

**APLIKASI MATRAS ANTI DEKUBITUS DAN REPOSISI MIRING 30
DERAJAT PADA TN. R DENGAN GANGGUAN INTEGRITAS KULIT
AKIBAT STROKE HEMORAGIK**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Salah Satu Persyaratan Mencapai
Gelar Ahli Madya Keperawatan Pada Prodi D3 Keperawatan



Disusun Oleh :

Istika Mukaromah

NPM : 15.0601.0059

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG

2018

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah

**APLIKASI MATRAS ANTI DEKUBITUS DAN REPOSISI MIRING 30
DERAJAT PADA TN. R DENGAN GANGGUAN INTEGRITAS KULIT
AKIBAT STROKE HEMORAGIK**

Telah direvisi dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji KTI
Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Magelang

Magelang 25 Agustus 2018

Pembimbing I



Ns. Sodik Kamal, S.Kep., M.Sc

NIK. 108006063

Pembimbing II

A blue ink signature of the second supervisor, Ns. Robiul Fitri Masithoh.

Ns. Robiul Fitri Masithoh., M.Kep

NIK. 118306083

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah

**APLIKASI MATRAS ANTI DEKUBITUS DAN REPOSISI MIRING 30
DERAJAT PADA TN. R DENGAN GANGGUAN INTEGRITAS KULIT
AKIBAT STROKE HEMORAGIK**

Disusun Oleh:

Nama: Istika Mukaromah

NPM: 15.0601.0059

Telah dipertahankan di depan penguji pada tanggal 25 Agustus 2018

Susunan Penguji:

Penguji I:

Ns. Reni Mareta, M.Kep.

NIK. 207708165

Penguji II:

Ns. Sodik Kamal, S.Kep, M.Sc

NIK. 108006063

Penguji III:

Ns. Robiul Fitri Masithoh, M.Kep

NIK. 118306083

Magelang 25 Agustus 2018

Program Studi D3 Keperawatan

Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Magelang

Dekan,

Puguh Widiyanto, S.Kp., M.Kep

NIK. 947308063

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum wr.wb

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad, taufik, dan hidayahnya kepada kita semua sehingga penulis dapat menyelesaikan Proposal Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ APLIKASI MATRAS ANTI DEKUBITUS DAN REPOSISI MIRING 30 DERAJAT PADA NY.X DENGAN GANGGUAN INTEGRITAS KULIT Tn. R AKIBAT STROKE HEMORAGIK”. Penulis menyusun Proposal Karya Tulis Ilmiah ini sebagai syarat membuat Karya Tulis Ilmiah untuk mencapai gelar ahli madya pada D3 Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang. Penulis banyak mengalami berbagai kesulitan dalam menyusun Proposal Karya Tulis Ilmiah, berkat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak baik secara langsung maupun tidak langsung maka Proposal Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan. Penulis pada kesempatan ini menyampaikan terima kasih kepada:

1. Puguh Widiyanto, S.Kp,M.Kep, selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
2. Ns. Retna Tri Astuti, M.Kep, selaku Wakil Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
3. Ns. Reni Mareta, M.Kep, selaku penguji dan Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
4. Ns. Sodik Kamal, M.Sc sebagai pembimbing I dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang memberikan bimbingan dan pengarahan yang berguna bagi penyusun karya tulis ilmiah.
5. Ns. Robiul Fitri M.,M.Kep selaku pembimbing II dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang senantiasa memberikan bimbingan dan pengarahan yang sangat berguna bagi penyusun karya tulis ilmiah.
6. Dosen Fakultas Ilmu Kesehatan Program Studi D3 Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang, yang telah memberikan bekal ilmu kepada penulis dan telah membantu memperlancar proses penyelesaian Karya Tulis Ilmiah.
7. Kedua orang tuaku tercinta, kakak-kakak serta keluarga yang tidak henti-hentinya memberikan doa dan restunya, tanpa mengenal lelah selalu memberi

semangat buat penulis, mendukung dan membantu penulis baik secara moril, materiil maupun spiritual, sehingga penyusun Proposal Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan.

8. Rekan-rekan mahasiswa seperjuangan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang yang telah banyak membantu dan memberikan dukungan kritik serta saran.
9. Semua pihak yang telah membantu penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini sampai selesai yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu.

Penulis memohon perlindungan kepada Allah SWT dan berharap laporan ini bermanfaat bagi semuanya.

Wassalamualaikum wr.wb

Magelang. Agustus 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR SKEMA	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR TABEL.....	x
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan Karya Tulis Ilmiah.....	3
1.3 Pengumpulan Data	3
1.4 Manfaat	4
BAB 2 TINJAUAN TEORI	5
2.1 Konsep Stroke.....	5
2.2 Konsep Luka Dekubitus	11
2.3 Konsep Mattras Dekubitus dan Alih baring	15
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan.....	17
2.5 Pathway.....	27
BAB 3 LAPORAN KASUS.....	28
3.1 Pengkajian	28
3.2 Analisa Data	32
3.3 Diagnosa Keperawatan.....	32
3.4 Intervensi.....	33
3.5 Implementasi (Tindakan)	33
3.6 Evaluasi	34
BAB 4 PEMBAHASAN	Error! Bookmark not defined.
4.1 Pengkajian	Error! Bookmark not defined.
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	Error! Bookmark not defined.
4.3 Intervensi.....	Error! Bookmark not defined.
4.4 Implementasi.....	Error! Bookmark not defined.
4.5 Evaluasi.....	Error! Bookmark not defined.
BAB 5 PENUTUP	43
5.1 Kesimpulan.....	43

5.2 Saran.....	44
DAFTAR PUSTAKA	47

DAFTAR SKEMA

Skema 1 *Pathway*.....**Error! Bookmark not defined.**

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Bagian-bagian Otak	5
Gambar 2. Stroke Hemoragik	8
Gambar 3. Stroke non Hemoragik	9
Gambar 4. Anatomi Kulit	11
Gambar 5. Stadium Luka Dekubitus	13

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Pengkajian Luka	18
Tabel 2. Standar Operasional Pelaksanaan Penggunaan Matras Dekubitus	21
Tabel 3. Standar Operasional Pelaksanaan Alih Baring	22

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Asuhan Keperawatan
- Lampiran 2 Dokumentasi

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke yang mengakibatkan kematian sebesar 51% di seluruh dunia yang disebabkan oleh tingginya tekanan darah, dan sebesar 16% stroke yang diakibatkan tingginya kadar gula darah dalam tubuh. Peningkatan jumlah penderita stroke terbesar adalah di Negara Eropa sebesar 1,1 diperkirakan akan meningkat menjadi 1,5 juta pertahun pada tahun 2025. Stroke juga penyebab kematian terbesar pada urutan ke 3 pada orang dewasa di Amerika Serikat. Sedangkan penderita stroke di Indonesia berdasarkan Sensus Kependudukan dan Demografi Indonesia (SKDI) pada tahun 2010 sebanyak 3.600.00 setiap tahun dengan prevalensi 8,3 per 1.000 penduduk. Tahun 2020 diperkirakan 7,6 juta orang meninggal karena stroke. Penderita stroke hemoragik 36,6% dan penderita stroke non hemoragik 60,7% Sedangkan kasus tertinggi stroke di Jawa Tengah yaitu sebesar 3.986 kasus (17,91%), stroke menduduki peringkat pertama di bidang neurologi yaitu sebesar 12,52% menurut *World Health Organization* (WHO 2012) dalam (Faridah, 2013). Riset Kesehatan Dasar 2013 menjelaskan prevalensi Stroke tertinggi di Indonesia yaitu Sulawesi Utara (10,8 per mil), diikuti Yogyakarta (10,3 per mil), dan Jawa Tengah (7,7 per mil) (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013). Sedangkan prevalensi stroke di kota Magelang pada tahun 2012 sebesar 33% dengan jumlah kasus sebanyak 388 kasus (Dinas Kesehatan Kota Magelang, 2012).

Stroke adalah terputusnya aliran darah ke otak yang diakibatkan pecahnya pembuluh darah ke otak, sehingga kebutuhan nutrisi dan oksigen ke otak menjadi berkurang menurut WHO (2014) dalam (Sufian, 2016). Stroke merupakan gangguan fungsional otak yang berupa kelumpuhan saraf akibat terhambatnya aliran darah ke otak. Ada 2 jenis stroke yaitu Stroke terjadi karena adanya sumbatan (*stroke iskemik*) dan stroke terjadi karena perdarahan (*stroke hemoragik*) (Nur & Santoso, 2014).

Tanda terjadi serangan stroke adalah hemiparesis (paralisis pada salah satu sisi) kelemahan salah satu sisi tubuh, (Faridah,2013) Salah satu komplikasi penderita stroke adalah dekubitus atau luka tekan. Dekubitus adalah kompresi yang terjadi pada tonjolan tulang yang sering terjadi pada pasien immobilitas. Kejadian dekubitus berdasarkan studi internasional sebesar (1,9-63%), kejadian dekubitus di ASEAN (Japan,Korea,Cina) 2,1-18%, di Indonesia klien yang mengalami dekubitus 33,33% (Faridah & Purwaningsih, 2013). Hasil studi Amerika menunjukkan kejadian luka tekan 5,2% sampai 35% pada pasien yang menjalani rawat inap dengan keterbatasan aktifitas lebih dari 48 jam. Di Indonesia kejadian luka tekan atau dekubitus cukup tinggi yaitu 33,3%, dan sebesar 37,5% kejadian stroke di Indonesia yang disebabkan oleh stroke (Kurniawati, 2016). Berdasarkan penelitian Dinas Kesehatan Kota Kabupaten Karangayar 2013 terdapat 76 kasus dengan pasien tirah baring, dan terdapat 40% yang mengalami kajadian dekubitus di Rumah Sakit Dr. Sardjito Yogyakarta (Sunaryanti, 2015).

