

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA KLIEN
STROKE DENGAN INTERVENSI INOVASI PENGATURAN POSISI
BARING MIRING 30 DERAJAT DALAM MENCEGAH KEJADIAN
DECUBITUS GRADE I DI RUANG UNIT STROKE CENTER
RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA TAHUN 2018**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Ners Keperawatan



DI SUSUN OLEH :

ITTA PURWATI, S.KEP

17111024120098

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH
KALIMANTAN TIMUR
2018**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Itta Purwati, S. Kep

NIM : 17111024120098

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIAN : Analisis praktik klinik keperawatan pada pasien stroke dengan intervensi inovasi pengaturan posisi baring miring 30 derajat dalam mencegah kejadian dekubitus grade I di Ruang Stroke Centre RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Menyatakan bahwa karya ilmiah akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan alihan tulisan dan pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Samarinda, Januari 2018

Itta Purwati, S. Kep
NIM 17111024120098

LEMBAR PERSETUJUAN

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA KLIEN STROKE
DENGAN INTERVENSI INOVASI PENGATURAN POSISI BARING
MIRING 30 DERAJAT DALAM MENCEGAH KEJADIAN DECUBITUS
GRADE I**

**DI RUANG UNIT STROKE CENTER
RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA TAHUN 2017**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

DI SUSUN OLEH :

Itta Purwati, S.Kep

17111024120098

Disetujui untuk diujikan

Pada tanggal, 16 Januari 2018

Pembimbing

**Ns.Milkhatun, M.Kep
NIDN. 1121018501**

**Mengetahui,
Koordinator Mata Kuliah Elektif**

**Ns. Siti Khoiroh M, S.Pd.,M.Kep
NIDN. 1115017703**

LEMBAR PENGESAHAN

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA KLIEN
STROKE DENGAN INTERVENSI INOVASI PENGATURAN POSISI
BARING MIRING 30 DERAJAT DALAM MENCEGAH KEJADIAN
DECUBITUS GRADE I DI RUANG UNIT STROKE CENTER
RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA TAHUN 2017**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

DI SUSUN OLEH :

Itta Purwati, S.Kep

17111024120098

Diseminarkan dan Diujikan
Pada tanggal, 16 Januari 2018

Penguji I

Ns. Sri Nidya Astuti, S.Kep
NIDN. 197204181996032006

Penguji II

Ns. Joanggi WH, M.Kep
NIDN. 1122018501

Penguji III

Ns. Milkhatun, M.Kep
NIDN. 1121018501

Mengetahui,
Ketua
Program Studi Ilmu Keperawatan

Ns. Dwi Rahmah.F,M.Kep
NIDN. 1119097601

KATA PENGANTAR



Assalamualaikum Wr. Wb.

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah *Subhanahu Wa Ta'ala* karena atas anugerah, rahmat, dan nikmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA-N) dengan judul “Analisis praktik klinik keperawatan pada klien stroke dengan intervensi inovasi pengaturan posisi miring 30 derajat dalam mencegah kejadian decubitus grade I di ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2017”. Penulisan laporan karya ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Ners Keperawatan di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur Samarinda.

Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan laporan karya ilmiah ini. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah banyak memberikan bantuan serta bimbingan yaitu kepada:

1. Bapak Prof. Dr. Bambang Setiaj, selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur Samarinda
2. Bapak Ghozali MH., M. Kes, selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur Samarinda.
3. Bapak dr. Rachim Dinata Marsidi, Sp.B., FINAC., M.Kes., selaku Direktur

RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

4. Ibu Ns. Dwi Rahmah. F, M.Kep, selaku Ketua Program Studi Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur Samarinda
5. Ibu Ns. Siti Khoiroh Muflihatin, M.Kep., selaku Koordinator Mata Kuliah Elektif Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur Samarinda
6. Bapak Ns. Sri Nidya Astuti, S.Kep, selaku Perseptor Klinik, *Clinical Care Manager* Ruangan Stroke Center AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda sekaligus Penguji I yang senantiasa memberikan masukan dan semangat kepada penulis dalam menyelesaikan laporan ini.
7. Ibu Ns. Joanggi WH, M.Kep selaku Penguji II yang senantiasa memberikan masukan dan semangat kepada penulis dalam menyelesaikan laporan ini.
8. Ibu Ns.Milkhatun., M.Kep, selaku Penguji III dan pembimbing penulis dalam penyusunan laporan ini
9. Bapak Pardi, SST., selaku Kepala Ruangan Stroke Center AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
10. Seluruh staf Dosen dan petugas Perpustakaan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur Samarinda yang telah banyak membantu penulis dalam penyelesaian laporan ini.
11. Ayahanda “Sam Said” dan Ibunda “Sri Hartati” serta saudara saudariku (Arie dan Yessy) terimakasih atas segala kekuatan, nasehat, doa ,dukungan moril, materi, serta kasih sayang yang tiada henti selama ini
12. Suamiku “Rokhmad “ dan anak-anakku tercinta (Waffa dan Melania) yang selalu mendampingi, memberi dukungan dan semangat kepada penulis.

13. Seluruh staf Puskesmas Sungai Siring yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melanjutkan studi profesi. Khususnya kepada Kepala Puskesmas Sungai Siring ditempat saya bekerja yang telah memberikan toleransi dengan keadaan saya saat bekerja sambil kuliah.
14. Seluruh teman-teman Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur Samarinda yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu. Terima kasih untuk kebersamaan, pertemanan, dan dukungan yang telah diberikan selama ini. Semoga kita semua bisa menjadi orang yang bermanfaat bagi keluarga, bangsa, dan agama. Amin.

Semoga Allah *Subhanahu Wa Ta'ala* memberikan kemurahan atas segala budi baik yang telah diberikan. Penulis telah berusaha semaksimal mungkin demi kesempurnaan penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA-N) ini, namun masih banyak terdapat kekurangan, untuk itu saran dan kritik yang bersifat membangun sangat diharapkan. Penulis berharap agar laporan ini dapat bermanfaat secara maksimal untuk semua pihak dan dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Wassalammu 'alaikum Wr. Wb.

Samarinda, Januari 2018

Penulis

ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA KLIEN STROKE
DENGAN INTERVENSI INOVASI PENGATURAN POSISI MIRING 30
DERAJAT TERHADAP KEJADIAN DECUBITUS GRADE I DI RUANG
STROKE CENTER RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA
TAHUN 2017

Itta Purwati¹, Milkhatun²

ABSTRAK

Stroke merupakan penyakit gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf (*deficit neurologic*) akibat terhambatnya aliran darah ke otak. Stroke merupakan masalah medik yang sering dijumpai, gangguan *neurologic* ini sering terjadi secara mendadak dan tidak jarang menyebabkan kematian. Salah satu dampak dari stroke adalah dekubitus karena stroke dapat menyebabkan kelemahan tubuh sebagian bahkan hingga terjadi kelumpuhan yang menyebabkan pasien stroke *bed rest* dalam waktu yang lama. Luka dekubitus merupakan dampak tekanan yang terlalu lama pada area permukaan tulang yang menonjol dan mengakibatkan berkurangnya sirkulasi darah pada area yang tertekan dan lama kelamaan jaringan setempat mengalami iskemik. Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk mempertahankan toleransi jaringan tersebut adalah teknik alih baring dengan pemberian posisi miring 30 derajat yang dilakukan secara kontinyu setiap 2 jam selama klien mengalami gangguan mobilisasi. Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini bertujuan untuk menganalisis praktik klinik keperawatan pada klien stroke dengan intervensi inovasi pengaturan posisi miring 30 derajat dalam mencegah dekubitus grade I. selama 3 hari perawatan didapatkan hasil tidak ada kemerahan, tidak terdapat perubahan suhu kulit, tidak terdapat nyeri dan sirkulasi jaringan baik. Hasil tindakan intervensi inovasi ini didapatkan bahwa pengaturan posisi miring 30 derajat pada klien stroke dengan imobilisasi dan tirah baring lama sangat efektif dalam mencegah terjadinya dekubitus grade I.

Kata kunci : Stroke, luka dekubitus, pengaturan posisi miring 30 derajat

¹Mahasiswa Ners Keperawatan UMKT Samarinda

¹Dosen UMKT Samarinda

**ANALYSIS OF CLINICAL NURSING PRACTICE IN STROKE
CLIENT WITH INNOVATION INTERVENTIONS POSITION
ARRANGEMENT SETTINGS 30 DEGREES AGAINST GENESIS
DECUBITUS GRADE I IN SPACE STROKE CENTER HOSPITAL
ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA YEAR 2017**

Itta Purwati¹, Milkhatun²

ABSTRACT

Stroke is a disease of the brain functional disorders such as nerve palsy (neurologic deficit) due to the inhibition of blood flow to the brain. Stroke is a common medical problem, this neurologic disorder often occurs suddenly and rarely cause death. One of the effects of a stroke is decubitus because a stroke can cause partial body weakness even to the point of paralysis that causes stroke bed rest patients in a long time. Decubitus wound is an effect of too much pressure on the prominent surface area of the bone and results in decreased blood circulation in the depressed area and over time the local tissues are ischemic. One effort that can be done to maintain the tolerance of the network is the technique of lie baring with 30 degrees inclined positioning is done continuously every 2 hours during the client experiencing disruption mobilization. The final work of Ners (KIAN) is aimed to analyze the practice of nursing clinic on stroke client with innovation intervention of 30 degree incline position in preventing decubitus grade I. for 3 days of treatment, the result is no redness, no change of skin temperature, no pain and good network circulation. The result of this innovation intervention action was found that the arrangement of 30 degree inclined position on the stroke client with immobilization and bed rest is very effective in preventing the occurrence of decubitus grade I

