, kelembaban, aktivitas, mobilisasi, nutrisi, gerakan, kemudian akan menerapkan mobilisasi 2 jam.

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada Ny. P dan Tn. A selama 3 hari melakukan pengkajian gangguan integritas kulit (*decubitus*) secara komperhensif. Melakukan metode mengurangi gangguan integritas kulit (*decubitus*) yang tepat dengan metode *nonfarmakologis* yaitu dengan penerapan mobilisasi 2 jam dengan cara pasien posisi tidur lateral dan setiap 2 jam sekali pasien dialih baringkan ke kanan atau ke kiri. Mobilisasi 2 jam ini dilakukan setiap 2 jam sekali selama 3 hari. Kaji resiko yang akan dialami oleh pasien dengan menggunakan skala braden yaitu dengan mengkaji persepsi sensori, kelembaban, aktivitas, mobilisasi, nutrisi, gerakan.

4.1.3. Gambaran Karateristik

Gambaran karateristik pasien stroke pada perlakuan (intervensi) yaitu dengan pasien *bedrest*, yang mengalami gangguan mobilitas fisik atau pasien yang mengalami gangguan penurunan aktivitas atau imobilisasi.

Tabel 4.1

Skore penilaian sebelum dan sesudah dilakukan mobilisasi 2 jam dengan menggunakan kuesioner skala braden pada pasien I dan II di Ruang Alamanda RSUD Tugurejo Semarang pada tanggal 6 Maret 2020-13 Maret 2020 (n:2)

Variabel	Sebelum dan sesudah	Hari		
		1	2	3
Ny. P	Sebelum	13	-	-
	Sesudah	-	-	18
Tn. A	Sebelum	13	-	-
	Sesudah	-	-	16
Rata-rata				4

Pada perhitungan rata-rata diatas bertujuan untuk mengetahui seberapa besar resiko luka tekan (*decubitus*) yang dialami pada pasien yang dikelola. Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa intervensi mobilisasi 2

jam yang diberikan pada pasien I dan pasien II berhasil, adanya peningkatan skore pada kedua pasien yang menunjukkan bahwa menurunnya resiko *decubitus*. Pengkajian skala braden pada Ny. P dihari pertama didapatkan skore total 13 yang berarti resiko sedang *decubitus* dan pada hari ke tiga setelah dilakukan intervensi mobilisasi 2 jam dilakukan pengkajian kembali dengan skala braden didapatkan skore total 18 yang berarti resiko rendah *decubitus*, dalam menerapkan mobilisasi 2 jam selama tiga hari terdapat peningkatan skore skala braden pada Ny. P dengan peningkatan 4 angka, sedangkan pada Tn. A dihari pertama dilakukan pengkajian dengan skala braden didapatkan skore total 13 yang berarti resiko sedang *decubitus*, dan pada hari ke tiga setelah dilakukan mobilisasi 2 jam selama tiga hari dilakukan pengkajian kembali dengan menggunakan skala braden didapatkan skore total 16 yang berarti resiko rendah *decubitus*, setelah penerapan mobilisasi 2 jam pada Tn. A skore total penilaian skala braden adanya peningkatan nilai sebanyak 3 angka. Pada perhitungan rata-rata diatas membuktikan bahwa dilakukan mobilisasi 2 jam dengan pengkajian menggunakan skala braden adanya peningkatan total skore skala braden dengan rata-rata 4.

4.2 Pembahasan

Pada bab ini akan membahas 2 responden dengan diagnosa gangguan integritas kulit berhubungan dengan luka tekan pada Ny. P dan Tn. A yang dilakukan penelitian selama 3 hari. Dengan menggunakan instrumen kuesioner penilaian skala braden, dengan skore setiap pointnya 1-4 kemudian dijumlahkan, dengan klasifikasi total skore 15-23 resiko rendah, skore 13-14 resiko sedang, skore 10-12 maka resiko berat, dan jika skore kurang dari 10 maka resiko sangat berat (Soetomo, 2015).

Pengkajian pada Ny. P dan Tn. A peneliti mendapatkan data subjektif yaitu keluarga pasien mengatakan bahwa pasien memakai pempers. Selama sakit pasien setiap harinya memakai pemperes karena pasien tidak boleh duduk ataupun turun dari tempat tidur, pasien megalami gangguan mobilitas fisik. Data objektif didapatkan pasien tampak lemah terbaring diatas tempat

tidur, dengan tanda-tanda vital pernafasan 26x/menit, tekanan darah 125/80mmHg, suhu 37⁰C, pasien tidak mampu beraktivitas fisik seperti mandi, berpakaian, eliminasi, dan lainnya. Dengan kondisi pasien yang hanya berbaring diatas tempat tidur (*badrest*) didapatkan skor skala braden pada Ny. P 13 (resiko sedang), pada Tn. A 13 (resiko sedang). Faktor yang mempengaruhi adanya gangguan integritas kulit pada penelitian ini antara lain adanya gangguan mobilitas fisik, pada pengkajian ditemukan data yang menunjukkan pasien mengalami gangguan mobilitas fisik, pasien tidak bisa duduk atau turun dari tempat tidur. Dari data diatas sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh M,Carolins (2013) yang menjelaskan bahwa pasien yang mengalami penakanan lama akan menyebabkan terjadinya gangguan integritas kulit (*decubitus*), hal ini sesuai dengan penelitian yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara gangguan integritas kulit (*decubitus*) dengan gangguan mobilitas fisik atau terbaring lama pada tempat tidur (*dadrest*). Hal ini sejalan dengan penjelasan Umifaridah (2018) yang menjelaskan bahwa akibat tekanan terutama diatas tulang yang menonjol, akan mengganggu fungsi sirkulasi normal dan menyebabkan paling banyak sakit tekan (*decubitus*), salah satu tindakan untuk menurunkan resiko *decubitus* tersebut yaitu dengan cara pemberian posisi miring setiap 2 jam (mobilisasi 2 jam).

Faktor lain yang mempengaruhi gangguan integritas kulit (*decubitus*) yaitu aktivitas penurunan kemampuan dalam aktivitas akan meningkatkan terjadinya luka *decubitus* pada pasien stroke. Data yang didapat peneliti saat melakukan pengkajian didapatkan bahwa Ny. P dan Tn. A mengalami penurunan aktivitas, aktivitas pasien hanya diatas tempat tidur. Data yang didapatkan diatas sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Moh Alimansur (2019) yang menunjukkan bahwa ketidakmampuan atau keterbatasan melakukan aktivitas menyebabkan penderita stroke sangat tergantung pada keluarga atau perawat untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Semakin tinggi tingkat ketergantungannya penderita maka resiko untuk terjadinya luka *decubitus* semakin besar. Hasil penelitian menunjukkan resiko terjadinya *decubitus* berdasarkan tingkat ketergantungan pasien minimal care sebesar 88,24% tidak memiliki resiko terjadinya *decubitus*, parital care

sebesar 45,95% beresiko terjadinya *decubitus* dan total care sebesar 44,12% memiliki resiko tinggi terjadinya *decubitus*. Penderita stroke yang mengalami kelumpuhan akan sulit untuk melakukan pergerakan, dengan pasien mengalami kesulitan untuk melakukan gerakan maka pasien akan beresiko tinggi mengalami gangguan integritas (*decubitus*) kulit pada daerah yang tertekan.

Faktor selanjutnya yang menyebabkan terjadinya gangguan integritas kulit (*decubitus*) yaitu kelembaban kulit, data yang didapat peneliti dari Ny. P dan Tn. A keluarga mengatakan bahwa selama sakit pasien menggunakan pempers, dengan pemakaian pempers setiap hari dan dalam posisi terbaring dapat menyebabkan kelembaban pada kulit. Dari data yang peneliti dapatkan diatas sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Moh Alimansur (2019) yang menjelaskan bahwa peningkatan kelembaban kulit pada pasien stroke akan meningkatkan terjadinya luka *decubitus*, meskipun tekanan dan gaya geser merupakan faktor yang dianggap paling menyebabkan terjadinya *decubitus*, namun kelembaban adalah faktor penting yang berkontribusi terhadap perkembangan luka *decubitus*. Kelembaban kulit merupakan salah satu bentuk pengaruh fisik yang dapat merusak kulit, kelembaban akan meningkatkan pembentukan luka kronis dengan melembutkan lapisan atas kulit (maserasi).

Hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny. P dan Tn. A dengan metode wawancara tidak terstruktur, metode dokumentasi, dan penilaian *decubitus* dengan menggunakan skala braden dapat ditegakkan diagnosa keperawatan gangguan integritas kulit berhubungan dengan luka tekan. Batasan karakteristik pada diagnosa gangguan integritas kulit berhubungan dengan luka tekan yang ditemukan peneliti di antaranya sebagai berikut : pasien yang mengalami *badrest*, pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik atau, pasien yang mengalami gangguan penurunan aktivitas atau imobilisasi.

karakteristik yang ditemukan peneliti pada pasien, maka peneliti menegakkan diagnosa keperawatan gangguan integritas kulit berhubungan dengan luka tekan. Menurut (Asmadi, 2008)Keluhan yang dirasakan pada Ny.

P dan Tn. A pasien mengatakan tidak boleh duduk, tidak boleh turun dari tempat tidur, *badrest*, tidak bisa beraktivitas. Keluhan tersebut sesuai dengan batasan gangguan penurunan aktivitas atau imobilisasi dapat menyebabkan integritas kulit, seperti abrasi, dan *decubitus*. Gangguan penurunan aktivitas atau imobilisasi dapat menyebabkan gangguan integritas kulit (*decubitus*) karena pada penurunan aktivitas atau imobilisasi terjadi gesekan, tekanan, jaringan bergeser satu dengan yang lain, dan terjadi penurunan sirkulasi darah pada area yang tertekan, sehingga dapat menyebabkan iskemia (kekurangan suplai darah ke jaringan atau tubuh karena permasalahan pada pembuluh darah) pada jaringan yang tertekan. Kondisi yang akan memperburuk keadaan dengan adanya infeksi, trauma, kegemukan, berkringsat, dan nutrisi yang buruk. Selain itu, sirkulasi darah yang lambat akan mengakibatkan kebutuhan oksigen dan nutrisi pada area yang tertekan menurun, sehingga laju metabolisme jaringan menurun. Jika laju metabolisme turun secara terus-menerus maka dapat mengakibatkan terjadinya perubahan turgor kulit. Berbagai cara yang dapat digunakan untuk menurunkan gangguan integritas kulit yaitu dengan cara mobilisasi 2 jam.

Intervensi yang dapat dilakukan terhadap penurunan gangguan integritas kulit adalah penerapan mobilisasi 2 jam yang bertujuan untuk mengurangi resiko *decubitus*. Sehingga penatalaksanaannya perlu dilakukan tindakan mobilisasi 2 jam untuk mengurangi resiko terjadinya *decubitus*. Tujuan lainnya adalah untuk mengurangi terjadinya komplikasi, untuk mempertahankan *body alignment*, memberikan rasa nyaman, dan untuk mengurangi kemungkinan tekanan yang menetap pada tubuh akibat posisi yang menetap sehingga menyebabkan luka (*decubitus*).