Komplikasi dari luka tekan atau dekubitus yaitu abses, osteomyelitis, bakteremia, fistula (Sunaryanti, 2015). Beberapa penanganan untuk mencegah dekubitus yaitu menjaga kulit (khususnya pada tonjolan tulang dan pada lipatan tubuh), menghindari memijat tonjolan tulang dan area kulit yang sudah memerah, memberikan matras anti dekubitus, bantal kecil sebagai penyangga, alih baring dengan posisi miring 30 derajat, hindari posisi berbaring yang meningkatkan tekanan seperti posisi berbaring 90 derajat, dan dengan menggunakan matras dekubitus. Penggunaan matras dekubitus akan mengurangi tekanan yang berlebihan pada penderita stroke dengan imobilitas, dan alih baring dapat pencegah terjadinya dekubitus pada daerah tulang yang menonjol. Reposisi pada pasien masih perlu dilakukan meskipun pasien sudah menggunakan permukaan pendukung seperti matras dekubitus (EPUAP, 2014). Dari penjelasan diatas penulis tertarik untuk melakukan inovasi aplikasi penggunaan matras dengan reposisi miring 30 derajat pada gangguan integritas kulit akibat stroke hemoragik di wilayah Mertoyudan kabupaten Magelang, karena dengan menggunakan matras dekubitus dan reposisi miring akan lebih efektif dalam mengurangi tekanan dan akan mempercepat menyembuhkan luka tekan (Faridah & Purwaningsih, 2013).

1.2 Tujuan Karya Tulis Ilmiah

1.2.1 Tujuan Umum

Mampu mengaplikasikan penanganan dan mencegah dekubitus dengan aplikasi matras anti dekubitus dan reposisi miring 30 derajat pada gangguan integritas kulit akibat Stroke Hemoragik.

1.2.2 Tujuan Khusus

1.2.1.1 Mampu mengidentifikasi pengkajian keperawatan yang tepat terhadap kejadian dekubitus pada klien Stroke Hemoragik.

1.2.1.2 Mampu merumuskan diagnosa keperawatan terhadap kejadian dekubitus pada klien Stroke Hemoragik

1.2.1.3 Mampu merumuskan rencana tindakan asuhan keperawatan yang tepat dan sesuai dengan diagnosa yang muncul pada klien.

1.2.1.4 Mampu merumuskan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana asuhan keperawatan yang telah disusun pada kejadian dekubitus pada klien Stroke Hemoragik.

1.2.1.5 Mampu melakukan evaluasi tindakan keperawatan terhadap tindakan yang telah dilakukan sesuai dengan rencana tindakan asuhan keperawatan terhadap kejadian dekubitus pada Klien Stroke Hemoragik.

1.2.1.6 Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan yang telah dilakukan terhadap kejadian dekubitus pada Stroke Hemoragik di wilayah kabupaten Magelang.

1.3 Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah prosedur yang dilakukan untuk mendapatkan data yang diperlukan. Adapun cara pengumpulan data menurut (Supriyati & Sugiyono, 2012) sebagai berikut:

1.3.1 Observasi

Penulis melakukan pengumpulan data dengan cara pengamatan secara langsung pada klien di wilayah kabupaten Magelang.

1.3.2 Wawancara

Penulis melakukan pengumpulan data dengan teknik tanya jawab secara langsung terhadap klien dan keluarga.

1.3.3 Dokumentasi

Penuli melakukan pencatatan atau mendokumentasikan data yang telah diperoleh.

1.4 Manfaat

1.4.1 Profesi Keperawatan

Hasil karya tulis ilmiah ini dapat sebagai pengetahuan dan masukan dalam pengembangan ilmu keperawatan di masa yang akan datang pada pencegahan luka dekubitus pada Stroke Hemoragik.

1.4.2 Institusi Pendidikan

Dapat sebagai sumber informasi bagaimana memberikan asuha keperawatan pada luka tekan dengan stroke hemoragik

1.4.3 Klien dan Keluarga

Asuhan keperawatan yang diberikan untuk klien diharapkan dapat memberi manfaat bagi klien dan keluarga dalam penanganan dan pencegahan luka dekubitus pada pasien stroke.

1.4.4 Masyarakat

Hasil penulisan ini dapat dijadikan sumber informasi dimasyarakat dan mengetahui sejak dini tentang tanda gejala dekubitus dan cara untuk mencegah terjadinya luka Dekubitus pada klien dengan Stroke Hemoragik.

1.4.5 Penulis

Hasil karya tulis ilmiah ini dapat meningkatkan pengetahuan bagi penulis dalam melakukan penangan dan mencegah dekubitus pada pasien stroke.

BAB 2

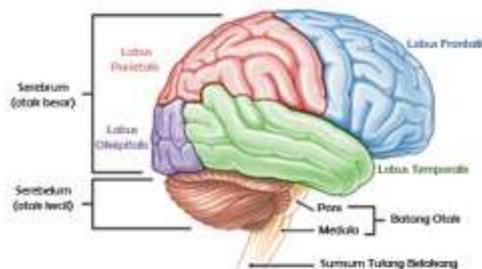
TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Stroke

2.1.1 Pengertian

Stroke merupakan gangguan fungsi saraf yang disebabkan oleh adanya gangguan aliran darah dalam otak yang bisa timbul secara tiba-tiba dan terjadi begitu cepat dalam beberapa jam (Irfan, 2010). Stroke merupakan sindrom dari tanda dan gejala hilangnya fungsi saraf pusat fokal atau global yang berkembang cepat dalam hitungan beberapa jam (Ginsberg, 2008). WHO mendefinisikan stroke adalah terputusnya aliran darah ke otak yang diakibatkan pecahnya darah ke otak, sehingga kebutuhan nutrisi dan oksigen ke otak menjadi berkurang (Sufian, 2016). Dari beberapa pendapat diatas dapat disimpulkan stroke adalah gejala hilangnya fungsi saraf pusat dengan adanya gangguan aliran darah yang disebabkan terputusnya aliran darah ke otak, sehingga kebutuhan nutrisi dan oksigen ke otak berkurang.

2.1.2 Anatomi Fisiologi Otak



Gambar 1. Bagian-bagian Otak

Otak merupakan pusat memori dari semua organ tubuh manusia, jaringan otak dibungkus oleh selaput otak dan tulang tengkorak yang kuat dan terletak dalam kavum, kranii. Berat otak orang dewasa sekitar 1400 gram (Syarifuddin, 2012).

Menurut (Syarifuddin, 2012), otak mempunyai beberapa bagian yaitu:

2.1.2.1 Serebrum

Serebrum atau otak besar mempunyai dua belahan yaitu hemisfer kiri dan hemisfer kanan yang dihubungkan oleh massa substansia alba yang disebut korpus kolum. Serebrum mengatur kegiatan sensori dan motorik,

2.1.2.2 Korteks Serebri

Korteks serebri adalah lapisan permukaan hemisfer yang disusun oleh substansi grisea. Korteks serebri berlipat-lipat, disebut girus, dan celah diantara dua lekuk disebut sulkus (fisura). Beberapa daerah tertentu dari korteks serebri telah diketahui memiliki fungsi spesifik.

2.1.2.3 Lobus Frontalis

Lobus frontalis terletak didepan serebrum, area Broca terletak di lobus frontalis dan mengontrol aktivitas bicara, area asosiasi menerima informasi dari seluruh bagian otak dan menggabungkan informasi menjadi sebuah pikiran.

2.1.2.4 Lobus Parietalis

Merupakan lobus yang berfungsi untuk menerima rangsangan untuk mengetahui bagian tubuh, untuk sensasi raba dan pendengaran.

2.1.2.5 Lobus oksipitalis

Lobus ini pusat asosiasi visual utama, menerima informasi dari retina, menginterpretasikan penglihatan membedakan warna dan koordinasi gerakan dan keseimbangan.

2.1.2.6 Lobus Temporalis

Memiliki fungsi menginterpretasikan sensasi kecap, bau dan pendengaran dan penyimpanan memori.

2.1.2.7 Serebelum

Serebelum (otak kecil) mengkoordinasi penyesuaian secara tepat dan otomatis dengan menjaga keseimbangan tubuh. Serebelum merupakan pusat reflek yang mengkoordinasi dan memperhalus gerakan otot.

2.1.2.8 Batang otak

Pada permukaan batang otak terlihat medula oblongata, pons varoli, mesensefalon, dan diensefalon. Di batang otak terdapat sekelompok serabut saraf berjalan ke posterior basis epifise.

2.1.3 Etiologi Stroke

Etiologi menurut Muttaqin (2008) dalam jurnal Murti (2014) yaitu:

2.1.3.1 Trombosis Serebral

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang menimbulkan oedema dan kongesti disekitarnya.

2.1.3.2 Emboli serebral

Emboli serebral adalah penyumbatan yang terjadi pada pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak dan udara.

2.1.3.3 Iskemia

Iskemia adalah penurunan aliran darah ke otak yang disebabkan oleh tersumbatnya pembuluh darah ke otak.

2.1.4 Faktor - faktor yang penyebab stroke menurut Padila (2012), yaitu:

2.1.4.1 Faktor yang tidak dapat diubah :

- a. Usia : semakin tinggi usia semakin tinggi orang berisiko terkena stroke
- b. Peningkatan tekanan karotis
- c. Keturunan : adanya riwayat keluarga yang terkena stroke
- d. Pernah terserang stroke
- e. Jenis kelamin: jenis kelamin pria lebih berisiko dibanding jenis kelamin perempuan

2.1.4.2 Faktor yang dapat diubah:

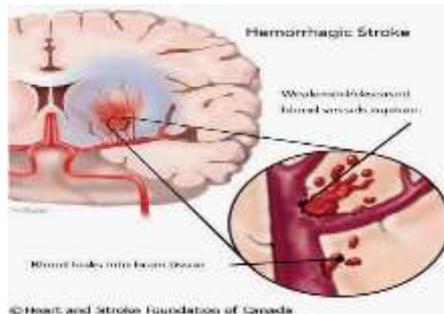
- a. Hipertensi
- b. Penyakit jantung
- c. Diabete melitus
- d. Polisetamia

- e. Obesitas
- f. Perokok

2.1.5 Klasifikasi Stroke

Menurut Junaidi (2011), ada dua macam jenis stroke yaitu :

2.1.5.1 Stroke Hemoragik



Gambar 2. Stroke hemoragik

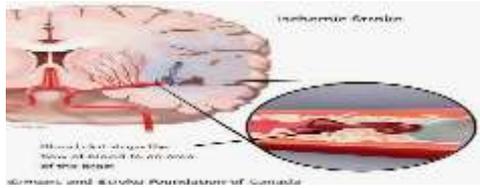
Stroke Hemoragik adalah stroke yang diakibatkan adanya pembuluh darah yang pecah sehingga menghambat aliran darah yang normal menuju ke otak. Menurut letaknya, stroke Hemoragik dibagi menjadi dua jenis yaitu:

- a. Perdarahan *Subarakhnoid* (PSA) merupakan perdarahan yang terjadi didalam selaput otak.
- b. Perdarahan *Intraserebral* (PIS) merupakan perdarahan yang terjadi didalam jaringan otak.