Kata kunci : Stroke, decubitus wound, setting the positin 30 degrees skewed

DAFTAR ISI

Halaman Sampul.....	
Halaman Judul.....	i
Halaman Pernyataan Keaslian Penelitian.....	ii
Halaman Persetujuan.....	iii
Halaman Pengesahan.....	iv
Kata Pengantar.....	v
Abstrak.....	viii
Daftar isi.....	x
Daftar Tabel.....	xii
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Lampiran.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Perumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian.....	6
D. Manfaat Penelitian.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A. Anatomi dan Fisiologi Otak	9
B. Konsep Dasar Teori Stroke	14
C. Konsep Dasar Luka Dekubitus.....	26
D. Evidence Basic Nursing Penerapan Posisi 30 Derajat...	33

	E. Asuhan Keperawatan.....	39
BAB III	LAPORAN KASUS KELOLAAN.....	54
	A. Pengkajian Kasus.....	54
	B. Keluhan Utama.....	54
	C. Data Khusus.....	55
	D. Pengkajian Tambahan.....	57
	E. Pemeriksaan Fisik.....	65
	F. Pemeriksaan Penunjang.....	69
	G. Analisa Data.....	71
	H. Daftar Diagnosa Keperawatan.....	74
	I. Intervensi Keperawatan.....	76
	J. Intervensi Inovasi.....	80
	K. Implementasi Keperawatan.....	81
	L. Evaluasi Keperawatan.....	92
BAB IV	ANALISA SITUASI.....	102
	A. Profil Lahan Praktik.....	102
	B. Analisis Masalah Keperawatan dengan Konsep Terkait...	105
	C. Analisis Intervensi Inovasi.....	110
	D. Alternarif Pemecahan Masalah.....	114
BAB V	PENUTUP.....	116
	A. Kesimpulan.....	116
	B. Saran.....	117

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

Daftar Tabel

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan	50
Tabel 3.1 Instrumen pengkajian dengan indeks Barthel mengukur Kemandirian fungsional sebelum sakit.....	59
Tabel 3.2 Instrumen pengkajian dengan indeks Barthel mengukur Kemandirian fungsional saat sakit.....	60
Tabel 3.3 Pemeriksaan Penunjang	69
Tabel 3.4 Analisa Data.....	71
Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan	76
Tabel 3.6 Intervensi Inovasi	80
Tabel 3.7 Implementasi Keperawatan Hari I	81
Tabel 3.8 Implementasi Keperawatan Hari II	86
Tabel 3.9 Implementasi Keperawatan Hari III	89
Tabel 3.10 Evaluasi Hari I	92
Tabel 3.11. Evaluasi Hari II	95
Tabel 3.12 Evaluasi hari III	98
Tabel 4.1 Hasil intervensi inovasi pengaturan posisi 30 derajat Dalam Mencegah Dekubitus Grade I.....	111

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1.....	9
Gambar 2.2.....	29

Daftar Lampiran

Lampiran 1 Standar Prosedur Operasional

Lampiran 2 Skala Braden

Lampiran 3 Total Skore Skala Braden

Lampiran 4 Skala Morse

Lampiran 5 Biodata

Lampiran 6 Hasil CT-Scan Kepala

Lampiran 5 Jurnal penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan penyebab kematian ketiga di dunia setelah penyakit jantung koroner dan kanker baik di negara maju maupun di negara berkembang. Satu dari 10 kematian disebabkan oleh stroke (Marsh & Keyrouz, 2010; *American Heart Association*, 2014; Stroke forum, 2015). Secara global, 15 juta orang terserang stroke setiap tahunnya, sepertiga meninggal dunia dan sisanya mengalami kecacatan permanen (Stroke forum, 2015). Stroke merupakan penyebab utama kecacatan yang dapat dicegah (*American Heart Association*, 2014). Menurut WHO (2010) mendefinisikan bahwa stroke adalah manifestasi klinis dari gangguan fungsi otak, baik fokal maupun global (menyeluruh), yang berlangsung cepat, berlangsung lebih dari 24 jam atau sampai menyebabkan kematian, tanpa penyebab lain selain gangguan vaskuler. Penyakit stroke sebenarnya sudah tidak asing lagi bagi sebagian besar masyarakat. Hal ini diakibatkan oleh cukup tingginya insidensi (jumlah kasus baru) kasus stroke yang terjadi di masyarakat. Menurut WHO , setiap tahun 15 juta orang di seluruh dunia mengalami stroke. Sekitar lima juta menderita kelumpuhan permanen. Di kawasan Asia Tenggara terdapat 4,4 juta orang mengalami stroke.

Pada tahun 2020 diperkirakan 7,6 juta orang akan meninggal karena penyakit stroke ini (Misbach, 2010). Berdasarkan data yang berhasil dikumpulkan oleh Yayasan Stroke Indonesia (Yastroki), masalah stroke semakin penting dan mendesak, karena kini jumlah penderita stroke di

Indonesia adalah terbanyak dan menduduki urutan pertama di Asia. Jumlah kematian yang disebabkan oleh stroke menduduki urutan kedua pada usia diatas 60 tahun dan urutan kelima pada usia 15 – 59 tahun (Yastroki, 2012).

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Nasional tahun 2013, prevalensi penderita stroke di Indonesia sebanyak 57,9 %, sedangkan prevalensi penderita stroke di Kalimantan Timur adalah sebanyak 7,7 %. Menurut data dari Rekam Medik RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda jumlah pasien di ruang Unit Stroke dari bulan Januari 2017 sampai dengan November 2017 yaitu sebanyak 488 pasien, dimana untuk Stroke Non Hemoragik berjumlah 274 pasien dan Stroke Hemoragik berjumlah 214 pasien. Stroke adalah defisit neurologis yang mempunyai awitan tiba-tiba berlangsung lebih dari 24 jam dan disebabkan oleh penyakit serebrovascular. Stroke terjadi pada saat terdapat gangguan aliran darah ke bagian otak . Aliran darah terganggu karena adanya sumbatan pembuluh darah, karena thrombus atau embolus atau rupture pembuluh darah (Morton et al, 2012).

Dekubitus merupakan kondisi dimana terjadi kerusakan atau kematian kulit sampai jaringan dibawahnya bahkan dapat menembus otot sampai mengenai tulang (Al Kharabsheh et al, 2014), Gradasi dekubitus dibedakan oleh *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP, 2009)* menjadi empat berdasarkan kedalaman jaringan yang mengenainya yaitu grade I yang ditandai dengan kulit kemerahan yang tidak hilang dengan ditekan, biasanya terjadi pada tempat penonjolan tulang. Pigmen kulit tampak lebih gelap dan berbeda dari area sekitarnya, kulit terasa nyeri jika diraba dan teraba hangat. Grade II ditandai dengan adanya kerusakan sebagian dermis dan jaringan

subcutan tetapi tidak melewatinya sampai terlihat fascia. Grade IV merupakan kehilangan lapisan kulit secara lengkap hingga tampak tendon, tulang, dan ruang sendi. dermis ,tampak adanya luka atau kulit tampak rusak dengan warna luka merah, tidak ada nanah pada luka, luka dapat berisi cairan serum atau berbentuk bula.

Risiko terjadinya dekubitus menurut Reuben (2015) dibedakan menjadi dua faktor, yaitu faktor intrinsik dan faktor ekstrinsik. Faktor intrinsik adalah imobilisasi, meningkatnya usia, keadaan malnutrisi, kelembaban, diabetes mellitus, penyakit stroke, penurunan tekanan darah, peningkatan suhu tubuh, dan ras kulit putih. Sedangkan faktor ekstrinsik adalah tekanan, gesekan, dan geseran. Lama imobilisasi sangat berperan terhadap timbulnya dekubitus. Semakin lama klien mengalami imobilisasi semakin besar pula risiko dekubitus. Menurut Suheri (2009), luka dekubitus akan muncul pada hari ke lima setelah imobilisasi. Bahkan menurut penelitian Sabandar (2008) tanda-tanda dimulainya luka dekubitus sudah akan muncul setelah 6 jam imobilisasi. Namun demikian hal ini sangat tergantung dengan upaya pencegahan yang dilakukan.