Penelitian ini diberikan pada 2 responden yaitu pada Ny. P dan Tn. A dalam menerapkan mobilisasi 2 jam kepada 2 responden tersebut dilakukan dengan cara yang sama yaitu mobilisasi 2 jam atau alih baring (miring kanan dan miring kiri) yang dilakukan setiap 2 jam sekali untuk mengganti posisi pasien, mobilisasi ini dilakukan selama 3 hari. Mobilisasi 2 jam atau alih baring ini memberikan efek pada gangguan integritas kulit (*decubitus*) karena

mobilisasi 2 jam ini dapat memperbaiki keadaan luka tekan, mencegah terjadinya resiko tinggi dan resiko berat *decubitus*.

Pada dasarnya kedua responden tersebut memiliki tingkat resiko yang sama yaitu resiko sedang *decubitus* karena dalam proses pemberiannya score skala braden sama antara Ny. P dan Tn. A sama. Pada Ny. P beresiko sedang dengan score 13, dan setelah dilakukan intervensi penerapan mobilisasi 2 jam selama 3 hari terjadinya perubahan pada Ny. P yaitu Ny. P beresiko rendah *decubitus* dengan score skala braden 18.

Sedangkan pada pasien kedua yaitu Tn. A memiliki resiko sedang *decubitus* dengan score skala nortom 13, kemudian Tn. A dilakuakn intervensi penerapan mobilisasi 2 jam untuk mengurangi resiko *decubitus*. Tn. A dilakukan intervensi penerapan mobilisasi 2 jam selama 3 hari yang selama 2 jam sekali Tn. A harus berpindah posisi. Setelah dilakukannya penerapan mobilisasi 2 jam selama 3 hari dilakukan evaluasi kembali dengan menggunakan kuesioner skala braden dan pada Tn. A didapatkan hasil evaluasi dengan resiko rendah yaitu dengan total score skala braden 16.

Hali ini mengindikasikan bahwa penerapan mobilisasi 2 jam dapan menurunkan gangguan integritas kulit (*decubitus*). Penerapan mobilisasi 2 jam ini juga didukung oleh penelitian yang sudah dilakukan oleh Nuh Huda (2012) yang menunjukkan adanya pengeruh yang signifikan bahwa intervensi penerapan mobilisasi 2 jam efektif dalam menurunkan gangguan integritas kulit (*decubitus*) pada pasein stroke *haemoragik*.

Kesimpulan dari kedua responden bahwa penerapan mobilisasi 2 jam mampu mengurangi resiko *decubitus* dimana resiko yang dialami Ny. P yaitu resiko sedang dengan score 13, setelah dilakukan mobilisasi 2 jam selama 3 hari menjadi resiko rendah dengan score 18. Dan pada Tn. A yang awalnya beresiko sedang dengan score 13 setelah dilakukan penerapan mobilisasi 2 jam selama 3 hari menjadi resiko ringan dengan score 16.

4.3 Keterbatasan Penelitian

Hal yang telah dijelaskan pada penelitian ini masih terdapat kelemahan dan kekurangan. Berikut adalah kekurangan yang menjadi keterbatasan penelitian :

- 4.3.1. konsentrasi klien yang mudah beralih, sehingga peneliti kurang fokus dalam melakukan pengkajian dan menerapkan intervensi pada klien
- 4.3.2. keterbatasan dalam hal penerapan mobilisasi 2 jam selama 3 hari, pada hari pertama klien kurang kooperatif.



SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan pembahasan yang penulis paparkan mengenai “PENERAPAN MOBILISASI 2 JAM TERHADAP GANGGUAN INTEGRITAS KULIT (*DECUBITUS*) PADA PASIEN STROKE *HAEMORAGIK*” , maka penulis akan menuliskan kesimpulan dan saran berdasarkan pengalaman penulis selama melakukan asuhan keperawatan pada Ny. P dan Tn. A , yaitu:

5.1 Kesimpulan

Peneliti menyusun asuhan keperawatan yaitu asuhan keperawatan dengan penerapan mobilisasi 2 jam pada pasien stroke *haemoragik* yang mengalami *badrest* dengan melakukan pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan, menyusun rencana keperawatan, melakukan implementasi, dan melakukan evaluasi yang dilakukan selama 3 hari. Dari hasil pengkajian yang didapatkan data adanya kemerahan pada bokong pasien, teraba hangat, dan lembab, kemudian didapatkan masalah keperawatan yaitu gangguan integritas kulit berhubungan dengan luka tekan. Implementasi yang dilakukan untuk mengurangi gangguan integritas kulit berhubungan dengan luka tekan yaitu melakukan penerapan mobilisasi 2 jam dan melakukan pengukuran resiko *decubitus* dengan menggunakan alat ukur kuesioner skala braden yang dilakukan pada sebelum melakukan tindakan dan pada hari ke 3 melakukan tindakan penerapan mobilisasi 2 jam. Evaluasi yang didapatkan pada Ny. P dan Tn. A yaitu skala braden berkurang yang awalnya tingkat resiko *decubitus* sedang menjadi resiko rendah.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada Ny. P dengan diagnosa keperawatan gangguan integritas kulit berhubungan dengan luka tekan, evaluasi yang dilakukan pada tanggal 9 Maret 2020, dengan data objektif yang didapatkan yaitu kemerahan pada bokong Ny. P sudah semakin berkurang, kulit kadang lembab namun tidak terlalu lembab. Pengkajian dengan menggunakan kuesioner pada Ny. P tanggal 9 Maret 2020 di hari akhir implementasi didapatkan hasil skore skala braden adalah 18 atau resiko rendah.

Sedangkan hasil penelitian pada Tn. A dengan diagnosa keperawatan gangguan integritas kulit berhubungan dengan luka tekan, evaluasi dilakukan pada tanggal 13 Maret 2020, dengan data objektif yang didapatkan yaitu pada bagian bokong pasien kulit memerahnya semakin mengecil, kulit kadang lembab dan kadang tidak lembab. Pengkajian dengan menggunakan kuesioner skala braden ulang dilakukan pada tanggal 13 Maret 2020 pada hari akhir implematasi didapatkan hasil skor total sakala braden pada Tn. A adalah 16 atau resiko rendah.

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan penerapan mobilisasi 2 jam mempunyai manfaat yaitu untuk mengurangi resiko *decubitus*, meminimalkan terjadinya komplikasi, untuk mempertahankan *body aligment*, memberikan rasa nyaman pada pasien, dan untuk mengurangi kemungkinan tekanan yang menetap pada tubuh akibat posisi yang menetap sehingga dapat menyebabkan luka (*decubitus*).

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Masyarakat

Untuk meningkatkan kesehatan dan mencegah terjadinya luka tekan (*decubitus*) sebaiknya masyarakat ikut berperan serta dalam mencegah terjadinya luka tekan (*decubitus*) dengan cara melakukan mobilisasi 2 jam secara mandiri terhadap pasien yang mengalami *badrest*, dan diharapkan hasil penelitian ini dapat menambah pengetahuan masyarakat.

5.2.2 Bagi Perawat

Disamping mendapatkan perawatan dan pengobatan pada saat di Rumah Sakit, alangkah baiknya jika perawat yang ada memberikan pengetahuan tentang penyakit yang dialami dan komplikasi yang mungkin akan terjadi seperti luka tekan (*decubitus*) sehingga perawat dapat melakukan atau menerapkan mobilisasi 2 jam terhadap gangguan penurunan integritas kulit (*decubitus*) pada pasien, dan diharapkan perawat untuk melanjutkan asuhan keperawatan yang sudah dikelola oleh penulis yang bertujuan untuk pemulihan kesehatan pasien.

5.2.3 Bagi Peneliti

Dalam upaya pemberian asuhan keperawatan pada pasien stroke *haemoragik* yang mengalami gangguan penurunan integritas kulit (*decubitus*), mahasiswa harus menguasai konsep tentang penyakit itu sendiri, selain itu mahasiswa juga harus melakukan pengkajian dengan tepat supaya asuhan keperawatan tercapai sesuai dengan masalah yang ditemukan pada pasien, sehingga mahasiswa memperoleh pengalaman dan pembelajaran dalam mengimplementasikan prosedur mobilisasi.



DAFTAR PUSTAKA

- Alimul, Hidayat aziz. (2015). *Ketrampilan Dasar Praktik Klinik Untuk Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika
- Anggota IKAPI. (2000). *Hukum Ketenagakerjaan Indonesia*. Bandung: PT.Citra Aditya Bakti.
- Asmadi. (2008). *Teknik Prosedural Keperawatan: Konsep Dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Salemba Medika.
- Dinas Kesehatan Kota Semarang. (2012). *Buku Prooil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah*.
- Doenges, Moorhouse, & Burley. (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan & Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Jakarta: EGC.
- Fitrah, M & Luthfiyah. (2017). *Metode Penelitian*. Yogyakarta: Ar-ruzz Media.
- Herdman, T.H. (2015). *Nursing Diagnoses: Definitions and Classsification*. Jakarta: EGC.
- Haswita & Sulistyowati, Reni. (2017). *Kebutuhan Dasar Manusia Untuk Mahasiswa Keperawatan dan Kebidanan*. Jakarta Timur: CV Trans Info Media.
- Irfan, Muhammad. (2010). *Fisioterapi Bagi Insan Stroke*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Kemenkes RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar*. Riskesdas. Jakarta: Kemenkes RI
- Laswati Hening. (2015). *Ilmu Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi*. Jakarta: CV Sagung Seto
- Maryunani, Anik. (2011). *Keperawatan Dasar Praktik Klinik Kebidanan*. Jakarta Timur: CV Info Media.
- Maryunani, Anik. (2015). *Perawatan Luka Moderen (moderen woundcare) Terkini dan terlengkap*. Jakarta Timur: CV Info Media.
- M, Carolina dan margareth asirait. (2013). *Pengaruh Merubah Posisi Dan Massase Kulit Pada Pasien Stroke Terhadap Terjadinya Luka Dekubitus*, Jurnal Keperawatan. 117-125
- Moh, Alimansur. (2019). *Faktor Resiko Decubitus Pada pasien Stroke*. Jurnal Ilmu Kesehatan, vol.8 No 1: Halaman 86 .

- Mubarak, Wahit Iqbal, Lilis Indrawati., & Joko Susant.(2015). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar*.Jakarta: Salemba Medika.
- Muttaqin, Arif. *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Persarafan* :Salemba Medika.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nuh, Huda. (2012). *Pengaruh Posisi Miring Untuk Mengurangi Luka Tekan Pada Pasien Dengan Gangguan Persyarafan*. Jurnal Keperawatan.
- Padila. (2012). *Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Nuha Media.
- Patrica. (2012). *Keperawatan Kritis Pendekatan Asuhan Holistik*. Jakarta: EGC
- Perry & Potter. (2006). *Buku Ajar Fundal Mental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik*. Edisi 4. Jakarta : EGC.
- Perry & Potter. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik*, Ed.4. Vol.2. Jakarta: EGC.
- Sabandar, A. (2008). *Ulkus Dekubitus*. Medikal Faculty-Sebelas Maret University In Surakarta.
- Soetomo. (2015). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Mulyorejo Surabaya: Airlangga University Press.
- Suriadi. (2004). *Perawatan Luka Edisi 1*. Jakarta:CV. Sagung seto.
- Sustrani, Lanny dkk. (2003). *STROKE*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Tarwoto dkk. (2007). *keperawatan Medikal Bedah Gangguan sisem Persarafan*.Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Tarwoto. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Persarafan*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Tambayong, Jan. (2000). *Patofisiologi Untuk Keperawatan*). Jakarta: EGC.
- Tri, Anggriyana. (2010). *Kebutuhan Dasar Manusia*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Wiwit, S (2012). *Stroke & penanganannya*. Jogjakarta: Ar-ruzz Media.
- Wongker, Max F. (2015). *Ketrampilan Perawatan Gawat Darurat dan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.