2.1.5.2 Stroke Non Hemoragik atau Stroke Iskemik

Stroke Non Hemoragik merupakan stroke yang diakibatkan oleh penyumbatan di dalam pembuluh darah arteri yang menuju ke otak. Stroke Non Hemoragik terbagi menjadi 3 jenis yaitu:

- a. *Aterotrombotik* adalah penyumbatan pembuluh darah oleh kerak atau plak dinding arteri.
- b. *Kardioemboli* adalah sumbatan arteri oleh pecahnya plak (emboli) dari jantung.
- c. *Lakuner* adalah sumbatan plak pada pembuluh darah yang berbentuk lubang.



Gambar 3. Stroke non hemoragik

2.1.6 Patofisiologi Stroke

Suplai darah ke otak dapat berubah pada gangguan fokal (thrombus emboli, perdarahan dan spasme vaskuler) atau oleh karena gangguan umum (Hypoksia karena gangguan paru dan jantung). Arteriosklerosis cenderung sebagai faktor penting terhadap otak. Thrombus dapat berasal dari flak arteriosklerotik atau darah dapat beku pada area yang stenosis, dimana aliran darah akan terjadi turbulensi. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan oedema dan nekrosis diikuti thrombosis dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intra serebral yang sangat luas akan menyebabkan kematian dibandingkan dari keseluruhan penyakit cerebrovaskuler. Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang cerebral. Perubahan disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversibel, anoksia dapat terjadi karena gangguan yang bervariasi, salah satunya cardiac arrest (Corwin, 2009).

Tekanan darah yang tinggi yang mengakibatkan ruptur pembuluh darah serebral atau aneurisma yaitu pengembangan pembuluh darah otak yang semakin rapuh sehingga pecah. Pembuluh darah yang pecah dapat menyebabkan perdarahan pada subaraknoid atau ventrikel otak, sehingga menyebabkan hematoma serebral yang berakibatkan pada peningkatan Tekanan Intra kranial (TIK). Adanya peningkatan TIK mengakibatkan penurunan kesadaran yang kemudian menimbulkan vasospasme arteri serebral, sehingga terjadi infark jaringan karena tidak bisa dialiri oleh darah. Akibatnya terjadi gangguan perfusi jaringan serebral yang menyebabkan defisit neurologi (Rendy, 2012).

2.1.7 Komplikasi Stroke

Komplikasi stroke menurut (Kimberly, 2008), antara lain yaitu:

- 2.1.7.1 Tekanan darah tidak stabil akibat kehilangan kendali vasokomotor
- 2.1.7.2 Ketidakseimbangan cairan dan elektrolit
- 2.1.7.3 Malnutrisi
- 2.1.7.4 Infeksi
- 2.1.7.5 Gangguan kemampuan sensorik
- 2.1.7.6 Penurunan tingkat kesadaran
- 2.1.7.7 Aspirasi
- 2.1.7.8 Kerusakan kulit
- 2.1.7.9 Emboli paru
- 2.1.7.10 Depresi

2.1.8 Pemeriksaan penunjang pada stroke menurut Ginsberg (2008), adalah:

- 2.1.8.1 Pemeriksaan darah lengkap, LED
- 2.1.8.2 Pemeriksaan ureum, elektrolit, glukosa dan lipid
- 2.1.8.3 Rontgen thorax dan EKG
- 2.1.8.4 CT scan kepala, MRI dan lumbal fungsi

2.1.9 Penatalaksanaan Stroke

Penatalaksanaan stroke secara umum menurut (Muttaqin, 2012), yaitu:

- 2.1.9.1 Mempertahankan saluran pernafasan yang paten yaitu lakukan penghisapan lendir dan oksigenasi.
- 2.1.9.2 Mengendalikan tekanan darah berdasarkan kondisi klien.
- 2.1.9.3 Menempatkan klien dalam posisi yang tepat, harus dilakukan secepat mungkin klien harus diubah posisi setiap 2 jam.

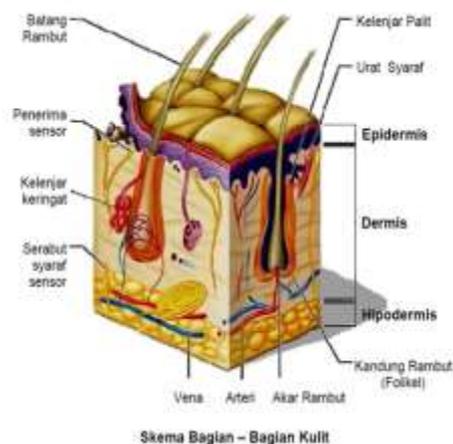
2.2 Konsep Luka Dekubitus

2.2.1 Pengertian

Luka dekubitus adalah nekrosis seluler yang cenderung terjadi akibat kompresi berkepanjangan pada jaringan lunak antara tonjolan tulang dan permukaan yang padat, penyebab yang sering terjadi yaitu karena imobilitas (Faridah, 2013). Dekubitus adalah kerusakan atau kematian kulit sampai jaringan dibawah kulit, bahkan menembus otot sampai mengenai tulang akibat adanya penekanan pada suatu area secara terus menerus sehingga mengakibatkan gangguan sirkulasi darah setempat. Apabila ini berlangsung lama, hal ini dapat menyebabkan insufisiensi aliran darah, anoksia atau iskemia jaringan dan akhirnya dapat mengakibatkan kematian (Huda, 2015). Dekubitus menurut Hidayat (2009) dalam (Maryunani, 2015), adalah kerusakan jaringan yang terlokalisir, yang disebabkan karena adanya kompresi jaringan yang lunak di atas tulang yang menonjol dan adanya tekanan dari luar dalam jangka waktu yang lama.

Dari beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan dekubitus adalah kerusakan atau kematian jaringan kulit yang disebabkan oleh kompresi jaringan lunak di antara tulang yang menonjol yang disebabkan adanya tekanan dalam waktu yang lama.

2.2.2 Anatomi Fisiologi



Gambar 4. Anatomi Kulit

2.2.2.1 Epidermis

Epidermis adalah lapisan paling luar dan paling tipis dari kulit. Epidermis tidak memiliki pembuluh darah dan sistem persyarafan. Fungsi epidermis adalah sebagai sistem imun yang pertama dari tubuh manusia atau dikenal dengan istilah *First Skin Immune System* (SIS). Sel utama epidermis merupakan sel epitel skuamosa berjenjang (keratinosit). Antara epidermis dan dermis ada lapisan tipis yang membatasi dan disebut *Basement Membrane Zone* (BMZ). Lokasi epidermis paling tebal terletak di telapak kaki dan tangan. Epidermis terdiri atas lima lapisan (dari lapisan kulit paling atas), berikut ini adalah gambaran setiap lapisan epidermis dari lapisan paling bawah menurut Arisanty (2013), sebagai berikut:

- a. Startum *germinativum* atau disebut juga startum basale adalah lapisan paling dalam dari epidermis yang berlokasi dekat dermis. Sel ini merupakan sel hidup berinti kerana mendapatkan difusi oksigen dan nutrisi dari dermis.
- b. Startum *spinosum* adalah lapisan setelah startum germinativum dan memiliki inti sel keratinosit besar. Lapisan ini merupakan hasil pembelahan sel yang berkaitan dan melakukan migrasi sel ke arah atas.
- c. Stratum *granulosum* mengandung sel granular (granula lamelar) dan keratin. Pada lapisan ini, sel berinti mulai mati dan terus terdorong ke atas.
- d. Stratum *lucidum* hanya ditemukan di telapak tangan dan telapak kaki. Pada lapisan ini, terdapat sel mati yang tidak memiliki inti.
- e. Stratum *korneum* adalah lapisan paling atas dari epidermis yang merupakan sel keratin mati, tipis, tidak berinti, dan sebagai *waterproof* (anti-air).

2.2.2.2 Dermis

Dermis adalah lapisan kedua dari kulit yang merupakan jaringan ikat (*connective tissue*), memiliki banyak pembuluh darah, dan dikenal sebagai pabriknya kulit kerana memiliki sistem persyarafan dan kelenjar tubuh. Dermis memiliki dua lapisan utama, yaitu papilare dan retikulare, dengan tebal papilare satu perlima dari retikulare (merekat pada hipodermis).

- a. Papilare berfungsi sebagai penguat dari epidermis dalam satu ikatan membran. Flexus pembuluh darah dari papilare memberikan asupan nutrisi dan oksigen ke epidermis melalui BMZ yang disebut *papillary loops/flexus*.

- b. Retikulare memiliki pembuluh darah perifer yang banyak dan berikatan yang disebut cutaneus flexus. Kolagen di sekresi oleh fibroblas dan berfungsi sebagai protein pemberi kekuatan dan fleksibilitas (*tensile and strregh*).