Penurunan mobilitas sering dijumpai pada klien dengan gangguan neurologis seperti stroke. Umumnya stroke dapat mengakibatkan lima tipe ketidakmampuan yaitu paralisis atau masalah dalam mengontrol gerakan, gangguan sensori, masalah dalam menggunakan atau mengerti bahasa, masalah dalam berpikir dan mengingat serta gangguan emosional. Defisit kemampuan jangka panjang motorik yang umum terjadi karena stroke adalah hemiparesis. Hemiparesis dan hemiplegia dapat menyebabkan pasien menjadi

imobilisasi dan harus tirah baring di atas tempat tidur. Tirah baring yang lama dan tidak adanya kemampuan tubuh untuk dapat bergerak menimbulkan adanya daya gravitasi yang akan memberikan tekanan pada area di bawahnya. Tekanan yang dibiarkan terus menerus akan menyebabkan toleransi jaringan terhadap tekanan menjadi buruk. Tekanan yang tidak dapat ditoleransi tersebut akhirnya menyebabkan okulasi pembuluh darah dan akhirnya menyebabkan hipoksia jaringan. Akibatnya terjadi kebocoran kapiler disebabkan permeabilitas yang meningkat. Lama kelamaan jaringan yang mengalami hipoksia tersebut bila dibiarkan terus menerus akan menyebabkan jaringan menjadi iskemik. Metabolisme anaerob pun berlangsung sehingga akumulasi sampah metabolik menumpuk, menyebabkan akumulasi protein diruang interstisial dan mendukung terjadinya edema jaringan. Edema jaringan akan menghalangi perfusi, sehingga perfusi yang ada sangat buruk yang mencetuskan terjadinya dekubitus (Afrizan, 2015)

Alih baring adalah pengaturan posisi yang diberikan untuk mengurangi tekanan dan gaya gesek pada kulit. Pengaturan posisi dapat mencegah dekubitus pada daerah tulang yang menonjol yang bertujuan untuk mengurangi penekanan akibat tertahannya klien pada pada satu posisi tidur tertentu, alih baring dilakukan setiap 2 jam dan 4 jam sekali). Pengaturan posisi tidur miring 30 derajat dalam upaya pencegahan kejadian dekubitus dilakukan pada klien yang terdiagnosa stroke setelah fase akut, mengalami imobilisasi (tidak mampu miring kanan dan kiri secara mandiri), menjalani perawatan inap minimal 3 hari (Elysabeth, 2010). Dari hasil penelitian Tarihoran, Sitorus dan Sukmarini (2010) dalam jurnal menyebutkan bahwa

“Penurunan luka tekan grade I (*non blanchable erithema*) pada klien stroke melalui posisi miring 30 derajat”, bertujuan untuk membebaskan tekanan pada kulit sebelum terjadinya iskemia jaringan dan luka tekanpun tidak terjadi dengan memiringkan klien 30 derajat secara teratur dan menyangganya dengan matras dalam “rule of 30”, posisi kepala tempat tidur ditinggikan 30 derajat, posisi badan klien dimiringkan 30 derajat dapat di sangga dengan bantal busa terbukti klien bisa bebas dari penekanan area trokanter dan sakral

Dari data diatas menunjukkan bahwa alih baring dengan memiringkan klien 30 derajat secara teratur dan menyangganya dengan matras dapat mencegah terjadinya kejadian dikubitus pada klien stroke. Hal tersebut yang mendasari penulis mengambil judul “Analisis praktik klinik keperawatan pada klien stroke dengan intervensi inovasi pengaturan posisi baring miring 30 derajat dalam mencegah kejadian dekubitus grade I di ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2017”.

B. Perumusan Masalah

Bagaimanakah analisis praktik klinik keperawatan pada klien stroke dengan intervensi inovasi pengaturan posisi baring miring 30 derajat dalam mencegah kejadian dekubitus grade I di ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2017” ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir – Ners (KIA-N) ini bertujuan untuk melakukan analisis praktik klinik keperawatan pada klien stroke dengan intervensi inovasi pengaturan posisi baring miring 30 derajat dalam

mencegah kejadian dekubitus grade I di ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahrane Samarinda Tahun 2017”.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis kasus kelolaan dengan diagnosa medis IVH (Intraventriculer Hemorrhage) + Hipertensi Emergency, yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian.
- b. Menganalisis intervensi pengaturan posisi baring miring 30 derajat dalam mencegah kejadian dekubitus grade I yang diterapkan secara kontinyu pada klien kelolaan dengan diagnosa medis IVH (Intraventriculer Hemorrhage) + Hipertensi Emergency.
- c. Mengidentifikasi hasil tindakan yang sudah diterapkan pada klien dengan diagnose medis IVH (Intraventriculer Hemorrhage) + Hipertensi Emergency

D. Manfaat Penelitian

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini diharapkan dapat bermanfaat dalam dua aspek yaitu

1. Manfaat Aplikatif

a. Bagi Klien

Teknik inovasi pengaturan posisi baring miring 30 derajat dapat digunakan secara mandiri oleh klien untuk mencegah kejadian dekubitus grade I

b. Bagi Perawat

1) Perawat dapat melakukan tindakan asuhan keperawatan secara

komprehensif terhadap klien dengan diagnose IVH (Intraventriculer Hemorrhage) + Hipertensi Emergency.

2) Perawat dapat menambah ilmu pengetahuan dan menjadi salah satu acuan untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan serta memperkuat dukungan bagi perawat dalam pelaksanaan teknik inovasi pengaturan posisi miring 30 derajat sebagai intervensi keperawatan mandiri dalam upaya pencegahan kejadian dekubitus grade I.

c. Bagi Tenaga Kesehatan Lain

Teknik inovasi pengaturan posisi baring miring 30 derajat merupakan salah satu bentuk teknik pengaturan posisi yang dapat diterapkan secara mandiri oleh klien untuk mencegah kejadian dekubitus grade I.

2. Manfaat Keilmuan

a. Bagi Penulis

Menambah ilmu pengetahuan dan wawasan dalam penerapan aplikasi yang digunakan dalam penelitian, terutama untuk mengetahui pengaruh pengaturan posisi baring miring 30 derajat dalam mencegah kejadian dekubitus grade I pada klien IVH (Intraventriculer Hemorrhage) + Hipertensi Emergency

b. Bagi Rumah Sakit Keperawatan

Memberikan rujukan bagi bidang diklat keperawatan dalam mengembangkan kebijakan terkait dengan pengembangan kompetensi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dalam pelaksanaan

teknik inovasi pengaturan posisi miring 30 derajat sebagai intervensi keperawatan mandiri untuk mencegah kejadian dekubitus grade I

c. Bagi Institusi Pendidikan

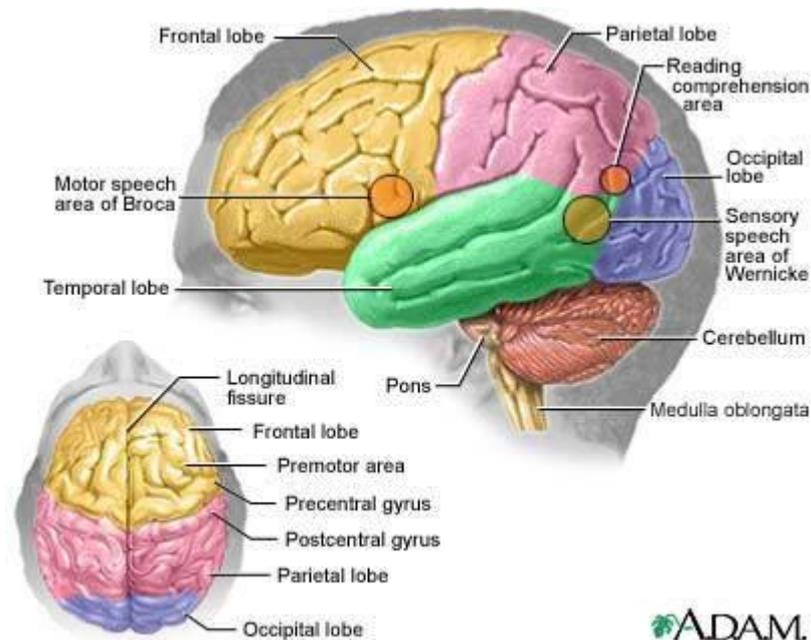
Memberikan rujukan bagi institusi pendidikan dalam melaksanakan proses pembelajaran bagi mahasiswa dengan melakukan intervensi inovasi berdasarkan riset-riset terkini dalam hal ini tentang pelaksanaan teknik inovasi pengaturan posisi baring miring 30 derajat sebagai intervensi keperawatan mandiri untuk mencegah kejadian dekubitus grade I.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Anatomi dan fisiologi otak

1. Otak



Gambar 2.1 Anatomi dan fisiologi otak (Derisky, 2009)

Otak adalah organ vital yang terdiri dari 100-200 milyar sel aktif yang saling berhubungan dan bertanggung jawab atas fungsi mental dan intelektual kita. Otak terdiri dari sel-sel otak yang disebut neuron (Leonard, 1998, dalam Feigin 2007). Otak merupakan organ yang sangat mudah beradaptasi meskipun neuron-neuron di otak mati tidak mengalami regenerasi, kemampuan adaptif atau plastisitas pada otak dalam situasi tertentu bagian-bagian otak dapat mengambil alih fungsi dari bagian-bagian yang rusak. Otak sepertinya belajar kemampuan baru. Ini merupakan mekanisme paling penting yang berperan dalam pemulihan stroke (Feigin, 2007). Secara garis besar, sistem saraf dibagi menjadi 2,

yaitu sistem saraf pusat dan sistem saraf tepi. Sistem saraf pusat (SSP) terbentuk oleh otak dan medulla spinalis. Sistem saraf disisi luar SSP disebut sistem saraf tepi (SST). Fungsi dari SST adalah menghantarkan informasi bolak balik antara SSP dengan bagian tubuh lainnya (Noback dkk, 2009). Otak merupakan bagian utama dari sistem saraf, dengan komponen bagiannya adalah

a. Cerebrum

Cerebrum merupakan bagian otak yang terbesar yang terdiri dari sepasang hemisfer kanan dan kiri dan tersusun dari korteks. Korteks ditandai dengan sulkus (celah) dan girus (Ganong, 2008). Cereberum dibagi menjadi beberapa lobus, yaitu :

1) Lobus frontalis

Lobus frontalis berperan sebagai pusat fungsi intelektual yang lebih tinggi, seperti kemampuan berpikir abstrak dan nalar, bicara (area broca di hemisfer kiri), pusat penghidu, dan emosi. Bagian ini mengandung pusat pengontrolan gerakan volunter di gyrus presentralis (area motorik primer) dan terdapat area asosiasi motorik (area premotor). Pada lobus ini terdapat daerah broca yang mengatur ekspresi bicara, lobus ini juga mengatur gerakan sadar, perilaku sosial, berbicara, motivasi dan inisiatif (Muttaqin, 2008).