Lampiran 1

JADWAL KEGIATAN

No	Kegiatan	Tahun 2019-2020																																															
		September				Oktober				November				Desember				Januari				Februari				Maret				April				Mei				Juni				Juli				Agustus			
		Minggu ke																																															
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
1	Penyusunan dan pengajuan judul																																																
2	Proses pembuatan proposal																																																
3	Sidang proposal																																																
4	Revisi Proposal																																																
5	Pelaksanaan penelitian																																																
6	Proses pembuatan hasil																																																
7	Sidang hasil penelitian																																																
8	Revisi hasil penelitian																																																

Lampiran 2

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN (PSP)

1. Kami adalah peneliti berasal dari instansi / jurusan / program studi AKPER Widya Husada Semarang dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul Penerapan Mobilisasi 2 Jam Terhadap Gangguan Penurunan Integritas Kulit (*Decubitus*) Pada Pasien Stroke *Haemoragik*.
2. Tujuan dari penelitian studi kasus ini adalah menggambarkan asuhan keperawatan dengan Penerapan Mobilisasi 2 Jam Terhadap Gangguan Penurunan Integritas Kulit (*Decubitus*) Pada Pasien Stroke *Haemoragik* yang dapat memberikan manfaat berupa pengetahuan dan kemandirian pasien. Penelitian berlangsung selama 3 hari.
3. Prosedur pengambilan bahan data dengan cara penerapan Mobilisasi selama 3 hari. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi anda tidak perlu khawatir karena penelitian ini untuk kepentingan pengembangan asuhan / pelayanan keperawatan
4. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertaan anda pada peneliti adalah anda turut aktif mengikuti perkembangan asuhan / tindakan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri anda beserta seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap dirahasiakan.
6. Jika saudara membutuhkan informasi sehubungan dengan penelitian ini, silahkan menghubungi peneliti pada nomer HP: 085801625642

Peneliti

Detri Enggar Ardila

LEMBAR PERSETUJUAN (*INFORMED CONSET*)

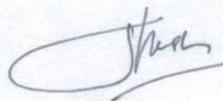
(Persetujuan menjadi Partisipan)

Saya yang bertandatangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang dilakukan oleh Sdi. Detri Enggar Ardila dengan judul Penerapan Mobilisasi 2 Jam Terhadap Penurunan Integritas Kulit (Decubitus) Pada Pasien Sroke *Haemoragik*.

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Semarang, 6 Maret 2020

Yang memberikan persetujuan



(Anisah)

LEMBAR PERSETUJUAN (*INFORMED CONSET*)

(Persetujuan menjadi Partisipan)

Saya yang bertandatangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang dilakukan oleh Sdi. Detri Enggar Ardila dengan judul Penerapan Mobilisasi 2 Jam Terhadap Penurunan Integritas Kulit (Decubitus) Pada Pasien Sroke *Haemoragik*.

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Semarang, 10 Maret 2020

Yang memberikan persetujuan

()
Tiara . A

Lampiran 4

**LEMBAR KUESIONER
SKALA BRADEN**

NAMA : Ny.P
 UMUR : 60 tahun
 JENIS KELAMIN : Perempuan
 6-03-2020

Parameter	Temuan				Skore
Persepsi sensori	1. Tidak merasakan atau merespon terhadap stimulus nyeri, kesadaran menurun	2. Gangguan sensori pada bagian ½ permukaan tubuh atau hanya berespon pada stimulasi nyeri	3. Gangguan sensori pada 1 atau 2 ekstremitas atau berespon pada perintah verbal tapi tidak selalu mampu mengatakan ketidaknyaman an.	4. Tidak ada gangguan sensori, berespon penuh terhaap respon verbal.	3
Kelembaban	1. Selalu terpapar oleh keringat atau urine.	2. Sangat lembab	3. Kadang lebab.	4. Kuli kering.	2
Aktivitas	1. Terbaring diempat tidur	2. Tidak bisa berjalan	3. Berjalan dengan atau tanpa bantuan.	4. Dapat berjalan disekitar ruanga.	1
Mobilisasi	1. Tidak mampu	2. Tidak dapat merubah posisi	3. Dapat mengubah	4. Dapat merubah posisi tanpa	

	bergerak	secara tepat dan teratur	posisi tidur atau eksremias dengan mandiri.	bantuan.	2
Nutrisi	1. Tidak dapat menghabiskan 1/3 porsi makannya, sedikit minum, puasa atau minum air putih, atau mendapat infus lebih.	2. Jarang mampu menghabiskan 1/2 porsi makannya atau inake cairan kurang dari jumlah opimum.	3. Mampu menghabiskan lebihdari 1/2 porsi makannya.	4. Dapat menghabiskan makannya, tidak memerlukan suplemanasi nutrisi.	2
gerakan	1. Tidak mampu mengangkat bebannya sendiri, atau spastik, konrakur, atau gelisah.	2. Membtuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya.	3. Membutuhkan bantuan minimal menagkat tubuhnya.		3
Total					13

Jika semakin banyak skore total pada pengkajian skala braden maka resiko mengalami decubitus semakin rendah.

Keterangan:

- a. Skore 15-23 pasien resiko rendah mengalami *decubitus*
- b. Skore 13-14 pasien resiko sedang mengalami *decubitus*
- c. Skore 10-12 pasien resiko berat mengalami *decubitus*
- d. Skore kurang dari 10 pasien resiko sangat berat mengalami *decubitus*

LEMBAR KUESIONER
SKALA BRADEN

NAMA : Ny.P
 UMUR : 60 tahun
 JENIS KELAMIN : Perempuan
 9-03-2020.

Parameter	Temuan				Skore
Persepsi sensori	1. Tidak merasakan atau merespon terhadap stimulus nyeri, kesadaran menurun	2. Gangguan sensori pada bagian ½ permukaan tubuh atau hanya berespon pada stimulasi nyeri	3. Gangguan sensori pada 1 atau 2 ekstremitas atau berspon pada perintah verbal tapi tidak selalu mampu mengatakan ketidaknyaman an.	4. Tidak ada gangguan sensori, berespon penuh terhaap respon verbal.	3
Kelembaban	1. Selalu terpapar oleh keringat atau urine.	2. Sangat lembab	3. Kadang lebab.	4. Kuli kering.	3
Aktivitas	1. Terbaring diempat tidur	2. Tidak bisa berjalan	3. Berjalan dengan atau tanpa bantuan.	4. Dapat berjalan disekitar ruanga.	3
Mobilisasi	1. Tidak mampu	2. Tidak dapat merubah posisi	3. Dapat mengubah	4. Dapat merubah posisi tanpa	

	bergerak	secara tepat dan teratur	posisi tidur atau eksremias dengan mandiri.	bantuan.	3
Nutrisi	1. Tidak dapat menghabiskan 1/3 porsi makannya, sedikit minum, puasa atau minum air putih, atau mendapat infus lebih.	2. Jarang mampu menghabiskan 1/2 porsi makannya atau inake cairan kurang dari jumlah opimum.	3. Mampu menghabiskan lebihdari 1/2 porsi makannya.	4. Dapat menghabiskan makannya, tidak memerlukan suplemanasi nutrisi.	3
gerakan	1. Tidak mampu mengangk at bebannya sendiri, atau spastik, konrakur, atau gelisah.	2. Membtuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya.	3. Membutuhkan bantuan minimal menagkat tubuhnya.		3
Total					18

Jika semakin banyak skore total pada pengkajian skala braden maka resiko mengalami decubitus semakin rendah.

Keterangan:

- a. Skore 15-23 pasien resiko rendah mengalami *decubitus*
- b. Skore 13-14 pasien resiko sedang mengalami *decubitus*
- c. Skore 10-12 pasien resiko berat mengalami *decubitus*
- d. Skore kurang dari 10 pasien resiko sangat berat mengalami *decubitus*

LEMBAR KUESIONER

SKALA BRADEN

NAMA : To. A

UMUR : 61 tahun

JENIS KELAMIN : Laki-laki

10 - 03 - 2020

Parameter	Temuan				Skore
Persepsi sensori	1. Tidak merasakan atau merespon terhadap stimulus nyeri, kesadaran menurun	2. Gangguan sensori pada bagian $\frac{1}{2}$ permukaan tubuh atau hanya berespon pada stimulasi nyeri	3. Gangguan sensori pada 1 atau 2 ekstremitas atau berspon pada perintah verbal tapi tidak selalu mampu mengatakan ketidaknyaman an.	4. Tidak ada gangguan sensori, berespon penuh terhadap respon verbal.	2
Kelembaban	1. Selalu terpapar oleh keringat atau urine.	2. Sangat lembab	3. Kadang lebab.	4. Kuli kering.	2
Aktivitas	1. Terbaring ditempat tidur	2. Tidak bisa berjalan	3. Berjalan dengan atau tanpa bantuan.	4. Dapat berjalan disekitar ruanga.	1
Mobilisasi	1. Tidak mampu	2. Tidak dapat merubah posisi	3. Dapat mengubah	4. Dapat merubah posisi tanpa	

	bergerak	secara tepat dan teratur	posisi tidur atau eksremias dengan mandiri.	bantuan.	2
Nutrisi	1. Tidak dapat menghabiskan 1/3 porsi makannya, sedikit minum, puasa atau minum air putih, atau mendapat infus lebih.	2. Jarang mampu menghabiskan 1/2 porsi makannya atau inake cairan kurang dari jumlah opimum.	3. Mampu menghabiskan lebih dari 1/2 porsi makannya.	4. Dapat menghabiskan makannya, tidak memerlukan suplemanasi nutrisi.	3
gerakan	1. Tidak mampu mengangk at bebannya sendiri, atau spastik, konrakur, atau gelisah.	2. Membtuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya.	3. Membutuhkan bantuan minimal menagkat tubuhnya.		3
Total					13

Jika semakin banyak skore total pada pengkajian skala braden maka resiko mengalami decubitus semakin rendah.