2.2.2.3 Hipodermis

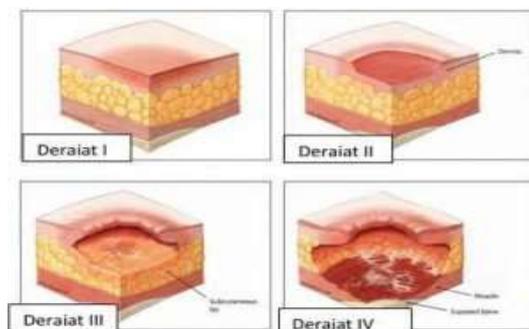
Hipodermis atau lapisan subkutan adalah lapisan paling tebal dari kulit, terdiri atas jaringan lemak (paling besar), jaringan ikat, dan pembuluh darah. Hipodermis memiliki fungsi sebagai penyimpanan lemak, kontrol temperatur, dan penyangga organ disekitarnya. Pada setiap bagian, tubuh memiliki ketebalan epidermis, dermis, dan hipodermis yang berbeda bergantung pada lokasinya. Misalnya, di kepala, dermis tipis, namun dipaha, tangan, dan kaki, dermis tebal ditelapak kaki dan tangan, epidermis tebal, namun diwajah dan daerah kemaluan, epidermis tipis. Hipodermis tebal pada gluteus, abdomen, dan mammae.

2.2.3 Etiologi terjadinya dekubitus menurut (Huda & Kusuma, 2015), yaitu:

2.2.3.1 Faktor intrisik : penuaan (regenerasi sel lemah), sejumlah penyakit yang menimbulkan seperti DM, status gizi, underweight atau sebaliknya overweight, anemia, Hipoalbuminemia, penyakit-penyakit neurologi dan penyakit-penyakit yang merusak pembuluh darah, keadaan hidrasi atau cairan tubuh.

2.2.3.2 Faktor Ekstrinsik: kebersihan tempat tidur, alat-alat tenun yang kusut dan kotor, atau peralatan medik yang menyebabkan penderita terfiksasi pada suatu sikap tertentu, duduk yang buruk, posisi yang tidak tepat, perubahan posisi yang kurang.

2.2.4 Klasifikasi Dekubitus menurut Sudoyo (2009) adalah sebagai berikut:



Gambar 5. Stadium Luka dekubitus

2.2.4.1 Stadium satu (Derajat I)

- a. Adanya perubahan dari kulit yang dapat diobservasi. Apabila dibandingkan dengan kulit yang normal, maka akan tampak salah satu tanda sebagai berikut: perubahan temperatur kulit (lebih keras atau lebih hangat).
- b. Perubahan konsistensi jaringan (lebih keras atau lunak)
- c. Perubahan sensasi (gatal atau nyeri)
- d. Pada orang yang berkulit putih, luka mungkin kelihatan kemerahan yang permanen. Sedangkan pada kulit yang gelap, luka akan kelihatan seperti warna merah yang menetap, biru atau ungu.

2.2.4.2 Stadium Dua (Derajat II)

Hilangnya sebagian lapisan kulit yaitu epidermis atau dermis, ataupun keduanya kehilangan epidermis dan dermis. Cirinya adalah lukanya superficial, abrasi, melepuh, atau membentuk lubang yang dangkal.

2.2.4.3 Stadium Tiga (Derajat III)

Hilangnya lapisan kulit secara lengkap, meliputi kerusakan atau nekrosis dari jaringan subkutan atau lebih dalam, tapi tidak sampai pada fascia. Luka terlihat seperti lubang yang dalam.

2.2.4.4 Stadium Empat (Derajat IV)

Hilangnya lapisan kulit secara lengkap dengan kerusakan yang luas, nekrosis jaringan, kerusakan pada otot, tulang atau tendon. Adanya lubang yang dalam serta saluran sinus juga termasuk dalam stadium IV dari luka tekan.

2.2.5 Faktor resiko terjadinya dekubitus menurut Yusuf (2010) pada buku Maryunani (2015), adalah:

2.2.5.1 Faktor diagnosa medis atau tindakan medis sebelumnya

Contohnya: riwayat dekubitus sebelumnya, fraktur panggul, trauma tulang belakang, stroke, diabetes, penyakit jantung, kanker dan amputasi.

2.2.5.2 Faktor karakteristik demografi pasien

Contohnya: usia, jenis kelamin, ras, riwayat perkawinan, tingkat pendidikan dan status ekonomi pasien.

2.2.5.3 Faktor karakteristik antropometri pasien

Contohnya: tinggi dan berat badan pasien, ketebalan lipatan kulit triseps, penurunan berat badan.

2.2.5.4 Faktor status nutrisi pasien

Contohnya: serum albumin, pre-albumin, dan intake nutrisi yang tidak adekuat.

2.2.5.5 Faktor status fisiologi pasien

Contohnya: tekanan darah, suhu tubuh, kadar glukosa dan perfusi jaringan.

2.2.5.6 Faktor status psikologi pasien

Contohnya: depresi dan stress

2.2.5.7 Faktor status fungsional pasien

Contohnya: inkontinensia urine dan fekal

2.2.5.8 Faktor status kesadaran dan aktivitas pasien

Contohnya: penurunan kesadaran, penurunan kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, gangguan aktivitas dan mobilitas

2.2.5.9 Faktor perilaku sosial pasien

Contohnya: penggunaan zat akditif, rokok dan alkohol

2.2.6 Manifestasi klinis

2.2.6.1 Tanda cedera awal adalah kemerahan yang tidak menghilang apabila ditekan ibu jari.

2.2.6.2 Pada cedera yang lebih berat dijumpai ulkus dikulit

2.2.6.3 Dapat timbul rasa nyeri dan tanda-tanda sistemik peradangan, termasuk demam dan peningkatan hitung sel darah putih.

2.2.6.4 Dapat terjadi infeksi sebagai akibat dari kelemahan dan perawatan di rumah sakit yang berkepanjangan bahkan pada ulkus kecil (Sudoyo, 2009)

2.3 Konsep Mattaras Dekubitus dan Alih baring

Mattaras dekubitus atau kasur anti dekubitus adalah mattaras yang digunakan untuk mencegah terjadinya luka tekan, selain itu mattaras dekubitus juga bisa untuk mengurangi tekanan dan menjaga kelembapan permukaan kulit (Kurniawati et al., 2016).

Selain matras atau kasur dekubitus Alih baring juga perlu dilakukan untuk mengurangi tekanan pada permukaan kulit, menurut penjelasan (EPUAP, 2014). Reposisi mengatur posisi klien dengan Dekubitus masih perlu dilakukan untuk mengurangi tekanan dan kenyamanan saat permukaan pendukung seperti matras dekubitus sedang digunakan. Namun frekuensi reposisi dapat berkurang jika sudah menggunakan permukaan pendukung seperti kasur anti dekubitus, dari perubahan posisi setiap 2 jam periode diperpanjang menjadi setiap 4 jam, sehingga pasien dapat tidur dan istirahat tanpa terganggu terutama pada malam hari, karena tidur merupakan pendukung proses anabolik penyembuhan. Posisi yang tepat untuk klien yang tirah baring dan terdapat luka dekubitus adalah dengan memosisikan miring 30 derajat dengan posisi miring juga dapat mengurangi tekanan pada kulit dan mencegah terjadinya dekubitus (Faridah & Purwaningsih, 2013).

Jenis matras yang digunakan yaitu APAMs (*Alternating Pressure Air Mattress*), APAMs lebih efektif dalam mencegah terjadinya luka tekan dibandingkan dengan kasur rumah sakit atau kasur busa lainnya (Kurniawati et al., 2016). Cara perawatan kasur dekubitus dapat dilakukan pertama pemompa udara dinyalakan terlebih dahulu agar tekanan udara pada kasur dapat terisi penuh dan merata pada setiap sisi dari kasur, lakukan sebelum klien berbaring. Selanjutnya kasur cukup dilap hingga kering jika terkena keringat/caira, agar mesin pemompa terawat dan bekerja optimal disarankan secara berkala dimatikan saat pasien tidak berbaring di atasnya dan pilih lokasi yang aman seperti hindari benda tajam pada saat memompa, untuk menjaga tegangan arus listrik dan menyediakan daya listrik yang tidak mengganggu, sekaligus agar kinerja mesin pompa udara awet dan, disarankan memakai stabilizer listrik, periksa kelayakan dan fungsionalitas dari permukaan dukungan pada setiap pertemuan dengan individu, untuk mencegah terjadinya komplikasi kunci pengoperasian permukaan pendukung, batasi linen yang ada ditempat tidur dan lanjutkan untuk memosisikan pasien dengan posisi 30 derajat pada permukaan pendukung (EPUAP, 2014).

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

2.4.1.1 Pengkajian menurut aplikasi (NANDA, 2017), pengkajian meliputi:

a. Health promotion

Kesadaran akan kesehatan atau normalitas fungsi dan strategi yang digunakan untuk mempertahankan kontrol dan meningkatkan kesehatan. Keluhan utama, riwayat masa lalu, riwayat kesehatan saat ini, pengobatan sekarang.

b. Nutrition

Meliputi nafsu, jenis, frekuensi makanan, kemampuan klien beraktifitas, kemampuan menelan dan mengunyah, penilaian status gizi.

c. Elimination

Pola pembuangan urine dan pola eliminasi serta integritas kulit

d. Activity

Pola istirahat dan tidur, ADL

e. Perception/cognitif

Pengetahuan tentang penyakit, sensasi, dan komunikasi

f. Self perception

Kesadaran akan diri sendiri

g. Role relationship

Peranan hubungan

h. Sexuality

Identitas seksual

i. Coping/stres tolerane

Coping respon atau ungkapan perasaan dan cara mengatasinya

j. Life prinsiples

Nilai kepercayaan, keagamaan dan kemampuan mengatasi masalah

k. Safety/protection

Rasa aman dari bahaya, terhindar dari infeksi dan gangguan sistem kekebalan

l. Comfort

Rasa ketidaknyamanan dan nyeri

2.4.1.2 Pengkajian Umum

Nama inisial klien, umur, alamat, pekerjaan, agama, diagnosa medis

2.4.1.3 Pengkajian Luka

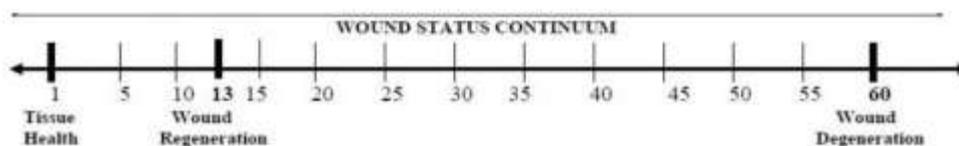
Pengkajian luka dilihat dari bagaimana keadaan lukanya apakah luka akut atau luka kronis, lokasi luka terdapat di ektermitas atas, bawah atau lainnya dan kunci *measure*. Pengkjian luka menurut Bates (2010), sebagai berikut:

Pengkajian Bates (2010)

BATES-JENSEN WOUND ASSESSMENT TOOL

ITEMS	PENGAJIAN	Hasil TANGGAL	TANGGAL	TANGGAL	TANGGAL
1. UKURAN LUKA	1= P X L < 4 cm 2= P X L 4 < 16cm 3= P X L 16 < 36cm 4= P X L 36 < 80cm 5= P X L > 80cm				
2. KEDALAMAN	1= stage 1 2= stage 2 3= stage 3 4= stage 4 5= necrosis wound				
3. TEPI LUKA	1= samar, tidak jelas terlihat 2= batas tepi terlihat, menyatudengan dasar luka 3= jelas, tidak menyatu dgn dasar luka 4= jelas, tidak menyatu dgn dasar luka, tebal 5= jelas, fibrotic, parut tebal/ hyperkeratonic				
4. GOA (lubang pada luka yang ada dibawah jaringan sehat)	1= tidak ada 2= goa < 2 cm di di area manapun 3= goa 2-4 cm < 50 % pinggir luka 4= goa 2-4 cm > 50% pinggir luka 5= goa > 4 cm di area manapun				
5. TIPE JARINGAN NEKROSIS	1 = Tidak ada 2 = Putih atau abu-abu jaringan mati dan atau slough yang tidak lengket (mudah dihilangkan) 3 = slough mudah dihilangkan 4 = Lengket, lembut dan ada jaringan parut palsu berwarna hitam (black eschar) 5 = lengket berbatas tegas, keras dan ada black eschar				
6. JUMLAH JARINGAN NEKROSIS	1 = Tidak tampak 2 = < 25% dari dasar luka 3 = 25% hingga 50% dari dasar luka 4 = > 50% hingga < 75% dari dasar luka 5 = 75% hingga 100% dari dasar luka				
7. TIPE EKSDUDATE	1= tidak ada 2= bloody 3= serosanguineous 4= serous 5= purulent				
8. JUMLAH	1= kering				

EKSUDATE	2= moist 3= sedikit 4=sedang 5= banyak				
9. WARNA KULIT SEKITAR LUKA	1= pink atau normal 2= merah terang jika di tekan 3=putih atau pucat atau hipopigmentasi 4=merah gelap / abu2 5=hitam atau hyperpigmentasi				
10. JARINGAN YANG EDEMA	1=no swelling atau edema 2=non pitting edema kurang dari < 4 mm disekitar luka 3=non pitting edema > 4 mm disekitar luka 4=pitting edema kurang dari < 4 mm disekitar luka 5=krepitasi atau pitting edema > 4 mm				
11. Pengerasan jaringan tepi	1= Tidak ada 2=Pengerasan < 2 cm di sebagian kecil sekitar luka 3=Pengerasan 2-4 cm menyebar < 50% di tepi luka 4=Pengerasan 2-4 cm menyebar \geq 50% di tepi luka 5=pengerasan > 4 cm di seluruh tepi luka				
12. JARINGAN GRANULASI	1= kulit utuh atau stage 1 2= terang 100 % jaringan granulasi 3= terang 50 % jaringan granulasi 4= granulasi 25 % 5= tidak ada jaringan granulasi				
13. EPITELISASI	1=100 % epitelisasi 2= 75 % - 100 % epitelisasi 3= 50 % - 75% epitelisasi 4= 25 % - 50 % epitelisasi 5= < 25 % epitelisasi				
SKOR TOTAL					
PARAF DAN NAMA PETUGAS					



Tabel 1. Pengkajian Luka

Dari hasil pengkajian skor dijumlah, skor > 60 menandakan keadaan luka yang buruk, semakin tinggi jumlah skor semakin parah keadaan luka, semakin sedikit jumlah skor itu menandakan bahwa keadaan luka baik (Bates, 2010).

Standar Operasional Pelaksanaan Penggunaan Matras Dekubitus Menurut (EPUAP, 2014), yaitu:

No	Tahap Pelaksanaan
A	Tahap Orientasi
1	Memberi salam / menyapa klien
2	Memperkenalkan diri
3	Menjelaskan Tujuan Prosedur
4	Menjelaskan Langkah prosedur
5	Menanyakan kesiapan klien dan keluarga
B	Tahap Kerja
1	Mencuci tangan
2	Membaca basmallah
3	Mempersiapkan alat didekat klien
4	Memakai sarung tangan
5	Memilih tempat yang aman untuk memompa dan hindari dari benda tajam
6	Memasang selang in dan out
7	Nyalakan pemompa udara sebelum pasien berbaring di matras dekubitus
8	Pastikan udara sudah merata pada seluruh bagian kasur
9	Memposisikan klien di matras dekubitus
10	Mencuci tangan
C	Tahap Terminasi
1	Melakukan evaluasi tindakan
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut
3	Mendoakan klien
4	Berpamitan

Tabel 2. Standar Operasional Pelaksanaan Penggunaan Matras Dekubitus

Standar Operasional Pelaksanaan Alih Baring menurut (EPUAP, 2014), yaitu:

No	Tahap Pelaksanaan
A	Tahap Orientasi
1	Memberi salam / menyapa klien
2	Memperkenalkan diri
3	Menjelaskan Tujuan Prosedur
4	Menjelaskan Langkah prosedur
5	Menanyakan kesiapan klien dan keluarga
B	Tahap Kerja
1	Mencuci tangan
2	Menjaga privacy klien
3	Membaca basmallah
4	Memakai sarung tangan
	Merubah posisi dari terlentang ke miring
5	Menata beberapa bantal di sebelah kiri atau kanan
6	Memiringkan klien kearah bantal yang disiapkan dengan posisi miring 30 derajat
7	Menekukkan lutut kaki yang atas
8	Memastikan posisi klien aman
9	Mencuci tangan
C	Tahap Terminasi
1	Melakukan evaluasi tindakan
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut
3	Mendoakan klien
4	Berpamitan

Tabel 3. Standar Operasional Pelaksanaan Alih Baring

2.4.2 Diagnosa keperawatan menurut (NANDA, 2017) Dan NIC NOC menurut (Moorhead, *et al.*, 2016).

2.4.2.1 Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b.d aliran darah ke otak terhambat

Tujuan : setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam diharapkan masalah perfusi jaringan serebral dapat teratasi dengan kriteria hasil:

- a. Tekanan darah sistol dan diastol dari skala deviasi berat dari batas normal (1) menjadi skala deviasi yang sedang dari batas normal (3)
- b. Nilai rata-rata tekanan darah dari skala deviasi berat dari batas normal (1) menjadi (2) deviasi sedang dalam batas normal
- c. Sakit kepala dari skala berat (1) menjadi skala sedang (3)

Intervensi: monitor tanda-tanda vital

- 1) Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan
- 2) Monitor akan adanya kaku dengan bentuk *clubbing*
- 3) Identifikasi kemungkinan penyebab perubahan tanda-tanda vital

2.4.2.2 Kerusakan komunikasi verbal b.d penurunan sirkulasi ke otak

Tujuan : setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam diharapkan dapat menjawab pertanyaan yang diajukan perawat dengan kriteria hasil:

Pasien dapat mengenali pesan yang diterima dengan skala banyak terganggu (2) menjadi skala cukup terganggu (2)

Intervensi : peningkatan komunikasi pada pasien kurang pendengaran

- 1) Dapatkan perhatian pasien sebelum berbicara (yaitu mendapatkan perhatian pasien dengan sentuhan)
- 2) Hindari lingkungan bising saat komunikasi
- 3) Gunakan gerakan tubuh bila diperlukan
- 4) Dengarkan dengan penuh perhatian, sehingga memberikan waktu yang adekuat bagi pasien untuk menanggapi dan memproses komunikasi

2.4.2.3 Defisit perawatan diri b.d kerusakan neurovaskuler

Tujuan : setelah dilakukan tindakan selama 3x24jam diharapkan kebutuhan ADL klien terpenuhi dengan kriteria hasil:

- a. Makan, mandi, dan berpakaian dengan skala cukup terganggu(3) menjadi sedikit terganggu (4)

- b. Berpindah dan memposisikan diri dari skala sangat terganggu (1) menjadi cukup terganggu (3)

Intervensi: bantu perawatan diri

- 1) Monitor kemampuan perawatan diri secara mandiri
- 2) Monitor kebutuhan pasien dalam ADLS
- 3) Berikan bantuan sampai pasien mampu melakukan perawatan diri mandiri
- 4) Dorong pasien kemandirian pasien, tetapi bantu ketika pasien tidak mampu melakukannya
- 5) Ciptakan rutinitas perawatan diri

2.4.2.4 Hambatan mobilitas fisik b.d kerusakan neurovaskuler

Tujuan: setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam diharapkan hambatan mobilitas dapat teratasi pasien mampu berpindah dengan kriteria hasil:

Berpindah dari satu sisi ke sisi lain sambil berbaring dengan skala (1) sangat terganggu menjadi skala (3) cukup terganggu

Intervensi : pengaturan posisi

- 1) Tempatkan pasien diatas matras tidur terapeutik
- 2) Berika matras yang lembut
- 3) Jelaskan pada pasien bahwa badan pasien akan dibalik dan dorong pasien untuk terlibat dalam perubahan posisi
- 4) Tiinggikan bagian tubuh pasien yang terkena dampak
- 5) Dorong latihan ROM aktif dan pasif
- 6) Jangan memposisikan pasien dengan penekanan pada luka