2) Lobus temporalis

Lobus temporalis mencakup bagian korteks serebrum yang berjalan ke bawah dari fisura laterali dan sebelah posterior dari

fisura parieto-oksipitalis (Muttaqin, 2008). Lobus ini berfungsi untuk mengatur daya ingat verbal, visual, pendengaran dan berperan dlm pembentukan dan perkembangan emosi.

3) Lobus parietalis

Lobus Parietalis merupakan daerah pusat kesadaran sensorik di gyrus postsentralis (area sensorik primer) untuk rasa raba dan pendengaran (Muttaqin, 2008).

4) Lobus oksipitalis

Lobus oksipitalis berfungsi untuk pusat penglihatan dan area asosiasi penglihatan: menginterpretasi dan memproses rangsang penglihatan dari nervus optikus dan mengasosiasikan rangsang ini dengan informasi saraf lain & memori (Muttaqin, 2008).

5) Lobus limbik

Lobus limbik berfungsi untuk mengatur emosi manusia, memori emosi dan bersama hipotalamus menimbulkan perubahan melalui pengendalian atas susunan endokrin dan susunan otonom (Muttaqin, 2008).

b. Cerebellum

Cerebellum adalah struktur kompleks yang mengandung lebih banyak neuron dibandingkan otak secara keseluruhan. Memiliki peran koordinasi yang penting dalam fungsi motorik yang didasarkan pada informasi somatosensori yang diterima, inputnya 40 kali lebih banyak dibandingkan output. Cerebellum terdiri dari tiga bagian fungsional yang berbeda yang menerima dan menyampaikan informasi ke bagian

lain dari sistem saraf pusat. Cerebellum merupakan pusat koordinasi untuk keseimbangan dan tonus otot. Mengendalikan kontraksi otot-otot volunter secara optimal. Bagian-bagian dari cerebellum adalah lobus anterior, lobus medialis dan lobus fluccolonodularis (Muttaqin, 2008).

c. Brainstem

Brainstem adalah batang otak, berfungsi untuk mengatur seluruh proses kehidupan yang mendasar. Berhubungan dengan diensefalon diatasnya dan medulla spinalis dibawahnya. Struktur-struktur fungsional batang otak yang penting adalah jaras asenden dan desenden traktus longitudinalis antara medulla spinalis dan bagian-bagian otak, anyaman sel saraf dan 12 pasang saraf cranial. Secara garis besar brainstem terdiri dari tiga segmen, yaitu mesensefalon, pons dan medulla oblongata (Muttaqin, 2008)

2. *Nervus Cranialis*

a. *Nervus olfaktorius*

Saraf pembau yang keluar dari otak dibawa oleh dahi, membawa rangsangan aroma (bau-bauan) dari rongga hidung ke otak.

b. *Nervus optikus*

Mensarafi bola mata, membawa rangsangan penglihatan ke otak.

c. *Nervus okulomotoris*

Bersifat motoris, mensarafi otot-otot orbital (otot penggerak bola mata) menghantarkan serabut-serabut saraf para simpati untuk melayani otot siliaris dan otot iris.

d. *Nervus trochlearis*

Bersifat motoris, mensarafi otot-otot orbital. Saraf pemutar mata yang pusatnya terletak dibelakang pusat saraf penggerak mata.

e. *Nervus trigeminus*

Bersifat majemuk (sensoris motoris) saraf ini mempunyai tiga buah cabang. Fungsinya sebagai saraf kembar tiga, saraf ini merupakan saraf otak besar, sarafnya yaitu:

f. *Nervus oltamikus:*

Sifatnya sensorik, mensarafi kulit kepala bagian depan kelopak mata atas, selaput lendir kelopak mata dan bola mata.

g. *Nervus maksilaris:*

Sifatnya sensoris, mensarafi gigi atas, bibiratas, palatum, batang hidung, rongga hidung dan sinus maksilaris.

h. *Nervus mandibula:*

Sifatnya majemuk (sensori dan motoris) mensarafi otot-otot pengunyah. Serabut-serabut sensorisnya mensarafi gigi bawah, kulit daerah temporal dan dagu.

i. *Nervus abduzen*

Sifatnya motoris, mensarafi otot-otot orbital. Fungsinya sebagai saraf penggoyang sisi mata.

j. *Nervus fasialis*

Sifatnya majemuk (sensori dan motori) serabut-serabut motorisnya mensarafi otot-otot lidah dan selaput lendir rongga mulut. Di dalam saraf ini terdapat serabut-serabut saraf otonom (parasimpatis) untuk

wajah dan kulit kepala fungsinya sebagai mimik wajah untuk menghantarkan rasa pengecap.

k. *Nervus auditoris*

Sifatnya sensori, mensarafi alat pendengar, membawa rangsangan dari pendengaran dan dari telinga ke otak. Fungsinya sebagai saraf pendengar.

l. *Nervus glossofaringeus*

Sifatnya majemuk (sensori dan motoris) mensarafi faring, tonsil dan lidah, saraf ini dapat membawa rangsangan cita rasa ke otak.

m. *Nervus vagus*

Sifatnya majemuk (sensoris dan motoris) mengandung saraf-saraf motorik, sensorik dan parasimpatis faring, laring, paru-paru, esofagus, gaster intestinum minor, kelenjar-kelenjar pencernaan dalam abdomen. Fungsinya sebagai saraf perasa.

n. *Nervus asesorius*

Saraf ini mensarafi muskulus *sternokleidomastoid* dan muskulus *trapezium*, fungsinya sebagai saraf tambahan.

o. *Nervus hipoglossus*

Saraf ini mensarafi otot-otot lidah, fungsinya sebagai saraf lidah. Saraf ini terdapat di dalam sumsum penyambung.

B. Konsep Dasar Teori Stroke

1. Pengertian Stroke

Stroke adalah suatu kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke suatu bagian otak tiba-tiba terganggu karena sebagian sel-sel otak

mengalami kematian akibat gangguan aliran darah karena sumbatan atau pecahnya pembuluh darah otak (Nabyl, 2012). Stroke adalah deficit neurologis yang mempunyai awitan tiba-tiba berlangsung lebih dari 24 jam dan disebabkan oleh penyakit serebrovaskuler. Stroke terjadi saat terdapat gangguan aliran darah ke bagian otak. Aliran darah terganggu karena adanya sumbatan pembuluh darah, karena thrombus atau embolus atau rupture pembuluh darah (Morton et al,2012). Stroke atau cedera serebrovaskuler adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh terhentinya suplai darah ke bagian otak (Wijaya dan Putri,2013).

Menurut *World Health Organization (WHO) Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease (Monica) Project* tahun 1988 , Stroke adalah gangguan fungsi serebral, baik fokal maupun menyeluruh (global) yang berlangsung dengan cepat, lebih dari 24 jam, atau berakhir dengan kematian, tanpa ditemukannya penyebab selain daripada gangguan peredaran darah otak. Perubahan vaskular yang terjadi dapat disebabkan karena kelainan pada jantung sebagai pompa, kelainan dinding pembuluh darah dan komposisi darah (Gonzalez dkk, 2011).

2. Klasifikasi

Menurut Muttaqin (2008) Stroke dibagi menjadi dua yaitu :

a. Diklasifikasikan menurut patologi dan gejala kliniknya, yaitu:

1) Stroke Hemoragik

Merupakan perdarahan serebral dan mungkin perdarahan subarachnoid. Disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak

pada daerah otak tertentu. Biasanya kejadiannya saat melakukan aktivitas atau saat aktif, namun bisa juga terjadi saat istirahat. Kesadaran pasien umumnya menurun. Perdarahan otak dibagi dua, yaitu:

a) Perdarahan Intra Serebral

Pecahnya pembuluh darah (mikroaneurisma) terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa yang menekan jaringan otak, dan menimbulkan edema otak. Peningkatan TIK yang terjadi cepat, dapat mengakibatkan kematian mendadak karena herniasi otak. Perdarahan intraserebral yang disebabkan karena hipertensi sering dijumpai di daerah putamen, thalamus, pons dan serebelum.

b) Perdarahan Subaraknoid

Perdarahan ini berasal dari pecahnya aneurisma berry atau AVM. Aneurisma yang pecah ini berasal dari pembuluh darah sirkulasi willisi dan cabang-cabangnya yang terdapat diluar parenkim otak. Pecahnya arteri dan keluarnya keruang subaraknoid menyebabkan TIK meningkat mendadak, meregangnya struktur peka nyeri, dan vasospasme pembuluh darah serebral yang berakibat disfungsi otak global (sakit kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparase, gangguan hemisensorik, dll).

2) Stroke Non Hemoragik

Dapat berupa iskemia, emboli dan thrombosis serebral, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari. Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder. Kesadaran umumnya baik.

b. Klasifikasi Menurut Perjalanan Penyakit dan Stadiumnya

1) TIA (Trans Iskemik Attack)

Adalah gangguan neurologis setempat yang terjadi selama beberapa menit sampai beberapa jam saja. Gejala yang timbul akan hilang dengan spontan dan sempurna dalam waktu kurang dari 24 jam.

2) Stroke Involusi

Adalah stroke yang terjadi masih terus berkembang dimana gangguan neurologis terlihat semakin berat dan bertambah buruk. Proses dapat berjalan 24 jam atau beberapa hari.

3) Stroke Komplit

Adalah dimana gangguan neurologi yang timbul sudah menetap atau permanen . Sesuai dengan istilahnya stroke komplit dapat diawali oleh serangan TIA berulang.