Keterangan:

- a. Skore 15-23 pasien resiko rendah mengalami *decubitus*
- b. Skore 13-14 pasien resiko sedang mengalami *decubitus*
- c. Skore 10-12 pasien resiko berat mengalami *decubitus*
- d. Skore kurang dari 10 pasien resiko sangat berat mengalami *decubitus*

**LEMBAR KUESIONER
SKALA BRADEN**

NAMA : Tn. A
 UMUR : 61 tahun
 JENIS KELAMIN : Laki-laki
 13 - 03 - 2020

Parameter	Temuan				Skore
Persepsi sensori	1. Tidak merasakan atau merespon terhadap stimulus nyeri, kesadaran menurun	2. Gangguan sensori pada bagian $\frac{1}{2}$ permukaan tubuh atau hanya berespon pada stimulasi nyeri	3. Gangguan sensori pada 1 atau 2 ekstremitas atau berspon pada perintah verbal tapi tidak selalu mampu mengatakan ketidaknyaman an.	4. Tidak ada gangguan sensori, berespon penuh terhaap respon verbal.	2
Kelembaban	1. Selalu terpapar oleh keringat atau urine.	2. Sangat lembab	3. Kadang lebab.	4. Kuli kering.	3
Aktivitas	1. Terbaring diempat tidur	2. Tidak bisa berjalan	3. Berjalan dengan atau tanpa bantuan.	4. Dapat berjalan disekitar ruanga.	2
Mobilisasi	1. Tidak mampu	2. Tidak dapat merubah posisi	3. Dapat mengubah	4. Dapat merubah posisi tanpa	

	bergerak	secara tepat dan teratur	posisi tidur atau eksremias dengan mandiri.	bantuan.	2
Nutrisi	1. Tidak dapat menghabiskan 1/3 porsi makannya, sedikit minum, puasa atau minum air putih, atau mendapat infus lebih.	2. Jarang mampu menghabiskan 1/2 porsi makannya atau inake cairan kurang dari jumlah opimum.	3. Mampu menghabiskan lebihdari 1/2 porsi makannya.	4. Dapat menghabiskan makannya, tidak memerlukan suplemanasi nutrisi.	4
gerakan	1. Tidak mampu mengangk at bebannya sendiri, atau spastik, konrakur, atau gelisah.	2. Membtuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya.	3. Membutuhkan bantuan minimal menagkat tubuhnya.		3
Total					16.

Jika semakin banyak skore total pada pengkajian skala braden maka resiko mengalami decubitus semakin rendah.

Keterangan:

- a. Skore 15-23 pasien resiko rendah mengalami *decubitus*
- b. Skore 13-14 pasien resiko sedang mengalami *decubitus*
- c. Skore 10-12 pasien resiko berat mengalami *decubitus*
- d. Skore kurang dari 10 pasien resiko sangat berat mengalami *decubitus*

Lampiran 5

LEMBAR OBSERVASI

NAMA : Ny.P
 UMUR : 60 tahun
 JENIS KELAMIN : Perempuan

Hari, Tanggal	Hasil	
	Sebelum	Sesudah
Sabtu 7/2020 /3	Ny.P Sebelum dilakukan tindakan alih baring /2 jam, kondisi pada bagian bokong merah, lembab, kulit terasa hangat, Ny.P memakai Pampers, dan hanya berbaring di atas tempat tidur.	
Senin 9/2020 /3		Setelah Ny.P dilakukan tindakan alih baring /2 jam selama 3 hari, didapatkan hasil, pada bagian bokong sudah tidak terlalu lembab (kadang lembab), kemerahan pada kulit berkurang.

LEMBAR OBSERVASI

NAMA : Tn. A
 UMUR : 61 tahun
 JENIS KELAMIN : Laki-laki

Hari, Tanggal	Hasil	
	Sebelum	Sesudah
11 / 3 2020 Rabu	Tn. A Sebelum dilakukan tindakan keperawatan alih baring / 2 jam, kulit Tn. A pada bagian bokong terasa hangat, berwarna merah, dan lembab. Tn. A bedrest. Dilakukan pengkajian menggunakan skala braden didapatkan hasil 13 (risiko sedang)	
13 / 3 2020 Jumat		Setelah dilakukan tindakan alih baring / 2 jam selama 3 hari. Pada Tn. A, pada bokong Tn. A sudah tidak terlalu lembab, memerah berkurang, sudah tidak hangat. Dilakukan pengkajian menggunakan skala braden didapatkan hasil 16 (risiko rendah).

Lampiran 6

LEMBAR OBSERVASI
KELUARGA

NAMA PASIEN : Nig.P.
 UMUR : 60 tahun
 JENIS KELAMIN : Perempuan.

Hari/Tanggal	Nama Pengubah	Posisi	Jam	TTd	
Sabtu 7/3 2020	Detri	Miring kanan	10:00	<i>Detri</i>	
	Detri	Miring kiri	12:00	<i>Detri</i>	
	Amisdi	kanan	14:00	<i>Amisdi</i>	
	Amisdi	kiri	16:00	<i>Amisdi</i>	
	amisdi	kanan	18:00	<i>Amisdi</i>	
	Fatkhan	kiri	20:00	<i>Fatkhan</i>	
	Fatkhan	kanan	22:00	<i>Fatkhan</i>	
	Fatkhan	kiri	24:00	<i>Fatkhan</i>	
	Fatkhan	kanan	02:00	<i>Fatkhan</i>	
	Fatkhan	kiri	04:00	<i>Fatkhan</i>	
	Fatkhan	kanan	06:00	<i>Fatkhan</i>	
		Detri	Miring kiri	08:00	<i>Detri</i>
	Minggu 8/3 2020	amisdi	kanan	10:00	<i>Amisdi</i>
		amisdi	kiri	12:00	<i>Amisdi</i>
amisdi		kanan	14:00	<i>Amisdi</i>	
Detri		Miring kiri	16:00	<i>Detri</i>	
Detri		Miring kanan	18:00	<i>Detri</i>	
Fatkhan		kiri	20:00	<i>Fatkhan</i>	
Fatkhan		kanan	22:00	<i>Fatkhan</i>	
Fatkhan		kiri	24:00	<i>Fatkhan</i>	
Fatkhan		kanan	02:00	<i>Fatkhan</i>	
Fatkhan		kiri	04:00	<i>Fatkhan</i>	
Fatkhan		kanan	06:00	<i>Fatkhan</i>	
		Amisdi	kiri	08:00	<i>Amisdi</i>

LEMBAR OBSERVASI
KELUARGA

NAMA PASIEN : Tn. A.
 UMUR : 61 tahun
 JENIS KELAMIN : Laki-laki

Hari/Tanggal	Nama Pengubah	Posisi	Jam	TTd	
Rabu 11/3 2020	Detri	Miring kiri	10:00	Detri	
	Detri	Miring kanan	12:00	Detri	
	Rizki	kiri	14:00	md	
	Rizki	kanan	16:00	md	
	Rizki	kiri	18:00	md	
	Rizki	kanan	20:00	md	
	Tiara	Kiri	22:00	JMS	
	Tiara	Kanan	24:00	JMS	
	Tiara	Kiri	02:00	JMS	
	Tiara	Kanan	04:00	JMS	
	Tiara	Kiri	06:00	JMS	
	Detri	Miring kanan	08:00	Detri	
	Kamis 12/3 2020	Detri	Miring kiri	10:00	Detri
		Rizki	kanan	12:00	md
Rizki		kiri	14:00	md	
Rizki		kanan	16:00	md	
Tiara		Kiri	18:00	JMS	
Tiara		Kanan	20:00	JMS	
Tiara		Kiri	22:00	JMS	
Tiara		Kanan	24:00	JMS	
Tiara		Kiri	02:00	JMS	
Tiara		Kanan	04:00	JMS	
Tiara		Kiri	06:00	JMS	
Detri		Miring kanan	08:00	Detri	

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



I. Data Diri

Nama : Detri Enggar Ardila
NIM : 1705007
TTL : Kendal, 26 Agustus 1999
Agama : Islam
Anak ke : 3 dari 3 saudara
Nama Ayah : Danu Irianto
Nama Ibu : Artati Eka Luddarwati
Alamat : Desa Salamsari RT02/RW04 Kecamatan Boja Kendal
Email : detrienggar@gmail.com

II. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2006-2011 : SD Negeri 1 Kaligading
2. Tahun 2011-2014 : SMP Negeri 1 Limbangan
3. Tahun 2014-2017 : SMA Negeri 1 Limbangan
4. Tahun 2017- sekarang : Universitas Widya Hysada Semarang

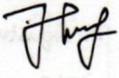
Lampiran 8

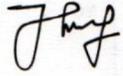
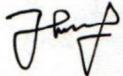


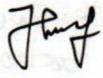
LEMBAR KONSULTASI KTI
UNIVERSITAS WIDYA HUSADA SEMARANG
TAHUN 2020

Nama Mahasiswa: DETRI ENEGAR ARDILA
NIM : 1705007
Pembimbing : Ns. W. Yanarke Heru P.S. KEP., M.HI
Judul KTI : Penerapan Mobilisasi 2 jam Terhadap Penurunan Gangguan Integritas Kulit (Decubitus) pada Pasien Stroke Haemoragik.

NO	HARI / TGL	HASIL KONSULTASI	PARAF PEMBIMBING
1	31 Juli 2019.	Mengajukan Judul : dengan hasil bimbingan menambah jurnal hipertensi	

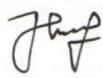
NO	HARI / TGL	HASIL KONSULTASI	PARAF PEMBIMBING
2	8 Agustus 2019.	Konsul ganti judul KTI, hasil : mencari instrumen yang akan digunakan	
3	9 Agustus 2019.	Konsul instrumen yang akan digunakan: hasil, judul ACC, lanjut menyusun bab 1.	

NO	HARI / TGL	HASIL KONSULTASI	PARAF PEMBIMBING
4	21 Agustus 2019.	Konsul Bab 1: Revisi format penulisan belum sesuai, belum rapi, banyak typo.	
5	26 Agustus 2019.	Konsul Bab 1: Revisi pada rumusan masalah, Tujuan studi kasus, Manfaat penelitian	

NO	HARI / TGL	HASIL KONSULTASI	PARAF PEMBIMBING
6	28 Agustus 2019.	Konsul bab 1 : ACC bab 1, lanjut BAB 2.	
7	5 September 2019.	Konsul bab 2 : hasil, menambahkan materi dan instrumen pada bab 2, banyak typo dan penulisan kurang rapi, Lanjut bab 3	

NO	HARI / TGL	HASIL KONSULTASI	PARAF PEMBIMBING
8	9 September 2019.	Konsul bab 1, 2, 3 = Revisi bab 3 pada metode dan kriteria inklusi eksklusif.	
9	16. September 2019.	Konsul bab 1, 2, 3 = hasil acc. (sidang proposal pd tanggal 26 September 2019).	

NO	HARI / TGL	HASIL KONSULTASI	PARAF PEMBIMBING
10	2 oktober 2019.	Konsul Proposal : hasil, revisi kriteria Inklusi dan Ekskusi, menambahkan lembar observasi sesuai saran. (Lanjut konsul ke penguji).	
11	1 November	Konsul proposal = Bab 1,2,3. hasil ACC.	