2.4.2.5 Pola nafas tidak efektif b.d penurunan kesadaran

Tujuan: setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam diharapkan status pernafasan normal dengan kriteria hasil:

- a. Frekuensi pernafasan dari skala cukup berat dari batas normal (2) menjadi skala (3) sedang dalam batas normal
- b. Irama pernafasan dari skala cukup berat dari batas normal (2) menjadi skala (3) sedang dalam batas normal

Intervensi: manajemen jalan nafas

- 1) Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi
- 2) Lakukan fisioterapi dada bila perlu
- 3) Buang sekret dengan memotivasi pasien untuk melakukan batuk atau suction
- 4) Instruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif
- 5) Kelola nebulizer ultrasonik, sebagai mestinya
- 6) Posisikan klien untuk meringankan sesak nafas

2.4.2.6 Kerusakan integritas kulit b.d faktor eksternal (tekanan pada tonjolan tulang)

Tujuan: setelah dilakukan dilakukan selama tindakan 3x24 jam diharapkan kerusakn integritas kulit terasi dengan penyembuhan luka sekunder dengan kriteria hasil:

- a. Granulasi dari skala tidak ada (1) menjadi (3) sedang
- b. Ukuran luka berkurang daari skala (1) tidak ada menjadi (3) sedang
- c. Bau busuk dari skala (1) sangat besar menjadi (3) sedang

Intervensi: perawatan luka tekan

- 1) Catat karakteristik luka tekan setiap hari, meliputi ukuran, tingkatan luka, lokasi, eksudat, granulasi dan epitelisasi
- 2) Jaga agar luka tetap lembab untuk membantu proses penyembuhan
- 3) Lakukan debridement jika perlu
- 4) Bersihkan luka dengan cairan yang tidak berbahaya, lakukan pembersihan dengan gerakan sirkuler dari dalam keluar
- 5) Berikan salep jika dibutuhkan
- 6) Ubah posisi 1-2 jm sekali untuk mencegah penekanan
- 7) Gunakan tempat tidur khusus anti dekubitus
- 8) Ajarkan pasien dan keluarga mengenai perawatan luka

2.4.2.7 Resiko aspirasi b.d penurunan tingkat kesadaran

Tujuan: setelah dilakukan tindakan selam 3x24 jm diharapkan status pernafasan dalam batas normal dengan kriteria hasil:

- a. Frekuensi pernafasan dari skala cukup berat dari batas normal (2) menjadi skala (3) sedang dalam batas normal

- b. Irama pernafasan dari skala cukup berat dari batas normal (2) menjadi skala (3) sedang dalam batas normal

Intervensi: pencegahan aspirasi

- 1) Monitor tingkat kesadaran
- 2) Pertahankan kapatenan jalan nafas
- 3) Monitor status pernafasan
- 4) Jaga kepala temapt tidur ditinggikan 30-45 menit setelah memberikan makan
- 5) Potong makanan menjadi potongan-potongan kecil
- 6) Berikan perawatan kulit

2.4.2.8 Resiko injury b.d penurunan tingkat kesadaran

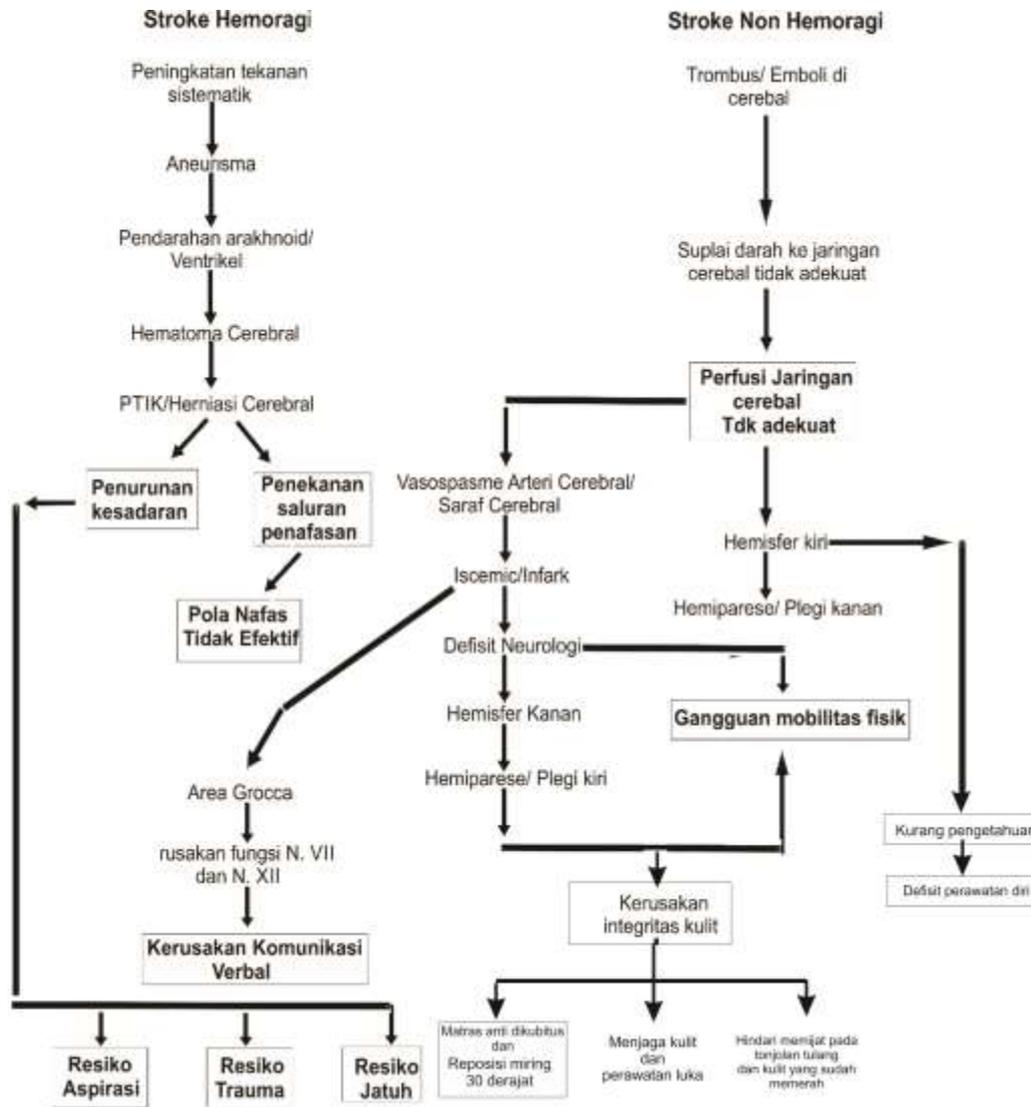
Tujuan: setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam diharapkan resiko jatuh pada pasien dapat teratasi denga kriteria hasil :

- a. Penggunaan alat bantu yang benar dengan skala (1) tidak ada pengetahuan menjadi (3) pengetahuan sedang
- b. Penggunaan perangkat keselamatan yang benar dengan skala (1) tidak ada pengetahuan menjadi (3) pengetahuan sedang

Intervensi: pencegahan jatuh

- 1) Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman untuk pasien
- 2) Identifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi ririko jatuh
- 3) Sediakan permukaan tidur yang dekat dengan lantai, sesuai kebutuhan
- 4) Memberikan penerangan yang cukup

2.5 Pathway



Sumber : Muttaqin (2012); Corwin & Elizabet (2009); Rendy (2012)

BAB 3

LAPORAN KASUS

Penulis melakukan asuhan keperawatan pada Tn. R dengan Dekubitus di rumah klien yang beralamat di Jl. Rambutan Raya Perum Kaligoro Kecamatan Mertoyudan Kabupaten Magelang dari pengkajian sampai evaluasi sejak hari Senin 7 Mei 2018 sampai hari jumat 25 Mei 2018.

3.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan dengan cara wawancara dengan klien dan keluarga klien serta observasi dan dokumentasi dari catatan perkembangan. Pengkajian dilakukan pada tanggal 7 Mei 2018 jam 13.10 WIB dengan hasil klien berinisial Tn. R berumur 76, jenis kelamin laki-laki, beragama Islam, klien tidak bekerja (pensiunan ABRI). Pada awalnya klien terjatuh kurang lebih sudah 1 tahun dan klien memijatkan kakinya sehingga klien bedrest kurang lebih 3 bulan sehingga timbulnya luka akibat hambatan mobilitas fisik dan penekanan terus menerus, Masalah utama adalah kerusakan integritas kulit di tulang ekor.

Pengkajian *Health Promotion* diperoleh data keluhan utama yaitu klien mengatakan terdapat luka pada tulang ekor, luka tidak nyeri tapi kadang terasa gatal dan pegal-pegal, badan klien terasa sakit dan kaku saat digerakkan dan klien mengatakan sulit untuk memiringkan badan. Tekanan darah klien 110/60 mmHg, frekuensi nadi nadi 86 kali/ menit, suhu 36,6°C, dan frekuensi pernafasan 21 kali/ menit. Riwayat penyakit dahulu yaitu Klien mengatakan pernah mengalami kecelakaan 1 tahun yang lalu yaitu jatuh dari sepeda, klien mengalami gangguan fungsi motorik terutama pada ekstremitas atas bagian kanan dan ekstremitas bawah bagian kiri. Kurang lebih 3 bulan yang lalu klien masuk Rumah Sakit dengan diagnosa stroke setelah klien memijatkan kakinya ke tukang pijat yang mengakibatkan klien bedrest sampai sekarang dan menimbulkan luka tekan (Dekubitus)

Riwayat penyakit sekarang yaitu pada awalnya klien 3 bulan bedrest setelah pijat pada tukang pijat, selama bedrest klien jarang memiringkan badan atau alih posisi klien hanya berbaring ditempat tidur. Pertama ditulang ekor hanya timbul kulit warna merah kebiruan, karena terkena urine, BAB yang tertampung pada pempes, gaya gesekan dan tekanan terus menerus maka timbulah luka tekan (Dekubitus) pada tulang ekor.