3. Etiologi

Menurut Muttaqin (2008) penyebab stroke yaitu :

a. trombosis Cerebral

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi

sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan oedema dan kongesti di sekitarnya. Thrombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemi serebral. Tanda dan gejala neurologis memburuk pada 48 jam setelah trombosis.

Beberapa keadaan di bawah ini dapat menyebabkan thrombosis otak yaitu :

1) Aterosklerosis

Aterosklerosis merupakan suatu proses dimana terdapat suatu penebalan dan pengerasan arteri besar dan menengah seperti koronaria, basilar, aorta dan arteri iliaka (Ruhyandudin, 2007).

Kerusakan dapat terjadi melalui mekanisme berikut :

- a) Lumen arteri menyempit dan mengakibatkan berkurangnya aliran darah
- b) Oklusi mendadak pembuluh darah karena terjadi trombosis
- c) Merupakan tempat terbentuknya trombus, kemudian melepaskan kepingan trombus (emboli)
- d) Dinding arteri menjadi lemah, dan kemudian terjadilah aneurisme yang dapat pecah dan mengakibatkan perdarahan

2) Hyperkoagulasi pada polisitemia

Darah bertambah kental, peningkatan viskositas/ hematokrit meningkat dapat memperlambat aliran darah serebral.

3) Emboli

Emboli serebral merupakan penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak dan udara. Pada umumnya emboli berasal dari thrombus di jantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteri serebral. Emboli tersebut berlangsung cepat dan gejala timbul kurang dari 10-30 detik. Beberapa keadaan dibawah ini dapat menimbulkan emboli :

- a) Katup-katup jantung yang rusak akibat Rheumatik Heart Disease (RHD)
- b) Infark Myocard
- c) Fibrilasi : Keadaan aritmia menyebabkan berbagai bentuk pengosongan ventrikel sehingga darah terbentuk gumpalan kecil dan sewaktu-waktu kosong sama sekali dengan mengeluarkan embolus-embolus kecil.
- d) Endokarditis oleh bakteri dan non bakteri, menyebabkan kanker bentuknya gumpalan-gumpalan pada endocardium.

b. Hemoragik

Perdarahan intrakranial atau intraserebral termasuk perdarahan dalam ruang subarachnoid atau kedalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena atherosklerosis dan hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan perembesan darah kedalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan membengkak, jaringan otak tertekan, sehingga terjadi

infark otak, oedema, dan mungkin herniasi otak.

c. Hipoksia Umum

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia umum adalah Hipertensi yang parah, Cardiac Pulmonary Arrest, Cardiac output turun akibat aritmia

d. Hipoksia Setempat

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia setempat adalah Spasme arteri serebral yang disertai perdarahan subarachnoid, Vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migraine.

4. Patofisiologi

Hipertensi kronik menyebabkan pembuluh arteriola yang berdiameter 100-400 micrometer mengalami perubahan patologik pada dinding pembuluh darah tersebut berupa hipohialinosis, nekrosis fibrinoid serta timbulnya aneurisma tipe Bouchard. Arteriol-arteriol dari cabang-cabang lentikulostriata, cabang tembus arterio talamus (talamo perforate arteries) dan cabang-cabang paramedian arteria vertebro-basilaris mengalami perubahan-perubahan degeneratif yang sama. Kenaikan darah yang “abrupt” atau kenaikan dalam jumlah yang secara mencolok dapat menginduksi pecahnya pembuluh darah terutama pada pagi hari dan sore hari (Muttaqin 2008).

Jika pembuluh darah tersebut pecah, maka perdarahan dapat berlanjut sampai dengan 6 jam dan jika volumenya besar akan merusak struktur anatomi otak dan menimbulkan gejala klinik. Jika perdarahan yang timbul kecil ukurannya, maka massa darah hanya dapat merasuk dan

menyela di antara selaput akson massa putih tanpa merusaknya. Pada keadaan ini absorpsi darah akan diikuti oleh pulihnya fungsi-fungsi neurologi. Sedangkan pada perdarahan yang luas terjadi destruksi massa otak, peninggian tekanan intrakranial dan yang lebih berat dapat menyebabkan herniasi otak pada falk serebri atau lewat foramen magnum (Muttaqin 2008).

Kematian dapat disebabkan oleh kompresi batang otak, hemisfer otak, dan perdarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak. Perembesan darah ke ventrikel otak terjadi pada sepertiga kasus perdarahan otak di nukleus kaudatus, talamus dan pons. Selain kerusakan parenkim otak, akibat volume perdarahan yang relatif banyak akan mengakibatkan peninggian tekanan intrakranial dan menyebabkan menurunnya tekanan perfusi otak serta terganggunya drainase otak (Muttaqin 2008). Elemen-elemen vasoaktif darah yang keluar serta kaskade iskemik akibat menurunnya tekanan perfusi, menyebabkan neuron- neuron di daerah yang terkena darah dan sekitarnya tertekan lagi. Jumlah darah yang keluar menentukan prognosis. Apabila volume darah lebih dari 60 cc maka resiko kematian sebesar 93 % pada perdarahan dalam dan 71 % pada perdarahan lobar. Sedangkan bila terjadi perdarahan serebelar dengan volume antara 30-60 cc diperkirakan kemungkinan kematian sebesar 75 % tetapi volume darah 5 cc dan terdapat di pons sudah berakibat fatal (Muttaqin 2008).

5. Manifestasi Klinis

Menurut Wijaya dan Putri (2013), gejala utama stroke adalah:

- a. Timbulnya defisit neurologis secara mendadak atau subakut didahului gejala prodromal terjadi pada waktu istirahat atau bangun pagi dan kesadaran biasanya tak menurun kecuali bila embolus cukup besar.
- b. Gejala yang muncul pada perdarahan intraserebral adalah gejala prodromal yang tidak jelas kecuali nyeri kepala karena hipertensi. Sifat nyeri kepala hebat sekali, mual muntah seringkali terjadi sejak permulaan serangan.
- c. Kesadaran biasanya menurun cepat termasuk koma (65% terjadi kurang dari setengah jam, 23 % antara setengah sampai dua jam dan 12% terjadi setelah 2 jam, sampai 19 hari).
- d. Pada perdarahan subaraknoid didapatkan gejala prodromal berupa nyeri kepala hebat dan akut. Kesadaran sering terganggu dan sangat bervariasi. Ada gejala atau tanda rangsangan meninges.
- e. Edema papil dapat terjadi bila ada perdarahan subhialoid karena pecahnya aneurisma pada arteri karotis interna.
- f. Gejala neurologis yang timbul tergantung pada berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasinya, gejala yang muncul dapat berupa kelumpuhan wajah dan anggota badan satu atau lebih anggota badan, gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan, perubahan mendadak status mental, afasia (bicara tidak lancar), ataksia anggota badan, vertigo, mual muntah atau nyeri kepala.
- g. Gejala khusus pada pasien stroke adalah kehilangan motorik misalnya hemiplegia, hemiparesis, menurunnya tonus otot abnormal.

- h. Kehilangan komunikasi misalnya disartria yaitu kesulitan bicara disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara, disfasia atau afasia kehilangan bicara yang terutama ekspresif/ represif.
 - i. Gangguan persepsi yaitu berupa homonimus hemianopsia yaitu kehilangan setengah lapang pandang dimana sisi visual yang terkena berkaitan dengan sisi tubuh yang paralisis, amforfosintesis yaitu keadaan dimana cenderung berpaling
 - j. Gangguan visual spasia yaitu gangguan dalam mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial.
 - k. Kehilangan sensori antara lain tidak mampu merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh (kehilangan propriosetik) sulit mengintepretasikan stimulasi visual , taktil dan auditorius.
6. Komplikasi

Menurut Pudiastuti (2011) komplikasi stroke diantaranya :

a. Akibat Berbaring Lama

1) Bekuan Darah

Mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan, pembengkakan selain itu juga menyebabkan embolisme paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengalirkan darah ke paru.

2) Dekubitus

Bagian yang biasa mengalami memar adalah pinggul , pantat, sendi kaki dan tumit bila memar ini tidak dapat dirawat dapat

menjadi infeksi.

3) Pneumonia

Pasien stroke tidak dapat batuk dan menelan dengan sempurna, hal ini menyebabkan cairan berkumpul di paru- paru dan selanjutnya menimbulkan pneumonia.

4) Atrofi Otot dan Kekakuan Sendi

Pasien stroke mengalami kelemahan yang membuatnya tidak mampu bergerak dan mobilisasi. Apabila ini terjadi dalam jangka waktu yang lama, maka akan mengakibatkan atrofi otot dan kekakuan sendi.

b. Komplikasi Lain Dari Stroke

1) Dysritmia

2) Peningkatan Tekanan Intra Kranial (TIK)

3) Kontraktur

4) Gagal nafas

5) Kematian

c. Akibat Dari Stroke

1) 80-90% bermasalah dalam berpikir dan mengingat

2) 80% penurunan parsial/ total gerakan lengan dan tungkai

3) 70% menderita depresi.