NO	HARI / TGL	HASIL KONSULTASI	PARAF PEMBIMBING
12	11 Maret 2020.	Konsul arkep Parren 1 : Hasil ACC.	
	17 Maret 2020.	Konsul arkep Parren 2 : ACC.	
	22 Maret 2020.	Konsul bab 4 : Penyusunan rumus Salah, typo, tidak rapi, sesuaikan dengan tujuan khusus.	
	3 April 2020.	Revisi : tambahkan karakteristik responden, Format penulisan Bab 4.	
13	4 April 2020	Konsul Bab 4 : hasil, ACC. lanjut bab 5.	
	7 April 2020	Konsul bab 5 : hasil : revisi isi bab 5, isinya kesimpulan, tambahkan isi.	
	11 Mei 2020.	Konsul bab 5 : Revisi : lihat contoh KTI katak tingkat, sesuaikan.	

NO	HARI / TGL	HASIL KONSULTASI	PARAF PEMBIMBING
14	20 Mar 2020 1 Jun 2020 5 Juni 2020	konsultasi bab 5: hasil: us keampuhan ACC, revisi saran, cek penulisan, cari contoh literatur. konsultasi bab 5: ACC. konsultasi PPT sedang: ACC.	
15	2 Juli 2020 13 Juli 2020 6 Agustus 2020 9 Agustus 2020	KTI 1-5: hasil: Perhitungan rata-rata KTI 1-5: hasil: Format di perbaiki - main buku abstrak. konsultasi Artikel: hasil: perbaikan format kurang rapi. konsultasi Artikel: hasil: ACC.	

ASUHAN KEPERAWATAN
STROKE HAEMORAGIK PADA Ny.P DI RUANG ALAMANDA
RSUD TUGUREJO SEMARANG

PETRI ENGGAR ARDILA
1705007.

PRODI DIII KEPERAWATAN
AKPER WIDYA HUSADA SEMARANG
TANUN 2019

Pengkajian ini dilakukan pada tanggal 6 Maret 2020 Jam: 09:15 di RSUD Tugurejo Semarang

A. Identitas

- Identitas pasien

Nama : Ny. P
alamat : Dawung, Rt. 02/III Kedungpani, Semarang
tanggal lahir : 21 April 1959
usia : 60 tahun
Pendidikan : SLTA
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
agama : Islam
status : Menikah
tanggal masuk : 03-Maret -2020
no. RM : 397176
Dx. Medis : SH (Stroke Hemoragik).

- Identitas Penanggung jawab

Nama : Ny. L
tanggal lahir : 10 Maret 1993
Umur : 26 tahun
alamat : Dawung, Rt. 02/III Kedungpani, Semarang
hubungan : Anak kandung

B. Riwayat Kesehatan

B. Riwayat Kesehatan

1. Alasan masuk Rumah sakit:

Pasien tidak sadarkan diri sejak tadi pagi (03-03-2020).

2. Keluhan Utama:

Tidak Sadar.

3. Riwayat kesehatan Sekarang:

Ny. P dibawa ke IGD RSUD Tugurejo oleh anaknya pada tanggal 3 April 2020 jam 10:00 dengan keluhan pasien sulit dibangunkan dari tidurnya beberapa jam (penurunan kesadaran), dan sebelum itu keluarga mengatakan pasien mulai dengan bicara pelo. Setelah sampai di IGD, pasien dilakukan pemeriksaan GCS, didapatkan hasil GCS: E3, M5, V3, TD: 100/70, S: 37°C, N: 107, RR: 26 x/m, lalu Ny. P dilakukan tindakan pemasangan infus ditangan kanan infus RL 20 tpm dan pemasangan O₂ 3l/menit, lalu Ny. P dipindahkan ke ruang Alameda untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut.

4. Riwayat kesehatan dahulu :

Keluarga pasien mengatakan Ny.P mempunyai riwayat DM, satu minggu yang lalu Ny.P opname di RSUD Tugurejo Semarang diruang Dahlia karena GDSnya naik, dan keluarga mengatakan sekarang GDSnya sudah stabil.

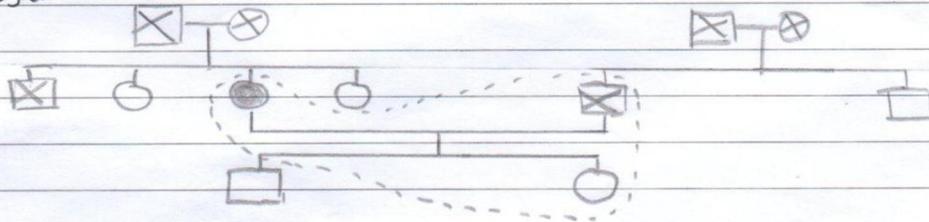
5. Riwayat kesehatan keluarga :

Keluarga pasien mengatakan, keluarga tidak ada yang mempunyai penyakit seperti yang diderita Ny.P.

6. Riwayat alergi :

Keluarga pasien mengatakan Ny.P tidak ada riwayat alergi obat ataupun makanan

7. Gonogram



Keterangan :

- = Laki-laki
- = Perempuan
- ⊗-⊗ = Meninggal
- = Pasien
- = Serumah.

C. Pola Fungsional Gordon

1. Pola persepsi kesehatan :

Keluarga pasien mengatakan, belum mengetahui tentang penyakit yang sebenarnya diderita oleh pasien. Untuk itu pasien dibawa ke RSUD Tugurejo untuk mengetahui penyakit yang sebenarnya diderita oleh pasien.

2. Pola nutrisi metabolik :

Sebelum sakit : Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien di rumah makan

sehari 2-3x porsi habis, makan dengan nasi dan sayur-sayuran dan lauk seperti tahu tempe, dan minum 200-1000 ml/hari

Saat sakit : Pasien terpasang NGT (Sonde 3x/hari, susu 1 gelas tidak habis.

3. Pola eliminasi :

Sebelum sakit : Sebelum sakit pasien BAB 5-7x/hari dengan warna kekuningan dan bau khas, BAB 1x/hari dengan konsistensi lunak berbau khas.

Saat sakit : Selama dirawat di rumah sakit pasien belum BAB, BAK ± 500 ml/hari. Pasien terpasang kateter, BAK berwarna kekuningan

4. Pola aktivitas dan latihan.

Sebelum sakit : Pasien hanya dirumah saja, suka jalan-jalan dikaman sekitar rumahnya

Saat sakit : Pasien selama sakit kegiatannya dibantu, terutama ADL, pasien tampak lemah, pasien dirumah sakit hanya berbaring dikas tempat tidur, dilakukan pengkajian menggunakan skala braden mendapatkan skor 13, yang artinya pasien berisiko sedang mengalami decubitus karena hanya berbaring ditempat tidur.

5. Pola istirahat dan tidur:

Sebelum sakit : Pasien tidur 8-9 jam / hari

Selama sakit : Pasien tidur terus ± 11-12 jam / hari.

6. Pola persepsi sensori dan kognitif:

Saat dirumah : Keluarga mengatakan kurang mengetahui tentang penyebab penyakitnya.

Saat sakit : Keluarga menanyakan apa penyakit yang diderita pasien yang sebenarnya.

Persepsi nyeri : P : Nyeri setiap saat

Q : Cekat - cekat.

R : Kepala

S : 3

T : Hilang timbul.

7. Pola konsep diri :

Pasien mengatakan ingin segera pulang dan berkumpul dengan keluarga dan cucunya

- Citra tubuh : Pasien mengatakan merasa malu dengan keadaannya, karena jalan harus menggunakan alat bantu.

- Identitas diri : Pasien seorang perempuan seorang Ibu dari 2 orang anak dan nenek dari Cucu-cucunya.

- Ideal diri : Pasien berharap dapat beraktivitas seperti sedia kala

- Harga diri : Pasien merasa tidak percaya diri dengan keadaannya.

- peran diri : Pasien seorang Ibu dan nenek.

8. Pola peran dan Hubungan:

Pasien kurang jelas dalam berkomunikasi, anak adalah orang terdekat, karena suami sudah meninggal, anak selalu dimintai bantuan ketika ada masalah dan berunding.

9. Pola seksualitas:

Keluarga pasien mengatakan pasien menikah dan mempunyai 2 anak, tidak ada masalah reproduksi.

10. Pola coping:

Dalam mengambil keputusan pasien selalu berunding dengan keluarganya

11. Peta nilai dan kepenyagaan:

Keluarga mempunyai keyakinan setiap penyakit ada obatnya dan Allah akan memberikan kesembuhan

D. Pemeriksaan Fisik.

1. Keadaan Umum: Cukup baik

2. Pemeriksaan motorik:

Klien mengalami gangguan keseimbangan, dan kesulitan berjalan, ekstremitas bawah pasien lemah

Kekuatan otot:

4	5
2	2

GCS = E₃ M₅ V₃

3. TTV =

TD: 125/80

RR: 20x/m.

S: 37°C

4. Pemeriksaan Head to toe

a. Kepala: Kepala mesocephal, rambut berwarna hitam ada uban, terdapat ketombe

b. Leher: tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran kelenjar thyroid

c. Mata: Isokor, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, kelopak mata tampak sayup

d. Telinga: kanan dan kiri simetris, tidak ada nyeri tekan, sedikit serumen

e. Hidung: tidak ada polip, hidung simetris, tidak ada nyeri tekan, ada sedikit serumen

f. Mulut: Mulut tampak sedikit kekeringan, gigi berwarna kuning.

g. Jantung: Inspeksi: tidak tampak letus cordis

Palpasi: tidak ada nyeri tekan

perkusi: pekak

Auskultasi: terdengar bunyi S₁ dan S₂

h. Paru-paru: Inspeksi: pengembangan dada kanan dan kiri sama

palpasi: tidak ada nyeri tekan

perkusi: sonor

Auskultasi: krepitan.

i. Abdomen: Inspeksi: bentuk simetris

Auskultasi: terdengar bising usus 13x/m

perkusi: timpan.

Palpasi: tidak ada nyeri tekan

j. Genitalia: Genitalia tampak bersih, terpasang kateter, dan memakai pempek

k. Ekstremitas: Terpasang infus RL pada tangan kanan, ekstremitas bawah lemah

i. Kulit: kulit berwarna kuning langsat, turgor kulit baik

5. Pemeriksaan 12 Saraf Kranial

- a. Nervus 1 (Olfaktori) : Normal, pasien tidak mengalami perubahan menghirup
membau
- b. Nervus 2 (Optikus) : Normal, penglihatan pasien baik.
- c. Nervus 3, 4, 6 (okulomotorik, troklearis, abduksen) : Refleks pergerakan pupil baik
- d. Nervus 5 (Trigeminus) : Normal, menggerakkan mulutnya setelah mendapat rangsangan
- e. Nervus 7 (Fasialis) : Indra perasa normal
- f. Nervus 8 (Vestibulokoklearis) : Pandangan baik, keseimbangan kurang.
- g. Nervus 9 (Glosoparingeal) : Refleks normal
- h. Nervus 10 (Vagus) : Pasien tidak ada kesulitan dalam menelan.
- i. Nervus 11 (Aksesorius) : Kepala mampu menahan tekanan
- j. Nervus 12 (Hipoglosus) : Pasien dapat mengarahkan lidah ke segala arah.

E. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
Hematologi EDTA			
Lekosit	H 11.07		3.6 - 11
Eritrosit	L 3.17		3.8 - 5.2
Hemoglobin	L 9.10		11.7 - 15.5
Hematokrit	L 26.20		
Trombosit	H 732		
Kimia Klinik			
SGOT	11		
SGPT	19		
Ureum	35.0		
Creatinin	H 1.44		
Kalium	4.47		
Natrium	L 133.4		
Clorida	L 94.5		

2. Hasil CT SCAN

Tampak lesi hiperdens kecil (CT number 56 HU) vol \pm 0.2 ml

Kesan :

- Pontine hemorrhage kecil (vol. \pm 0.2 ml)
- Infark lakuner lama pada corona radiata kiri, nucleus lentiformis kiri dan crus anterior capsula interna kiri
- Tak tampak tanda peningkatan intra kranial

3. Terapi obat

- Infus RL 20 tetes
- Pragesol 3gr
- Citicolin 500gr
- Injeksi pracetamol 4 x 3 amp.
- Injeksi Vit B12 2 x 1 amp.
- PCT 3 x 500
- Penisilin.

F. Analisa Data

NO	Data Fokus	Problem	etologi
1.	<p>Ds : Pasien mengatakan pusing, sakit kepala terus cekot-cekot.</p> <p>Do : TD = 125/80 RR = 26x/m S : 37°C</p> <p>Pemeriksaan CT SCAN tanggal 3 April 2020</p> <p>Kesan : - Pontine hemorrhage kecil (vol ± 0,2 ml) - Tak tampak tanda-tanda peningkatan intra kranial</p>	<p>Gangguan Perfusi jaringan otak</p>	<p>penyakit neurologis</p>
2.	<p>Ds : Keluarga pasien mengatakan pasien hanya terbaring di tempat tidur (bedrest)</p> <p>Do : Pasien tampak terbaring ditempat tidur dan lemah, hanya bisa beraktivitas ditempat tidur, kelemahan pada ekstremitas bawah.</p>	<p>Gangguan mobilitas Fisik</p>	<p>Gangguan Neuromuskuler, Kelemahan.</p>
3.	<p>Ds : Keluarga mengatakan pasien setiap hari memakai popok.</p> <p>Do : Pasien tampak terbaring di tempat tidur, pasien memakai popok, bokong pasien berwarna merah, terdapat kulit hangat, dan lembab, eritema jika ditekan tidak cepat pulih</p>	<p>Gangguan Integritas kulit</p>	<p>Luka tekan</p>

G. Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan Perfusi jaringan berhubungan dengan penyakit neurologis
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, kelemahan
3. Gangguan Integritas kulit berhubungan dengan luka tekan mekanik & tekanan

H. Intervensi

Tanggal	No Dx	Tujuan dan KH	Intervensi	Rasional	ttid
6 Maret 2020	1	Setelah dilakukan tindakan KEP. 3x24 jam gangguan perfusi jaringan tidak teratasi dengan KH: - TTV dalam batas normal - Tingkat kesadaran membaik - Tidak ada tanda-tanda PTIK	1. Kaji tingkat kesadaran pasien 2. Monitor TTV pasien 3. Monitor adanya tanda-tanda PTIK 4. Berikan obat sesuai dengan advis dokter	1. Mengetahui keadaan umum pasien. 2. TTV dalam batas normal menunjukkan perbaikan kondisi 3. Mengetahui keadaan umum pasien 4. Dapat digunakan untuk mencegah perdarahan serta memperbaiki aliran darah serebral.	<u>di</u>
6 Maret 2020	2	Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam diharapkan pasien tidak mengalami gangguan mobilitas ditempat tidur dengan KH: - Nilai kekuatan otot meningkat	1. Monitor TTV 2. Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi 3. Kaji kekuatan otot 4. latih ROM pasif	1. TTV menunjukkan perubahan nutrisi 2. Mengetahui kemampuan mobilisasi pasien 3. Mengetahui kekuatan otot pasien. 4. ROM pasif dapat mencegah kekakuan otot	<u>di</u>
6 Maret 2020	3	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan Integritas kulit pasien teratasi dengan KH - Menunjukkan regenerasi jaringan - Menunjukkan penyembuhan dekubitus.	1. Observasi keadaan luka, warna, dan kondisi sekitar luka. 2. Pantau tanda-tanda vital dan perhatikan adanya demam 3. Identifikasi drapad pertambahan luka tekan 4. kolaborasi: beri antibiotik 5. Ath baring /2 jam 6. kaji dengan skala braden	1. Untuk mengetahui keadaan luka. 2. Demam mengidentifikasi kan adanya infeksi 3. Mengetahui tingkat keparahan luka. 4. Mencegah infeksi 5. Ath baring /2 jam dapat mencegah terjadinya keparahan luka. 6. kaji dengan skala braden	<u>di</u>

i. Implementasi

Tanggal	NOx	Implementasi	Respon	Ttd.
7 Maret 2020	1.	Mengkaji tingkat kesadaran pasien	DS: - DO: Penurunan kesadaran GCS: E3M5V3	<u>dilo</u>
		2. Memonitor TVU pasien	DS: - DO: TD = 130/80 RR = 27 x/m, S = 37,2°C	
		3. Memonitor adanya tanda-tanda sirk	DS: - DO: Pasien mengalami penurunan kesadaran, mengalami kesulitan bicara.	
	2.	1. Memonitor TVU pasien	DS: - DO: TD = 130/80 RR = 27 x/m, S = 37,2°C	<u>fa</u>
		2. Mengkaji kemampuan mobilisasi pasien	DS: - DO: Pasien dalam mobilisasi di tempat tidur masih butuh bantuan	
		3. Mengkaji kekuatan otot	DS: - DO: Kaki pasien sangat lemah, tidak bisa berjalan.	
		4. Melihat ROM pasif.	DS: - DO: Klien lemah.	
	3.	1. Mengobservasi keadaan luka pasien	DS: - DO: Luka dibagian bokong berwarna merah, kulit hangat dan lembab	<u>dilo</u>
		2. Memantau tanda-tanda vital	DS: - DO: TD = 130/80 RR = 27 x/m, S = 37,2°C	
		3. Mengidentifikasi derajat luka	DS: - DO: Luka derajat I & Merah masih utuh.	
		4. Kolaaborasi pemberian obat	DS: - DO: Injeksi penisilin.	
		5. Mengubah posisi pasien	DS: - DO: Posisi lateral	
		6. Mengkaji pasien dengan menggunakan skala braden.	DS: - DO: Didapatkan hasil skor skala braden = 13. Pasien mengalami resiko sedang decubitus	

8 Maret 2020	1.	1. Mengkaji tingkat kesadaran pasien	DS :- Do : keadaan pasien cukup baik. <i>ds ds ds</i> ECS = G ₃ , M ₅ , V ₃ .	
		2. Memonitor TTV pasien	DS :- Do : TD : 128 / 90 RR : 26 / m <i>dile</i> S : 37 %.	
		3. Memonitor adanya tanda-tanda PRK	DS :- Do : keadaan pasien cukup membaik, kesulitan dlm bicara.	
		4. Pemberian obat sesuai terapi	DS :- Do : Injeksi IV, piracetam, pargamol, citicolin, vit B12	
	2.	1. Memonitor TTV pasien	DS :- Do : TD : 128 / 90 RR : 26 / m S : 37 %.	
		2. Mengkaji kemampuan mobilisasi	DS :- Do : pasien dalam mobilisasi <i>dile</i> ditempat tidur masih butuh bantuan.	
		3. Mengkaji kekuatan otot	DS :- Do : kaki pasien sangat lemah.	
		4. Melatih ROM PAA	DS :- Do : kaki pasien masih lemah	
	3.	1. Mengobservasi keadaan luka	DS :- Do : luka dibagian bokong, kemerahan sudah sedikit berkurang	
		2. Mengidentifikasi drapad luka	DS :- Do : luka drapad I: merah, kulit masih putih. <i>dile</i>	
		3. Kolaborasi pemberian obat	DS :- Do : Injeksi IV anti biotik	
		4. Mengubah posisi pasien	DS :- Do : posisi lateral	

9 Maret 2020	1.	1. Mengekaji kesadaran pasien	Do: kesadaran pasien baik GCS: E4 M6 V5	dile
		2. Monitor TVR pasien	Do: TD: 120/70 RR = 25x/m, S: 37°C	
		3. Pemberian obat sesuai terapi	Do: Injeksi IV, Progesol, pracetamol, acetamin, Vit B12.	
	2.	1. Memonitor TVR pasien	Do: TD: 120/70, RR, 25x/m, S = 37°C	dile
		2. Mengekaji kemampuan mobilisasi	Do: Pasien dalam mobilisasi masih butuh bantuan.	
		3. Mengekaji kekuatan otot	Do: kaki pasien masih lemah	
		4. Melatih ROM pasif	Do: kaki pasien masih lemah	
	3.	1. Mengobservasi keadaan luka	Do: Luka dibagian bokong, kulit sudah tidak lembat (cracking lembat), kemerahan pada kulit berkurang.	dile
		2. Mengidentifikasi drajad luka.	Do: Luka drajad I, merah, kulit masih utuh	
		3. Kolaborasi pemberian obat	Do: Injeksi IV antibiotik.	
		4. Mengubah posisi pasien setiap 2 jam	Do: Posisi lateral	
		5. Mengekaji pasien dengan menggunakan skala braden	Do: Hasil pengkajian menggunakan skala braden dengan skor 18 yang berarti resiko rendah decubitus.	

J. Evaluasi.

Tanggal	No Dx	Evaluasi	Ttd.
7 Maret 2020	1.	<p>S: -</p> <p>O: Pasien tampak lemah, pasien mengalami penurunan kesadaran, GCS: E₃, M₅, V₃ TTV: TD: 130/80 RR: 27 x/m, S: 37,2°C.</p> <p>A: Gangguan perfusi jaringan otak belum teratasi.</p> <p>P: Lanjut Intervensi: 1. Mengkaji tingkat kesadaran 2. Monitor TTV 3. Monitor RR/K 4. Pembatasan terapi obat.</p>	dile
	2.	<p>S: -</p> <p>O: Pasien terlihat lemah, terbaring di tempat tidur, imobilisasi di tempat tidur butuh bantuan, kebutuhan pasien dibantu oleh anak dan perawatnya, kaki pasien lemah tidak bisa bergeser, TTV: TD: 130/80, RR: 27 x/m, S: 37,2°C</p> <p>A: Gangguan mobilitas fisik belum teratasi.</p> <p>P: Lanjut Intervensi: Monitor TTV, mengkaji kemampuan mobilisasi, mengkaji kekuatan otot, latih ROM passif.</p>	dile
	3.	<p>S: -</p> <p>O: Pasien terdapat luka pada bagian bokong, (kulit berwarna merah, hangat, dan lembab) luka derajat I, luka masih utuh. Skala pengkajian skala braden 13 (resiko sedang dekubitus).</p> <p>A: Kerusakan integritas kulit belum teratasi.</p> <p>P: Lanjut Intervensi: Mengobservasi luka, mengidentifikasi pikasi derajat luka, pemberian antibiotik, alih baring setiap 2 jam.</p>	dile

8 Maret 2020	1.	S:-	O: Keadaan pasien terlihat cukup baik, GCS = E3, M5, V3. Pasien mengatakan kepalanya pusing. TTV: TD: 120/90, RR: 20x/m, S: 37°C.	<u>dilo</u>
		A: Gangguan perfusi jaringan otak belum teratasi		
		P: Lanjut Intervensi: Monitor TTV, Mengkaji kesadaran, pemberian terapi obat.		
	2.	S:-	O: Pasien masih terlihat lemah, terbeming ditempat tidur, mobilisasi pasien dibantu oleh keluarga.	<u>dilo</u>
		A: Gangguan mobilitas Fisik belum teratasi		
		P: Lanjut Intervensi: Monitor TTV, mengkaji kemampuan mobilisasi, kaji kekuatan otot, latih ROM Pasif.		
	3.	S:-	O: kemerahan pada bokong pasien berkurang, luka draged 1: merah, kulit masih utuh	<u>dilo</u>
		A: Kerusakan integritas kulit teratasi sebagian		
		P: Lanjut Intervensi: Observasi keadaan luka, identifikasi draged luka, kolaborasi pemberian antibiotik.		
9 Maret 2020	1.	S:-	O: Keadaan pasien membaik, GCS: E4, M6, V5, pasien mengatakan kepalanya pusing. TTV: TD: 120/70 RR: 20x/m, S: 37°C	<u>dilo</u>
		A: Gangguan perfusi jaringan otak belum teratasi		

P: Lanjut Intervensi : Alih baring / 2 jam.
Monitor TTV, terapi pemberian obat.