Pengkajian *Nutrition* diperoleh pemeriksaan *Antropometri* BB yaitu 50 kg, TB 165 cm, dan Indeks Masa Tubuh : 18,36 (normal). Pemeriksaan *Biochemical* tidak dilakukan dikarenakan kondisi klien berada dirumah dan hanya dilakukan Pemeriksaan *Clinical* yaitu rambut klien beruban, rambut bersih tidak ada ketombe, turgor kulit tidak elastis kembali >2 detik, mukosa bibir kering dan konjungtiva tidak anemis. *Diet* klien kadang sulit untuk makan dan klien kadang makan hanya sedikit, jenis makanan klien yaitu nasi dan sayur makan 2 kali sehari. *Energy* yaitu aktivitas klien seperti makan, minum, kebersihan dan berpakaian semua dibantu keluarga. Pola asupan cairan yaitu dari oral. Cairan masuk yaitu minum 600cc/24 jam, cairan keluar yaitu Buang Air Kecil (BAK) 400cc/24 jam, Buang Air Besar (BAB) 100cc/24jam *Insensible Water Loss* (IWL) 31,25cc/24jam, totalnya yaitu 531,25cc/24jam. *Balance* cairan yaitu cairan masuk-cairan keluar adalah $600 - 531,25 = 68,75$ cc/24jam.

Pengkajian *Elimination* diperoleh data yaitu sistem *urinary* antara lain yaitu klien Buang Air Kecil (BAK) 4 kali sehari dengan jumlah 400cc, warna kuning pekat, dan bau khas urine (amoniak). Sistem gastrointestinal klien yaitu klien baru BAB 1 kali dengan konsisten lembek, warna feses kuning, dan tidak bercampur darah. Klien tidak mengalami konstipasi. Sistem integumen klien yaitu turgor kulit tidak elastis kembali >2 detik, warna kulit sawo matang dan suhu 36,6°C, terdapat kerusakan pada integumen yaitu pada tulang ekor. Pengkajian *Activity/Rest* diperoleh data antara lain istirahat/tidur klien yaitu klien tidur malam 8 jam. Klien sering tidur siang dan tidak ada obat untuk merangsang tidur. Aktivitas klien tidak bekerja (pensiunan ABRI), klien jarang berolahraga saat sakit.

Klien melakukan *activity daily living* (ADL) dengan dibantu keluarga, kekuatan otot klien tangan kanan skala 2 yaitu dapat menggerakkan otot atau bahu bagian yang lemah sesuai perintah misalnya tapak tangan disuruh telungkup atau lurus bengkok tapi jika ditahan sedikit saja sudah tak mampu bergerak. Tangan kiri skala 4 yaitu dapat bergerak dan dapat melawan hambatan yang ringan.

Kaki kanan skala 3 yaitu dapat digerakkan otot dengan tahanan minimal misalnya dapat menggerakkan telapak kaki dan jari, kaki kiri skala 2 yaitu dapat menggerakkan otot atau bagian tubuh yang lemah sesuai perintah misalnya tapak kaki disuruh telungkup atau lurus bengkok tapi jika ditahan sedikit saja sudah tak mampu bergerak, saat ini yang dilakukan ROM pasif.

Cardio respons yaitu klien tidak mempunyai penyakit jantung dan tidak mengalami edema ekstremitas. Tekanan darah (TD) saat klien berbaring 110/60 mmHg. Pemeriksaan jantung inspeksi: tampak ictus cordis dan tidak ada luka atau lesi, palpasi : ictus cordis teraba di midclavicula intercosta ke 5 sinistra dan tidak ada nyeri tekan, perkusi : suara redup, auskultasi : suara jantung lub-dub.

Pulmonary respon yaitu didapatkan data klien tidak sesak nafas dan tidak terpasang O2 binasal, kemampuan bernafas klien baik yaitu 21 kali/menit, klien sedang batuk suara nafas normal dan tidak ada dahak. Pemeriksaan paru-paru diperoleh hasil antara lain Inspeksi : dada simetris kanan kiri, palpasi : tidak ada nyeri tekan, perkusi : sonor, auskultasi : suara vasikuler.

Pengkajian *Perception/cognition* didapatkan hasil antara lain orientasi dan kognisi yaitu tingkat pendidikan terakhir klien adalah SR (Sekolah Rakyat), Klien tidak cemas dengan kondisinya, klien mengatakan kurang mengetahui tentang penyakit yang dialaminya saat ini dan klien sempat tidak mau untuk dilakukan intervensi dengan menggunakan matras dekubitus dengan alasan klien sudah pernah menggunakan dan klien tidak nyaman, tidak suka tetapi dengan komunikasi dan pendekatan yang baik klien akhirnya mau menggunakan matras dekubitus. Sensasi persepsi/sensori yaitu klien tidak sakit kepalanya, penginderaan klien sudah sedikit berkurang dari fungsi normal.

Communication yaitu bahasa yang digunakan klien adalah bahasa Indonesia dan bahasa Jawa. Klien tidak mengalami kesulitan atau gangguan dalam komunikasi, tetapi pada saat pengakjian penulis terkadang sulit dalam melakukan komunikasi karena faktor usia klien.

Pengkajian *Self perception* diperoleh hasil yaitu klien mengatakan tidak cemas dengan kondisi yang dialaminya. Klien tidak mengalami putus asa dan tidak ada keinginan klien untuk mencederai dirinya sendiri, terdapat luka tekan (Dekubitus) pada tulang ekor.

Pengkajian *Role relationship* diperoleh data klien berstatus dudadengan. Orang terdekat klien adalah anak. Klien tidak mengalami perubahan peran kerana sejak ia pensiun jadi abri sehari-hari klien hanya dirumah saja tidak bekerja.

Klien tetap menjadi seorang kepala rumah tangga, ayah sekaligus kakek dari keluarganya. Klien mengalami perubahan dengan gaya hidupnya kerana segala sesuatu tergantung pada bantuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Komunikasi dengan orang lain tetap lancar dan baik.

Sexuality : Klien berjenis kelamin laki-laki. Klien mempunyai 1 anak kandung dan 3 cucu. Klien juga tidak mengalami masalah/disfungsi seksual.

Coping/Stress Tolerance : Klien tidak merasakan cemas sebab klien yakin bahwa Allah SWT pasti memberikan kesembuhan kepadanya dengan cara klien tetap berdoa, berobat, dan bertawakal kepada Allah SWT.

Life Principles : Klien sebelum sakit selalu mengikuti kegiatan ibadah sesuai keyakinannya dan menunaikan sholat berjamaah di masjid, tetapi semenjak klien sakit semua kegiatan tidak didikuti. Selama sakit klien beribadah diatas tempat tidurnya.

Safety/Protection : klien tidak memiliki alergi, tidak ada penyakit autoimune dan tidak ada tanda-tanda infeksi, klien resiko jatuh karena berada ditempat tidur dengan keadaan lemah dan resiko infeksi pada luka.

Comfort : klien mengatakan tidak ada masalah nyeri pada luka dan bagian tubuh yang lain.

3.2 Analisa Data

Setelah dilakukan pengkajian pada tanggal 7 Mei pada Tn. R diperoleh data-data yang muncul sebagai berikut: data subjektif klien mengatakan terdapat luka pada tulang ekor, kurang lebih 3 bulan klien tidak bisa jalan bedrest setelah pijat dan muncul kemerahan pada tulang ekor dan menjadi luka, klien mengatakan tidak bisa jalan dan miring-miring kurang lebih 3 bulan, jika miring dibantu keluarga, tetapi kadang tangan dan kaki sakit saat digerakkan. Data objektif klien tampak lemas, terdapat luka pada tulang ekor, luka tampak kemerahan, kulit sekitar luka tampak kemerahan, panjang luka 3,5 cm, lebar 2 cm, kekuatan otot ekstermitas atas kanan 2 kiri 4, ekstermitas bawah kanan 3 kiri 2.

Hasil dari tanda-tanda vital klien yaitu: Tekanan Darah 110/60 mmHg, frekuensi Nadi 86 kali/menit, Suhu 36,6°C, dan frekuensi pernafasan 21 kali/menit.

3.3 Diagnosa Keperawatan

Dari hasil pengkajian yang dilakukan penulis menemukan 2 diagnosa yaitu diagnosa pertama Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor eksternal (tekanan pada tonjolan tulang) dan diagnosa kedua hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuromuskular. Dari kedua diagnosa yang muncul, diagnosa prioritas yang penulis ambil yaitu Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor eksternal (tekanan pada tonjolan tulang) dan imomobilitas fisik, ditandai dengan klien mengatakan ada luka pada tulang ekor yang pertama kali dan kurang lebih 3 bulan klie bedrest tidak bisa berjalan setelah klien memijatka kakinya, yang pada awalnya kulit kemerahan pada tulang ekor dan menjadi luka. Luka tampak kemerahan, kulit sekitar luka kemerahan panjang 3,5 cm, lebar 2 cm.

3.4 Intervensi

Intervensi (Perencanaan) dari diagnosa Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor eksternal (tekanan pada tonjolan tulang): Setelah dilakukan kunjungan selama 9 kali satu jam setiap pertemuan diharapkan kerusakan integritas kulit terasi dengan penyembuhan luka sekunder dengan kriteria hasil: Granulasi dari skala tidak ada (1) menjadi (3) sedang, Ukuran luka berkurang dari skala (1) tidak ada menjadi (3) sedang

Intervensi yang bisa dilakukan perawatan luka tekan dengan cara catat karakteristik luka tekan setiap hari, meliputi ukuran, tingkatan luka, lokasi, eksudat, granulasi dan epitelisasi, Jaga agar luka tetap lembab untuk membantu proses penyembuhan, Lakukan debridement jika perlu, Bersihkan luka dengan cairan yang tidak berbahaya, lakukan pembersihan dengan gerakan sirkuler dari dalam keluar, Berikan salep jika dibutuhkan, Ubah posisi atau reposisi miring 30 derajat 1-4 jam sekali untuk mencegah penekanan, Gunakan tempat tidur khusus anti dekubitus, Ajarkan atau kolaborasikan dengan keluarga bagaimana cara perawatan luka pada klien.