4) 30% mengalami kesulitan bicara, menelan, membedakan kanan dan kiri

7. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Pudiastuti (2011) pemeriksaan yang dapat dilakukan pada

penderita stroke adalah :

- a. Ultrasonografi Doppler mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah system arteri karotis (arteri darah atau muncul plak).
- b. Anografi serebral membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan darah atau obstruksi arteri adalah titik obstruksi atau rupture.
- c. CT Scan memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya infark.
- d. Lumbar Pungsi untuk menunjukkan adanya hemoragik Malformasi Arteriovenosa (MAV)
- e. Sinar X tengkorak menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa yang meluas.
- f. EEG mengidentifikasi masalah berdasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan stroke menurut Wijaya dan Putri (2013) adalah:

a. Penatalaksanaan Umum

- 1) Posisi kepala dan badan atas 20-30 derajat , posisi lateral dekubitus bila disertai muntah. Boleh di mulai mobilisasi bertahap bila hemodinamik stabil.
- 2) Bebaskan jalan nafas dan usahakan ventilasi adekuat bila perlu berikan oksigen 1-2 liter/menit bila ada hasil AGD.
- 3) Kosongkan kandung kemih dengan kateter bila penuh.
- 4) Kontrol tekanan darah dipertahankan normal.

- 5) Suhu tubuh harus dipertahankan, apabila demam kompres dan berikan antipiretik sesuai indikasi.
- 6) Nutrisi peroral hanya boleh di berikan setelah tes fungsi menelan baik bila terdapat gangguan menelan atau pasien yang kesadaran menurun dianjurkan pasang NGT
- 7) Mobilisasi dan rehabilitasi dini jika tidak ada kontraindikasi

b. Penatalaksanaan Medis.

- 1) Trombolitik (Streptokinase)
- 2) Antiplatelet atau antitrombolitik (Acetosal dan Ticlopidin)
- 3) Antikoagulan (Heparin)
- 4) Hemorrhagea (Pentoxifylin)
- 5) Antagonis serotonin (Naftidrofuryl)
- 6) Antagonis calcium (Nifedipine dan Piracetam)

c. Penatalaksanaan Khusus/Komplikasi

- 1) Atasi kejang
- 2) Atasi TIK yang meninggi (manitol, gliserol, furosemid, intubasi, steroid)
- 3) Atasi dekompresi (Kraniotomi)

d. Penatalaksanaan Faktor Risiko

- 1) Atasi hipertensi
- 2) Atasi hiperglikemia
- 3) Atasi hiperurisemia

C. Konsep dasar Luka decubitus

1. Pengertian

Dekubitus adalah kerusakan atau kematian kulit sampai jaringan di bawah kulit, bahkan menembus otot sampai mengenai tulang. akibat adanya penekanan pada suatu area secara terus menerus sehingga mengakibatkan gangguan sirkulasi darah setempat (Rendi, 2012). Luka dekubitus adalah nekrosis seluler yang cenderung terjadi akibat kompresi berkepanjangan pada jaringan lunak antara tonjolan tulang dan permukaan yang padat, yang di sebabkan karena imobilitas (Aini dan Purwaningsih, 2013).

2. Etiologi

Menurut Perry & Potter di dalam jurnal Aini dan Purwaningsinh (2013), Terjadinya dekubitus akibat dari tertekannya daerah tertentu yang menjadi tumpuan beban tubuh dalam waktu yang relative lama (lebih dari 2 jam) penekanan daerah tersebut menyebabkan gangguan sirkulasi cairan tubuh dan oksigen ke jaringan sehingga daerah tersebut akan menunjukkan tanda kemerahan. Hiperemia reaktif (kemerahan) ini merupakan respons tubuh normal terhadap kekurangan aliran darah pada jaringan dibawahnya. Efek dari iskemi akan terjadi kerusakan endotel, penumpukan trombosit dan edema, semua ini menyebabkan nekrosis jaringan akibat lebih terganggunya aliran darah kapiler.

a. Factor intrinsik :

Selama penuaan, regenerasi pada kulit terjadinya lebih lambat sehingga kulit menjadi tipis. Kandungan kalogen pada kulit yang berubah menyebabkan elastilitas kulit berkurang sehingga mengalami deformasi dan kerusakan. Kemampuan system kardiovaskuler yang

menurun dan system yang kurang kompeten menyebabkan penurunan perfusi kulit secara progresif. Status gizi *underweight* atau kebalikannya *overweight*, Anemia *hypoalbuminnemia* yang mempermudah terjadinya dekubitus, memperjelek penyembuhan dekubitus dan sebaliknya bila ada luka dekubitus maka akan menyebabkan kadar Albumin darah menurun

- b. Factor ekstrinsik : kebersihan tempat tidur, alat-alat yang kotor, duduk yang buruk, posisi yang tidak tepat, dan perubahan posisi yang kurang akan memudahkan terjadinya dekubitus.

3. Klasifikasi luka decubitus

Klasifikasi luka decubitus menurut (NPUAP, 2009)

a. Grade I

Kulit kemerahan yang tidak hilang meski ditekan, terlokalisasi, biasanya terdapat di permukaan tulang. Pigmen kulit tampak lebih gelap dan berbeda dari area sekitarnya. Kulit akan terasa nyeri bila diraba, lembut dan hangat.

b. Grade II

Adanya kerusakan dari sebagian dermis tampak sebagai adanya luka atau kulit yang tampak rusak dengan warna luka merah muda tanpa adanya nanah, lukanya dapat berisi serum atau berbentuk bula

c. Grade III

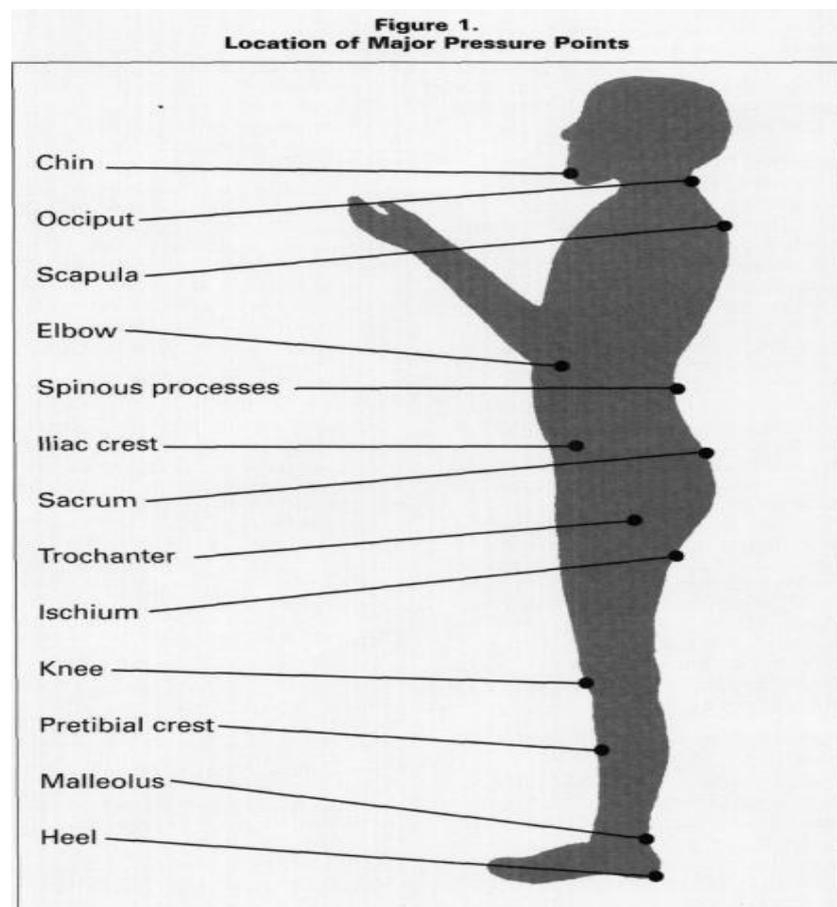
Terdapat jaringan kulit yang hilang, lemak subkutan mungkin masih dapat terlihat namun tendon, tulang maupun otot tidak terpapar. Kemungkinan juga terdapat adanya kawah kecil pada kulit.

d. Grade IV

Adanya kehilangan jaringan total, sehingga bagian tulang, tendon dan otot dapat terlihat dan terpapar. Nanah atau cairan serta jaringan parut dapat ditemukan

4. Tempat (Lokasi) Kejadian Dekubitus

Menurut Stephen & Haynes (2006), mengilustrasikan area-area yang beresiko untuk terjadinya dekubitus. Dekubitus terjadi dimana tonjolan tulang kontak dengan permukaan. Adapun lokasi yang paling sering adalah sakrum, tumit, dan panggul



Gambar 2.2 Area yang paling beresiko terjadi dekubitus

(Sumber: NPUAP, 2007).