2. S: -

O: Mobilitasi pasien masih dibantu keluarga, kaki pasien masih lemah

A: ~~gangguan~~ mobilitas ~~pasien~~ belum teratasi

P: Lanjut Intervensi :
kegiatan kekuatan otot, Latihan ROM pasif.

3. S: -

O: kemerahan pada bokong pasien sudah semakin berkurang, kulit kadang lembab, namun tidak terlalu lembab, hasil pengkajian skala braden dengan skor 10 yang berarti resiko rendah dekubitus.

A: kerusakan integritas kulit teratasi sebagian

P: Hentikan intervensi.

dile

dile

ASUHAN KEPERAWATAN
STROKE HAEMORAGIK PADA Tn.A DI RUANG ALAMANDA
RSUD TUGUREJO SEMARANG

DETRI ENGGAR ARDILA
1705007.

PRODI DIII KEPERAWATAN
AKPER KIDYA HUSADA SEMARANG
TAHUN 2019.

Pengkajian ini dilakukan pada tanggal 10 Maret 2020 Jam 10:00 di Ruang Alamanda RSUD Tugurejo Semarang

A. Identitas

- Identitas Pasien

Nama : Tn. A
Alamat : Tambora Purwogonda Rt 01/V Dadapsari Semarang
Tanggal lahir : 19 Februari 1959
Usia : 61 tahun
Pendidikan : SLTA
Pekerjaan : Swasta
Agama : Islam
Status : Menikah
Tanggal masuk : 09 Maret 2020
No Rm : 596054
Dr. Medis : SH

- Identitas Peranggung jawab

Nama : Ny. T
Tanggal lahir : 05 Agustus 1963
Usia : 56 tahun
Alamat : Tambora Purwogonda Rt 01/V Dadapsari Semarang
Hubungan : Istri

B. Riwayat Kesehatan

1. Alasan masuk Rumah sakit :

Pasien mengalami lemah anggota gerak kiri

2. Keluhan Utama :

Lemah anggota gerak kiri

3. Riwayat kesehatan sekarang :

Tn. A dibawa ke IGD RSUD Tugurejo oleh anaknya dengan menggunakan ambulan hebat pada tanggal 09 Maret 2020 Jam 13:00 dengan keluhan pasien mengalami lemah anggota gerak sebelah kiri dari pagi Jam 11:00. Keluarga pasien mengatakan pasien muntah ± 4x, dan bicaranya pasien pelo. Pasien mengatakan pusing. Setelah sampainya di IGD pasien dibakukan pemeriksaan ekstremitas, didapatkan hasil motoriknya $\frac{5}{5}$, TD: 130/90, S: 36,6 °C RR: 25x/m, kemudian pasien dipasang infus RL 20 tpm ditangan kiri, dan diberikan terapi O₂ 3 l/m. Kemudian pasien dipindahkan ke ruang Alamanda untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut, dengan hasil GCS E₄ M₆ V₅.

4. Pola aktivitas dan latihan:

Sebelum sakit: Sebelum sakit pasien sehari-harinya kerja di salah satu pabrik di Semarang

Saat sakit: Pasien selama sakit hanya di atas tempat tidur, bedrest, ADL dibantu oleh keluarga. Dilakukan pengkajian menggunakan skala bruden mendapatkan skor total 13, yang artinya pasien mengalami resiko sedang akibatnya karena bedrest.

5. Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit: Pasien tidur 7-8 jam/hari

Saat sakit: Pasien tidur terus, \pm 13-18 jam/hari

6. Pola persepsi dan kognitif.

Saat dirumah: keluarga mengatakan kurang mengetahui tentang penyebab penyakit.

Saat sakit: keluarga menanyakan penyebab penyakit pada perawat.

7. Pola konsep diri:

Pasien mengatakan ingin segera pulang kerumah dan berkumpul dengan keluarga dan bisa bekerja lagi.

- Citra tubuh: Pasien mengatakan tidak merasa malu dengan keadaannya sekarang.

- Identitas diri: Pasien seorang laki-laki seorang kepala rumah tangga, suami, dan bapak dari 4 anaknya.

- Ideal diri: Pasien berharap bisa beraktivitas seperti sedia kala dan bisa bekerja lagi

- Harga diri: Pasien selalu percaya diri dengan dirinya sendiri walaupun dengan keadaan seperti sekarang, karena pasien yakin akan sehat kembali.

- Peran diri: Pasien sebagai kepala rumah tangga, suami, dan bapak.

8. Pola peran dan hubungan:

Pasien kurang jelas dalam berkomunikasi, istri adalah orang terdekatnya, keluarga selalu diminta bantuan ketika ada masalah.

9. Pola seksualitas:

Keluarga pasien mengatakan, pasien tidak ada masalah seksualitasnya, pasien mempunyai 4 anak

10. Pola coping:

Dalam mengambil keputusan pasien selalu berunding dengan istri dan anaknya

11. Pola nilai dan kepercayaan:

Keluarga mengatakan bahwa Allah pasti akan memberikan kesembuhan pada pasien

D. Pemeriksaan Fisik.

1. Keadaan umum : baik, Composotus

2. Pemeriksaan motorik :

Klien mengalami kelemahan anggota gerak kiri $\frac{5/2}{5/1}$ GCS: E₄ M₆ V₅.

3. TTV

TD : 129/70

RR : 27 x/m.

S : 36,2 °C

4. Pemeriksaan Head to toe

- a. Kepala : Kepala mesocephal, rambut berwarna hitam ada uban
- b. Leher : tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.
- c. Mata : pupil isokor, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik.
- d. Telinga : kornea kiri simetris, pendengaran baik, ada sedikit serumen.
- e. Hidung : tidak ada polip hidung, simetris, tidak ada nyeri tekan.
- f. Mulut : Mulut tampak sedikit kotor.
- g. Jantung : Inspeksi : tidak tampak letus cordis
Palpasi : tidak ada nyeri tekan
Perkusi : pekak
Auskultasi : terdengar bunyi S₁, S₂
- h. Paru-paru : Inspeksi : Pengepungan dada kanan, kiri sama
Palpasi : tidak ada nyeri tekan
Perkusi : sonor
Auskultasi : Vesikuler.
- i. Abdomen : Inspeksi : Bentuk simetris
Auskultasi : terdengar bisung usus 14 x/m
Perkusi : timpani
Palpasi : tidak ada nyeri tekan
- j. Genitalia : Genitalia tampak bersih, memakai pembers.
- k. Ekstremitas : Terpasang infus RL di tangan kiri, anggota gerak kiri lemah.
- l. Kulit : Kulit berwarna kuning langsat, turgor kulit baik.

5. Pemeriksaan 12 saraf kranial

- a. Nervus 1 (olfaktori) : Normal, pasien tidak mengalami perubahan menghirup dan membau
- b. Nervus 2 (optikus) : Normal, pasien tidak ketajaman penglihatan baik.
- c. Nervus 3, 4, 6 (okulomotor, troklearis, abduksen) : Reflek pergerakan pupil normal
- d. Nervus 5 (Trigeminus) : Normal, pasien menggerakkan mulutnya setelah mendapat rangsangan.
- e. Nervus 7 (facialis) : Indra perasa normal,
- f. Nervus 8 (vestibulokoklearis) : Pendengaran baik, keseimbangan kurang.
- g. Nervus 9 (glossofaringeal) : Reflek normal

10. Nervus 10 (vagus) : pasien tidak ada kesulitan dalam menelan
11. Nervus 11 (asesorius): kepala mampu melawan tahanan
12. Nervus 12 (hipoglossus): pasien dapat mengarahkan lidah kesegala arah.

B. Pemeriksaan penunjang

1. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
Hematologi			
Lekosit	10.45		36 - 11
Eritrosit	5.11		3.8 - 5.2
Hemoglobin	15.20		11.7 - 15.5
Hematokrit	44.10		
Trombosit	260		
Kimia Klinik			
GDS	144		
Ureum	29.0		
Creatinin	1.02		
Kalium	2.60		
Natrium	138.0		
Chlorida	99.6		

2. Hasil CT SCAN

Tampak lesi hiperdens pada thalamus kanan (Vol ± 19.9 ml) dengan perivokal edema yang ruptur ke intraventrikel lateral kanan.

kesan:

Thalamic hemorrhage kanan (Vol ± 19.9 ml)

3. Terapi obat

- Insus RL (20tem).
- Mentol 4 x 125 (IV)
- Citicolin 2 x 250 (IV)
- Amlodipen 1 x 10 (PO)
- Candesartan 1 x 16 (PO)
- Betta 5m 3 x 1 (PO)
- Paracetamol 3 x 1 (PO)

F. Analisa Data

No	Data Fokus	Problem	Etiologi
1.	<p>Ds: Pasien mengatakan, bahwa pasien tidak boleh duduk, karena kepalanya yg pusing.</p> <p>Do: TD: 129/70 S: 36,2°C RR: 27x/m.</p> <p>Hasil CT SCAN Kesan: Thalamic hemorrhage kanan (Vol 19g)</p>	<p>Gangguan Perfusi jaringan otak</p>	<p>Penyakit neurologis</p>
2.	<p>Ds: Keluarga pasien mengatakan pasien memakai popok dan dibagian bokong belakang pasien kulit berwarna merah.</p> <p>Do: terlihat pasien memakai popok. kulit terasa hangat, dan lembat, warna kulit merah, terlihat pasien sesekali menggaruk-garuk</p>	<p>Gangguan Integritas kulit</p>	<p>luka tekan.</p>
3.	<p>Ds: Pasien mengatakan pasien tidak boleh duduk dan turun dari tempat tidur karena sangat pusing, dan anggota gerak kiri lemah</p> <p>Do: Pasien terlihat hanya berbaring ditempat tidur, aktivitas pasien diatas tempat tidur.</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik</p>	<p>Gangguan neuromuskuler, kelemahan</p>