3.5 Implementasi (Tindakan)

Implementasi untuk diagnosa kerusakan integritas kulit pada minggu pertama tanggal 7 Mei 2018 dimulai pada pukul 13.30 WIB, tindakan yang dilakukan mencatat karakteristik luka tekan, meliputi ukuran, tingkatan luka, lokasi, eksudat, granulasi dan epitelisasi, membersihkan luka dengan cairan yang tidak berbahaya (NaCl), memberikan salep jika perlu, menggunakan atau memasang kasur atau matras anti dekubitus dan mengubah posisi atau reposisi miring 30 derajat klien 1-4 jam sekali dengan bantuan keluarga. Repon klien setelah dilakukan tindakan klien mengatakan luka ada pada tulang ekor, saat dilakukan perawatan luka tidak nyeri, klien mengatakan mau menggunakan matras atau kasur anti dekubitus meskipun sebenarnya klien tidak suka, tetapi dengan nasehat secara perlahan klien mau menggunakan matras anti dekubitus dan mengubah posisi atau reposisi miring 30 derajat 1-4 jam sekali dengan bantuan keluarga.

Minggu kedua perawatan pada tanggal 16 Mei 2018 dimulai pukul 16.00 WIB, tindakan yang dilakukan mencatat karakteristik luka tekan , meliputi ukuran, tingkatan luka, lokasi, eksudat, granulasi dan epitelisasi, membersihkan luka dengan cairan yang tidak berbahaya (NaCl), memberikan salep jika perlu, menjaga luka agar tetap lembab. Respon klien setelah dilakukan tindakan klien mengatakan kadang luka terasa gatal dan pegal-pegal klien mengatakan mau diberikan salep intrasit untuk menjaga agar luka tetap lembab.

Minggu ketiga perawatan pada tanggal 21 Mei 2018 dimulai pukul 15.30 WIB, tindakan yang dilakukan mencatat karakteristik luka tekan , meliputi ukuran, tingkatan luka, lokasi, eksudat, granulasi dan epitelisasi, membersihkan luka dengan cairan yang tidak berbahaya (NaCl), memberikan salep jika perlu, mengubah posisi atau reposisi miring 30 derajat klien 1-4 jam sekali dengan bantuan keluarga. Respon klien setelah dilakukan tindakan klien mengatakan mau dibersihkan lukanya dan mau diubah posisi atau reposisi miring 30 derajat selama 1-4 jam sekali dengan bantuan keluarga dan klien mengatakan sudah nyaman dengan posisi sekarang, klien tampak lebih rileks luka sudah ada perubahan.

3.6 Evaluasi

Evaluasi yang diperoleh untuk diagnosa kerusakan integritas kulit yang dilakukan mulai tanggal 7-11 Mei 2018 yaitu klien mengatakan luka tidak terasa sakit saat dibersihkan luka sudah lebih enak, klien dan keluarga mengatakan keluarga sudah mengubah posisi miring 30 derajat klien 1-4 jam sekali, keluarga klien mengatakan paham bagaimana cara perawatan luka pada klien. Luka klien sudah ada perubahan panjang 3,5cm, lebar 1,8cm. Assesment (A) masalah teratasi, tindakan selanjutnya lanjutkan intervensi catat karakteristik luka tekan , meliputi ukuran, tingkatan luka, lokasi, eksudat, granulasi dan epitelisasi, bersihkan luka dengan cairan yang tidak berbahaya (NaCl), berikan salep jika perlu, ubah posisi atau reposisi miring 30 derajat klien 1-4 jam sekali dengan bantuan keluarga, jaga kulit agar tetap lembab.

Evaluasi yang diperoleh untuk diagnosa kerusakan integritas kulit yang dilakukan mulai tanggal 14-18 Mei 2018 yaitu klien mengatakan lebih nyaman setelah luka dibersihkan, klien mengatakan nyaman dengan posisi sekarang, luka sudah ada perubahan panjang 3,3cm, lebar 1,5cm. Assesment (A) masalah teratasi, tindakan selanjutya lanjutkan intervensi catat karakteristik luka tekan , meliputi ukuran, tingkatan luka, lokasi, eksudat, granulasi dan epitelisasi, bersihkan luka dengan cairan yang tidak berbahaya (NaCl), berikan salep jika perlu, ubah posisi atau reposisi miring 30 derajat klien 1-4 jam sekali dengan bantuan keluarga, jaga kulit agar tetap lembab.

Evaluasi yang diperoleh untuk diagnosa kerusakan integritas kulit yang dilakukan mulai tanggal 21-25 Mei 2018 yaitu klien mengatakan luka sudah lebih enak, klien mengatakan masih merasa nyaman dengan posisi sekarang, luka klien tampak sudah banyak perubahan panjang 3cm, lebar 1,1cm, kulit sekitar luka kemerahan, luka tampak merah. Assesment (A) masalah teratasi, tindakan selanjutya lanjutkan intervensi catat karakteristik luka tekan , meliputi ukuran, tingkatan luka, lokasi, eksudat, granulasi dan epitelisasi, bersihkan luka dengan cairan yang tidak berbahaya (NaCl), berikan salep jika perlu, ubah posisi atau reposisi miring 30 derajat klien 1-4 jam sekali dengan bantuan keluarga, jaga kulit agar tetap lembab.

BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Pada bab ini penulis membahas kesimpulan berdasarkan pembahasan pada bab sebelumnya.

5.1.1 Pengkajian keperawatan yang penulis gunakan adalah dengan pengkajian 13 domain NANDA dan pengkajian luka Bates-Jensen. Pengkajian dilakukan pada, pengkajian pada Tn. R diperoleh data klien tampak lemas, terdapat luka pada tulang ekor, luka tampak kemerahan, kulit sekitar luka tampak kemerahan, panjang luka 3,5 cm, lebar 2 cm, kekuatan otot ekstermitas atas kanan 2 kiri 4, ekstermitas bawah kanan 3 kiri 2, hasil dari tanda-tanda vital klien yaitu Tekanan Darah 110/60 mmHg, frekuensi Nadi 86 kali/menit, Suhu 36,6°C, dan frekuensi pernafasan 21 kali/menit. Diagnosa keperawatan prioritas yang diangkat adalah Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor eksternal (tekanan pada tonjolan tulang). Intervensi dan penanganan untuk diagnosa Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik (tekanan) adalah Catat karakteristik luka tekan setiap hari, meliputi ukuran, tingkatan luka, lokasi, eksudat, granulasi dan epitelisasi, Jaga agar luka tetap lembab untuk membantu proses penyembuhan, Lakukan debridement jika perlu, Bersihkan luka dengan cairan yang tidak berbahaya, lakukan pembersihan dengan gerakan sirkuler dari dalam keluar, Berikan salep jika dibutuhkan, Ubah posisi atau reposisi miring 30 derajat 1-4 jam sekali untuk mencegah penekanan, Gunakan tempat tidur khusus anti dekubitus, Ajarkan atau kolaborasi dengan keluarga bagaimana cara perawatan luka pada klien. Implementasi atau tindakan keperawatan pada Tn.R dengan kerusakan integritas kulit dilakukan selama 21 hari 8 kali pertemuan, dengan melakukan perawatan luka kolaborasi dengan pemasangan matras atau kasur anti dekubitus dan reposisi miring atau ubah posisi miring 30 derajat 1-4 jam sekali.

Evaluasi yang diperoleh selama penulis melakukan pengkajian sampai dengan implementasi yaitu diagnosa Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik (tekanan) teratasi.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil Karya Tulis Ilmiah ini, maka saran yang dapat diberikan penulis adalah sebagai berikut :

5.2.1 Profesi Keperawatan

Hasil Karya Tulis Ilmiah ini dapat dijadikan bahan dalam pemberian asuhan keperawatan pada dekubitus atau luka tekan yang berhubungan dengan diagnosa pada klien yaitu Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik (tekanan) akibat dari stroke hemoragik.

5.2.2 Institusi Pendidikan

Dapat sebagai sumber informasi dalam memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh sesuai dengan masalah terutama pada asuhan keperawatan dengan dekubitus atau luka tekan yang berhubungan dengan diagnosa pada klien yaitu Kerusakan integritas kulit akibat dari stroke hemoragik.

5.2.3 Klien dan Keluarga

Dapat dijadikan sebagai pengetahuan, pengetahuan dan memberikan motivasi klien beserta keluarga untuk perawatan dekubitus atau luka tekan.

5.2.4 Masyarakat

Dapat dijadikan pengetahuan bagi masyarakat bagaimana cara penanganan dan pencegahan luka tekan atau dekubitus dengan stroke hemoragik.

5.2.5 Penulis

Diharapkan dapat menambah pengalaman bagi penulis tentang penanganan klien dekubitus atau luka tekan dengan stroke hemoragik

- Nur, A., & Santoso, E. (2014). Pemberian Posisi Alih Baring Terhadap Kejadian Dekubitus Pada Asuhan Keperawatan Tn.M dengan Stroke Hemoragik di Ruang HCU Anggrek II RSUD Dr. Moewardi Surakarta.
- Nur, & muhammad sufian. (2016). Penerapan Teknik Alih Baring Terhadap Kejadian Dekubitus Pada Asuhan Keperawatan Ny.M Dengan Stroke di RSUD Kota Semarang, (2008), 1–6.
- Padila. (2012). *Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Potter. (2009). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep Proses dan Praktek*. Jakarta: EGC.
- Rendy M.C. (2012). *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medik.
- Sudoyo, A., & Dkk. (2009). *Buku ajar ilmu penyakit dalam (jilid 1,2,)*. Jakarta: internal publisng.
- Sunaryanti, B. (2015). Prevention At Pressure Sores With Reposition Health Education and Coconut Oil. *PhD Proposal, 1*(September 2014), 58–64. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Supriyati, & Sugiyono. (2012). BAB III Ojek dan Metode Penelitian 2012, 43–51.
- Syaifuddin, H. (2012). *Anatomi Fisiologi*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.