5. Pencegahan Decubitus

Pencegahan decubitus merupakan prioritas dalam perawatan pasien dan tidak terbatas pada pasien yang mengalami keterbatasan mobilisasi (Potter & Perry, 2006). Untuk mengurangi kemungkinan perkembangan dekubitus pada semua pasien, perawat harus melakukan berbagai macam tindakan pencegahan, seperti perawat menjaga kebersihan kulit pasien, untuk mempertahankan integritas kulit, mengajarkan pasien dan keluarga untuk pencegahan dan memberikan asuhan keperawatan mengenai cara mencegah dekubitus (Kozier, 2010). Berdasarkan *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP, 2007)*, untuk mencegah kejadian terhadap dekubitus ada 5 (lima) point yang bisa digunakan untuk menilai faktor resiko dekubitus, antara lain sebagai berikut :

- a. Mengkaji faktor resiko pengkajian resiko dekubitus seharusnya dilakukan pada saat pasien masuk rumah sakit dan diulang dengan pola yang teratur atau ketika ada perubahan yang signifikan pada pasien, seperti pembedahan atau penurunan status kesehatan (Potter & Perry, 2010). Berdasarkan *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP, 2014)* mempertimbangkan semua pasien yang berbaring ditempat tidur dan dikursi roda, atau pasien yang kemampuannya terganggu untuk memposisikan dirinya, dengan menggunakan metode yang tepat dan valid yang dapat diandalkan untuk menilai pasien yang beresiko terhadap kejadian dekubitus, mengidentifikasi semua faktor resiko setiap pasien (penurunan status mental , paparan kelembaban, inkontinensia, yang berkaitan dengan tekanan, gesekan, geser,

imobilitas, tidak aktif, defisit gizi) sebagai panduan pencegahan terhadap pasien yang beresiko, serta memodifikasi perawatan yang sesuai dengan faktor resiko setiap pasien.

b. Perawatan pada kulit

Perawatan kulit yang dimaksud disini adalah dengan cara menjaga kebersihan kulit dan kelembaban kulit dengan memberikan *lotion* atau *creams*. Mengontrol kelembaban terhadap urine, feses, keringat, saliva, cairan luka, atau tumpahan air atau makanan, melakukan inspeksi setiap hari terhadap kulit. Kaji adanya tanda-tanda kerusakan integritas kulit (Carville, 2007). Penelitian yang dilakukan oleh Handayani, et al (2011) pemberian *Virgin Coconut Oil (VCO)* dengan *massage* efektif untuk digunakan dalam pencegahan dekubitus derajat I pada pasien yang berisiko mengalami dekubitus. Penelitian yang dilakukan oleh Utomo, et al (2014) *Nigella Sativa Oil* efektif untuk mencegah terjadinya ulkus dekubitus pada pasien tirah baring lama.

c. Memperbaiki status nutrisi

Australian Wound Management Association (AWMA, 2012) memberikan rekomendasi untuk standar pemberian makanan untuk pasien dengan dekubitus antara lain intake energi/kalori 30 – 35 kal/kg per kgBB/hari, 1 – 1,5 g protein/kg per kg BB/hari dan 30 ml cairan/kg per kg BB/hari.

d. *Support surface*

Support surface yang bertujuan untuk mengurangi tekanan (*pressure*), gesekan (*friction*) dan pergeseran (*shear*) (Carville, 2007). *Support*

surface ini terdiri dari tempat tidur, dan matras meja operasi, termasuk pelengkap tempat tidur dan bantal (AWMA, 2012).

e. Memberikan edukasi

Pendidikan kesehatan kepada keluarga dilakukan secara terprogram dan komprehensif sehingga keluarga diharapkan berperan serta secara aktif dalam perawatan pasien, topik pendidikan kesehatan yang dianjurkan adalah sebagai berikut : etiologi dan faktor resiko dekubitus, aplikasi penggunaan *tool* pengkajian resiko, pengkajian kulit, memilih dan atau gunakan dukungan permukaan, perawatan kulit individual, demonstrasi posisi yang tepat untuk mengurangi resiko dekubitus, dokumentasi yang akurat dari data yang berhubungan, demonstrasi posisi untuk mengurangi resiko kerusakan jaringan, dan sertakan mekanisme untuk mengevaluasi program efektifitas dalam mencegah dekubitus (NPUAP, 2014).

6. Pengkajian Resiko Terjadinya Decubitus

Kejadian luka decubitus dapat dilihat dari skala Braden. Menurut Widodo (2007), skala Braden adalah skala untuk menilai resiko terjadinya decubitus. Skala Braden terdiri dari 6 variabel yang meliputi persepsi sensori, kelembaban, tingkat aktifitas, mobilitas, nutrisi, dan gesekan dengan permukaan kasur. Skore maksimum pada skala Braden adalah 23. Skore diatas 20 resiko rendah, 16-20 risiko sedang , 11-15 resiko tinggi dan kurang dari 10 resiko sangat tinggi.

D. EBN (Evidence Basic Nursing) Penerapan Posisi Baring Miring 30 derajat

1. Pengertian

Merubah posisi merupakan kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatan, Hidayat (2006) dalam jurnal keperawatan HKBP balige (2013)

2. Tujuan

Menurut Young 2004 dalam Tarihoran (2010) tujuan dilakukan posisi miring 30 derajat yaitu :

- a. Mencegah terjadinya decubitus
- b. Mengurangi tekanan pada area trokanther
- c. Mengurangi kelembaban kulit pada area punggung
- d. Mengurangi gesekan antara kulit dan tempat tidur
- e. Memungkinkan kulit yang tertekan terekspos udara

3. Indikasi posisi miring 30 derajat

Menurut Young 2004 dalam Tarihoran (2010) indikasi dilakukan posisi miring 30 derajat adalah :

- a. Pasien yang mengalami kelumpuhan sebagian atau seluruh anggota tubuh
- b. Pasien yang mengalami tirah baring lama
- c. Pasien yang mengalami penurunan kesadaran

4. Prinsip umum mengajarkan posisi miring 30 derajat

- a. Lakukan di tempat yang bersih dan rapi

- b. Jelaskan pada pasien/keluarga tujuan posisi miring 30 derajat
 - c. Tempatkan pasien pada posisi yang nyaman dan di tengah tempat tidur
 - d. Observasi dan evaluasi kondisi kulit pasien sebelum dan sesudah melakukamn posisi miring 30 derajat
 - e. Kaji tingkat kenyamanan klien
 - f. Minta keluarga untuk melakukan posisi miring 30 derajat secara mandiri
5. Hal-hal yang perlu perlu diperhatikan : Menurut Hidayat (2006) dalam jurnal keperawatan HKBP balige (2013) :
- a. Pasien tidak dalam kondisi terjadi Peningkatan Tekanan Intraskranial
 - b. Pasien tidak dalam kondisi fraktur servikal, torakal,lumbal, sacral
 - c. Bantal penyanggah tidak terlalu tebal
 - d. Bantal yang digunakan sebagai penyanggah tidak berbahan keras
 - e. Posisi miring 30 derajat minimal dilakukan setiap 1 atau 2 jam
6. Teknik posisi miring 30 derajat menurut Young (2004) dalam Tarihoran (2010) adalah :
- a. Tahap Pra Interaksi
 - 1) Melihat data observasi
 - 2) Melihat intervensi keperawatan yang diberikan oleh perawat
 - 3) Mengkaji program terapi yang diberikan oleh dokter
 - b. Tahap Orientasi
 - 1) Menyapa dan menyebut nama klien
 - 2) Menanyakan bagaimana perasaannya saat ini

- 3) Menjelaskan tujuan dan prosedur posisi miring 30 derajat
- 4) Menanyakan persetujuan dan kesiapan klien

c. Tahap interaksi

- 1) Mencuci tangan sesuai dengan prosedur
- 2) Memastikan posisi klien berada di tengah tempat tidur
- 3) Mengatur posisi klien berbaring di atas tempat tidur
- 4) Menggunakan satu bantal untuk menyanggah kepala dan leher
- 5) Meletakkan satu bantal pada sudut antara bokong dan matras dengan cara memiringkan panggul setinggi 30 derajat
- 6) Meletakkan satu bantal berikutnya memanjang diantara kedua kaki
- 7) Melakukan pemeriksaan kondisi kulit
- 8) Melakukan pengawasan keteraturan merubah posisi serta antisipasi terhadap toleransi kemampuan dan perkembangan kondisi klien
- 9) Merapikan tempat Tidur
- 10) Melakukan dokumentasi tindakan
- 11) Dokumentasi keperawatan
- 12) Mencatat hari,tanggal,waktu dan prosedur yang dilaksanakan
- 13) Mengidentifikassi kondisi kulit klien
- 14) Mencatat hasil kondisi kulit sebelum dan sesudah melakukan tindakan.

d. Tahap terminasi

- 1) Mengevaluasi hasil teknik posisi miring 30 derajat

- 2) Mengajarkan pada klien dan keluarga untuk melaksanakan teknik posisi miring 30 derajat
 - 3) Berpamitan dengan klien
 - 4) Mendokumentasikan tindakan dan respon klien dalam catatan perawatan
7. Mekanisme pengaturan posisi baring miring 30 derajat dalam pencegahan dekubitus

Penurunan mobilitas sering dijumpai pada klien dengan gangguan neurologis seperti stroke. Umumnya stroke dapat mengakibatkan lima tipe ketidakmampuan yaitu paralisis atau masalah dalam mengontrol gerakan, gangguan sensori, masalah dalam menggunakan atau mengerti bahasa, masalah dalam berpikir dan mengingat serta gangguan emosional. Defisit kemampuan jangka panjang motorik yang umum terjadi karena stroke adalah hemiparesis. Hemiparesis dan hemiplegia dapat menyebabkan pasien menjadi imobilisasi dan harus tirah baring di atas tempat tidur. Tirah baring yang lama dan tidak adanya kemampuan tubuh untuk dapat bergerak menimbulkan adanya daya gravitasi yang akan memberikan tekanan pada area di bawahnya. Tekanan yang dibiarkan terus menerus akan menyebabkan toleransi jaringan terhadap tekanan menjadi buruk. Tekanan yang tidak dapat ditoleransi tersebut akhirnya menyebabkan okulasi pembuluh darah dan akhirnya menyebabkan hipoksia jaringan. Akibatnya terjadi kebocoran kapiler disebabkan permeabilitas yang meningkat. Lama kelamaan jaringan yang mengalami hipoksia tersebut bila dibiarkan terus menerus akan menyebabkan jaringan menjadi

iskemik. Metabolisme anaerob pun berlangsung sehingga akumulasi sampah metabolik menumpuk, menyebabkan akumulasi protein diruang interstisial dan mendukung terjadinya edema jaringan. Edema jaringan akan menghalangi perfusi, sehingga perfusi yang ada sangat buruk yang mencetuskan terjadinya dekubitus (Afrizan, 2015).