G. Diagnosa Keperawatan.

1. Gangguan perfusi jaringan otak berhubungan dengan penyakit neurologis.
2. Gangguan Integritas kulit berhubungan dengan luka tekan.
3. Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, kelemahan

7. Intervensi

Tanggal	Dx	Tujuan Khusus	Intervensi	Rasional	Ttd.
10 Maret 2020	1	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan gangguan perfusi jaringan otak teratasi, dengan KH:</p> <ul style="list-style-type: none"> -TTV dalam batas normal -Tingkat kesadaran baik -Tidak ada tanda-tanda PTIK 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji tingkat kesadaran 2. Monitor TTV pasien 3. Monitor adanya tanda-tanda PTIK 4. Berikan obat sesuai dengan advis dokter. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui tingkat kesadaran. 2. TTV dalam batas normal menunjukkan perbaikan 3. Mengetahui kondisi pasien. 4. Obat digunakan untuk mengagih perdarahan serta memperbaiki aliran darah serebral 	
	2	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan integritas kulit baik, dengan KH:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Gangguan integritas kulit dan membran baik-utuh. -Regenerasi sel jaringan baik -Perfusi jaringan baik. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi drayad luka 2. Jelaskan pd klien bahwa pemeliharaan alat yang dapat menyebabkan kerusakan kulit. 3. Ubah posisi tidur setiap 2 jam sekali 4. Jaga kebersihan kulit dan alat bantu klien tetap bersih 5. Kaji dengan skala braden 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dapat membedakan jenis perawatan luka 2. Alat yang dapat merusak kanulasi jaringan kulit harus dihindari 3. Mencegah terjadinya ulkus pada bagian tertentu. 4. Lisutan yang ada dapat menyebabkan luka. 5. Mengetahui tingkat resiko dekubitus. 	
	3	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan klien mampu menggerakkan tangan dan kaki secara mandiri, dengan KH:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mempertahankan kekuatan tubuh secara optimal -Mempertahankan integritas kulit. -Mempertahankan kekuatan. -Kebutuhan ADL terpenuhi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji kemampuan motorik 2. Ajarkan ROM pasif. 3. Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi 4. Bantu pemenuhan ADL pasien. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kebutuhan otot 2. Agar otot tidak kaku. 3. Mengetahui kemampuan mobilisasi pasien. 4. Mengurangi resiko jatuh. 	

j. Implementasi

Tanggal	Dx	Implementasi	Respon	Ttd.
11 Maret 2020.	1	1. Mengkaji tingkat kesadaran pasien	Ds: - Do: Kesadaran pasien baik, ECS = E4 N ₆ V ₅ .	
		2. Memonitor TVU pasien	Ds: - Do: TD: 125/80, RR: 20x/m, S: 37,0°C	
		3. Memonitor adanya tanda-tanda DTK	Ds: - Do: Pasien bicarannya tidak jelas, lanah anggota gerak kiri	dada
		4. Memberikan terapi obat	Ds: - Do: Mevitol 4 x 125 (iv), Citicolin 2 x 250, ampelidipin, Paracetamol, Betahsin	
	2.	1. Mengidentifikasi drapad luka	Ds: - Do: Luka pasien drapad 1, kulit merah, hangat.	
		2. Menjelaskan pada klien tentang bahaya pemakaian alat yang dapat menyebabkan kerusakan integritas kulit	Ds: - Do: Pasien mendengarkan dengan baik.	dada
		3. Mengubah posisi tidur setiap 2 jam	Ds: - Do: Posisi lateral.	
		4. Menjaga kebersihan kulit pasien	Ds: - Do: Pasien terlihat bersih	
		5. Mengkaji dengan skala braden	Ds: - Do: Skor skala braden 13 yang artinya resiko sedang deubitus.	
	3.	1. Mengkaji kemampuan motorik	Ds: - Do: Motorik $\frac{5/2}{5/1}$	
		2. Mengajarkan ROM Pasif	Ds: - Do: Anggota gerak kiri lemah.	
		3. Mengkaji kemampuan mobilisasi	Ds: - Do: Pasien mobilisasi perlu bantuan.	

12 Maret 2020	1.	1. Mengkaji tingkat kesadaran pasien	Ds: - Do: kesadaran pasien baik	<u>ditlo</u>
		2. Monitor TV	Ds: - Do: 125/90 RR: 24x/m S: 37 °C	
		3. Memonitor adanya tanda-tanda PTIK	Ds: - Do: Pasien lemah anggota gerak kiri dan bicekura tidak jelas	
		4. Memberikan terapi obat	Ds: - Do: - Menito (IV), Citracolin (IV), Amplatipin (PO), Paracetamol (PO).	
	2.	1. Mengidentifikasi derajat luka	Ds: - Do: Luka derajat I.	<u>ditlo</u>
		2. Mengubah posisi tidur setiap 2 jam	Ds: - Do: posisi lateral	
		3. Menjaga kebersihan kulit pasien	Ds: - Do: kulit pasien bersih	
	3.	1. Mengkaji kemampuan motorik	Ds: - Do: motorik $\frac{5}{3}$ $\frac{1}{1}$	<u>ditlo</u>
		2. Mengajarkan ROM pasif	Ds: - Do: Anggota gerak kiri pasien lemah.	
		3. Mengkaji kemampuan mobilisasi	Ds: - Do: Mobilisasi pasien diatas tempat tidur masih dibantu.	
13 Maret 2020	1.	1. Mengkaji tingkat kesadaran pasien	Ds: - Do: kesadaran pasien baik	<u>ditlo</u>
		2. Monitor tanda-tanda vital	Ds: - Do: 125/80 RR: 22x/m S: 37,2 °C	
		3. Monitor adanya tanda-tanda PTIK	Ds: - Do: pasien lemah anggota gerak sebelah kiri	

			4. Memberikan terapi obat	Ds: - Do: Nefitol (IV), Citicolin (IV), Amproclipin (Po), Paracetamol (Po).	
	2.	1. Mengidentifikasi: derajat luka		Ds: - Do: luka derajat I	
		2. Mengubah posisi tidur setiap 2 jam		Ds: - Do: posisi lateral.	
		3. Menjaga kebersihan pasien		Ds: - Do: pasien terlibat bersih	<u>ditu</u>
		4. Mengkaji pasien dengan skala braden		Ds: - Do: didapatkan skor hasil pengkajian skala braden 16, yang berarti resiko rendah.	
	3.	1. Mengkaji kemampuan motorik		Ds: - Do: Motorik $\frac{5/2}{5/1}$	<u>ditu</u>
		2. Mengajarkan ROM pasif		Do: Pasien masih lemah anggota gerak kiri	

3 Evaluasi

Tanggal	Ox	Evaluasi	Ttd.
11 Maret 2020	1.	<p>S: Pasien mengatakan bahwa kepalanya pusing, pasien mengatakan bahwa tidak boleh duduk, tidak boleh turun dari tempat tidur.</p> <p>O: Kesadaran pasien baik, GCS = E4, M6, V6 TD : 125/80 RR : 28 x/m S : 37,0°C</p> <p>A: Gangguan perfusi jaringan otak belum teratasi</p> <p>P: Lanjut intervensi: keji tingkat kesadaran, Monitor TTV, Monitor tanda-tanda vital, terapi obat (morfin, citicodin, Amlodipin, Condesantan, Betahsin, Paracetamol.</p>	
	2.	<p>S: Keluarga pasien mengatakan dibagian bokong belakang kulitya berwarna merah</p> <p>O: dibagian bokong pasien kulitya merah, kulitya hangas dan lembab, luka derajat I, pasien ganti posisi setiap 2 jam, skor Pangajian skala braden meningkat yaitu (3 (resiko sedang decubitus.)</p> <p>A: Kerusakan integritas kulit belum teratasi</p> <p>P: Lanjut intervensi - Identifikasi derajat luka, - Ubah posisi setiap 2 jam. - jaga kebersihan pasien.</p>	
	3.	<p>S: Pasien mengatakan lemah anggota gerak sebelah kiri</p> <p>O: Pasien lemah anggota gerak sebelah kiri, terlihat aktivitas pasien dibantu keluarga, motorik $\frac{5}{2}$ $\frac{5}{1}$</p>	

			<p>A: Hambatan mobilitas pasien belum teratasi</p> <p>P: Lanjut Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaji kemampuan motorik - Ajarkan Pom pasif - Kaji kemampuan mobilisasi 	
12 Maret 2020	4.	<p>S: Pasien mengatakan bahwa kepalanya kadang tiba-tiba pusing.</p> <p>O: Kesadaran pasien baik, pasien lemah anggota gerak kiri, baringnya tidak jelas</p> <p>TD: 125/90 RR: 24x/m</p> <p>S: 37°C.</p> <p>A: Gangguan perfusi jaringan otak belum teratasi</p> <p>P: Lanjut Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaji tingkat kesadaran - Monitor TV - Lanjut terapi obat. 		
	2.	<p>S:-</p> <p>O: Pada bagian bokong pasien kulit masih berwarna merah, kulit hangat kelembaban berku rang, pasien ganti posisi setiap 2 jam.</p> <p>A: Kerusakan integritas kulit teratasi sebagian.</p> <p>P: Lanjut Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lentifikasi drajot luka - ubah posisi setiap 2 jam 		
	3.	<p>S: Pasien mengatakan lemah anggota gerak kiri</p> <p>O: Anggota gerak kiri pasien masih lemah, aktivitas pasien dibantu oleh keluarga, motorik</p> <p>$\frac{5/2}{5/1}$</p> <p>A: Hambatan mobilitas belum teratasi</p>		

			P: Lanjut intervensi: kaji kemampuan motorik, mengajarkan ROM pasif.	
13 Maret 2020	1	<p>S: Pasien mengatakan kedingan masih pusing</p> <p>O: kesadaran pasien baik, pasien lemah anggota gerak kiri, T_o: 125/80, RR: 22x/m S: 37,2</p> <p>A: Gangguan perfusi jaringan otak belum teratasi.</p> <p>P: Lanjut intervensi: Monitor TV, Lanjut terapi obat.</p>		<u>dit</u>
	2.	<p>S: -</p> <p>O: Pada bagian bokong pasien kulit merahnya semakin memucal, sudah tidak terlalu lembab, (kedingan lembab kedingan tidak), didapatkan hasil pengkajian skala Braden, skor total 16 yang berarti pasien mengalami resiko rendah decubitus.</p> <p>A: Ketahanan integritas kulit teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjut intervensi: - kaji drapad luka - ubah posisi setiap 2 jam.</p>		<u>dit</u>
	3.	<p>S: Pasien mengatakan lemah anggota gerak kiri</p> <p>O: Anggota gerak kiri pasien masih lemah, aktivitas pasien masih dibantu, motorik $\frac{5}{2}$ $\frac{5}{1}$</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjut intervensi - kaji kemampuan motorik - Ajarkan ROM pasif.</p>		<u>dit</u>