Alih baring adalah pengaturan posisi yang diberikan untuk mengurangi tekanan dan gaya gesek pada kulit. Pengaturan posisi dapat mencegah dekubitus pada daerah tulang yang menonjol yang bertujuan untuk mengurangi penekanan akibat tertahannya klien pada pada satu posisi tidur tertentu, alih baring dilakukan setiap 2 jam dan 4 jam sekali). Pengaturan posisi tidur miring 30 derajat dalam upaya pencegahan kejadian dekubitus dilakukan pada klien yang terdiagnosa stroke setelah fase akut, mengalami imobilisasi (tidak mampu miring kanan dan kiri secara mandiri), menjalani perawatan inap minimal 3 hari (Elysabeth, 2010). Dari hasil penelitian Tarihoran, Sitorus dan Sukmarini (2010) dalam jurnal “Penurunan luka tekan grade I (*non blanchable erithema*) pada klien stroke melalui posisi miring 30 derajat”, teknik pemberian posisi miring 30 derajat bertujuan untuk membebaskan tekanan pada kulit sebelum terjadinya iskemia jaringan dan luka tekanpun tidak terjadi dengan memiringkan klien 30 derajat secara teratur dan menyangganya dengan matras dalam “rule of 30”, posisi kepala tempat tidur ditinggikan 30 derajat, posisi badan klien dimiringkan 30 derajat dapat di sangga dengan bantal busa terbukti klien bisa bebas dari penekanan area trokanter dan sakral

Dari data diatas menunjukkan bahwa alih baring dengan memiringkan klien 30 derajat secara teratur dan menyangganya dengan matras dapat mencegah terjadinya kejadian dikubitus pada klien stroke. Posisi baring miring 30 derajat dapat mengurangi resiko terjadinya luka pada klien yang mengalami penurunan kemampuan gerak, sesuai dengan penelitian Defloor (2000), menyebutkan bahwa tekanan yang paling minimal dicapai oleh tubuh klien adalah pada saat klien diposisikan baring miring 30 derajat. Tekanan yang minimal ini akan memperlambat terjadinya perkembangan dekubitus

E. ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pengkajian Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Nursalam, 2011)
 - a. Identitas Pasien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status perkawinan, suku bangsa, nomor register, tanggal masuk rumah sakit dan diagnosa medis
 - b. Keluhan Utama
 - 1) Menggambarkan alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan. Pada umumnya keluhan utamanya yakni adanya kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan tingkat kesadaran.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Serangan stroke berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas ataupun sedang beristirahat. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah, bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

3) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan anti koagulan, aspirin, vasodilatator, obat-obat adiktif, dan kegemukan.

4) Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu.

b. Data Khusus

1) *Primary Survey*

a) *Breathing*

- Tidak ada gangguan atau bisa sesak dengan aktivitas ringan atau istirahat
- RR 20x atau lebih
- Ekspansi dada
- Penggunaan otot bantu napas
- Riwayat merokok atau penyakit kronis
-

b) Brain

Kesadaran *compos mentis* GCS 13-15 ,pupil isokor, terdapat reflek cahaya , penurunan fungsi reflek motorik

c) Blood

Tekanan darah dapat normal atau terjadi kenaikan tekanan,perubahan fungsi postural dicatat dari tidur istirahat atau duduk, nadi kuat/ terjadi perubahan. Irama jantung dapat teratur /tidak teratur

d) Bladder

Terpasang kateter atau tidak, terjadi distensi kandung kemih/

tidak, warna urine, output urine

e) Bowel

Klien makan dengan diet rendah garam, bising usus menurun/ tidak, eliminasi BAB normal/ tidak

f) Bone

Kelemahan , kelelahan pola hidup, jadwal olahraga, aktivitas kekuatan otot dan sendi, kekuatan ekstremitas

2) *Secondary Survey*

a) Pengkajian Fungsional

(1) Pola Persepsi Kesehatan-Manajemen Kesehatan

Menjelaskan tentang persepsi atau pandangan klien terhadap sakit yang dideritanya, tindakan atau usaha apa yang dilakukan klien sebelum datang ke rumah sakit, obat

apa yang telah dikonsumsi pada saat akan datang kerumah sakit.

(2) Pola Metabolik-Nutrisi

Menggambarkan asupan nutrisi, keseimbangan cairan dan elektrolit, kondisi rambut, kuku dan kulit, kebiasaan makan, frekuensi makan, nafsu makan, makanan pantangan, makanan yang disukai dan banyaknya minum yang dikaji sebelum dan sesudah masuk RS.

(3) Pola Eliminasi

Menggambarkan pola eliminasi klien yang terdiri dari frekuensi, volume, adakah nyeri, warna dan bau..

(4) Pola Aktivitas dan Latihan (Olahraga)

Menggambarkan kemampuan beraktivitas sehari-hari, fungsi pernapasan dan fungsi sirkulasi. Pada kasus ACS pasien merasa sesak napas saat melakukan aktivitas dan berkurang saat istirahat.

Tabel 3.2 : Instrumen pengkajian dengan indeks Barthel mengukur kemandirian fungsional

No	Item yang dinilai	Skor	Nilai
1	Makan	0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan 2 = Mandiri	
2	Mandi	0 = Tergantung orang lain 1 = Mandiri	
3	Perawatan diri	0 = Tergantung orang lain 1 = Mandiri	
4	Berpakaian	0 = Tergantung orang lain 1 = Sebagian dibantu 2 = Mandiri	
5	BAK (bowel)	0 = Pakai kateter, tidak terkontrol 1 = Kadang inkontinensia 2 = Inkontinensia (teratur)	
6	BAB	0 = Inkontinensia tidak teratur	

		1 = Kadang inkontinensia 2 = Inkontinensia (teratur)	
7	Penggunaan toilet	0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan 2 = Mandiri	
8	Transfer	0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan 2 = Bantuan kecil 3 = Mandiri	
9	Mobilitas	0 = Imobile 1 = Menggunakan kursi roda 2 = Berjalan dengan bantuan 3 = Mandiri	
10	Naik turun tangga	0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan 2 = Mandiri	
Total			

Interpretasi hasil :

20 : Mandiri

12 – 19 : Ketergantungan ringan

9 – 11 : Ketergantungan sedang

5 – 8 : Ketergantungan Berat

0 – 4 : Ketergantungan total

(5) Pola Istirahat dan Tidur

Menggambarkan penggunaan waktu istirahat atau waktu senggang, kesulitan dan hambatan dalam tidur, pada kasus ini biasanya tidak ada masalah mengenai tidur. Selama dirawat di Rumah Sakit mengalami kesulitan tidur karena efek hospitalisasi.

(6) Pola Persepsi-Kognitif

Menggambarkan pola kemampuan klien untuk proses berpikir, pola penglihatan, pendengaran, pengecapn,

penciuman dan persepsi sensasi nyeri serta kemampuan berkomunikasi dan mengerti akan penyakitnya. Klien dengan ACS biasanya mengeluhkan nyeri dada kiri hilang timbul, berdebar-debar, terasa menusuk timbul pada saat beraktivitas maupun istirahat.

(7) Pola Konsep Diri-Persepsi Diri

Menggambarkan citra diri, identitas diri, harga diri dan ideal diri seseorang dimana perubahan yang terjadi pada kasus ACS adanya perubahan fungsi yang menyebabkan penderita mengalami gangguan pada ideal diri. Lamanya perawatan, banyaknya biaya perawatan dan pengobatan menyebabkan pasien mengalami kecemasan.

(8) Pola Hubungan-Peran

Menggambarkan tentang hubungan klien dengan lingkungan disekitar serta hubungannya dengan keluarga dan orang lain. Pasien tidak mengalami masalah dalam hubungan. Selama sakit peran akan mengalami perubahan.

(9) Pola Reproduksi - Seksualitas: Menggambarkan tentang seksualitas klien

(10) Pola Toleransi Terhadap Stres-Koping

Menggambarkan kemampuan koping pasien terhadap masalah yang dialami dan dapat menimbulkan ansietas. Lamanya waktu perawatan, perjalanan penyakit yang kronik, perasaan tidak berdaya karena ketergantungan

menyebabkan reaksi psikologis yang negatif berupa marah, kecemasan, mudah tersinggung dan lain-lain, menyangkal gejala penting atau adanya kondisi takut mati, perasaan ajal sudah dekat, marah pada penyakit atau perawatan, khawatir tentang keuangan, kerja, keluarga dapat menyebabkan penderita tidak mampu menggunakan mekanisme koping yang konstruktif / adaptif.

(11) Pola Keyakinan-Nilai

Menggambarkan sejauh mana keyakinan pasien terhadap kepercayaan yang dianut dan bagaimana dia menjalankannya. Adanya perubahan status kesehatan tidak menghambat penderita dalam melaksanakan ibadah tetapi mempengaruhi pola ibadah penderita.

b) Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi)

- (1) Kepala: bentuk mesocephal, tidak ada lesi pada kulit kepala, tidak ada ketombe, tidak ada alopecia, tidak ada benjolan, tidak ada bekas jahitan/ sikatrik, tidak ada nyeri tekan.
- (2) Rambut: warna hitam, distribusi merata, tekstur halus, tidak rontok, tidak kusut, tidak berbau.
- (3) Mata: pupil isokor pada mata kanan dan kiri pupil bereaksi terhadap cahaya, bentuk simetris, konjungtiva berwarna merah muda, sklera berwarna putih, kornea bening, iris berwarna hitam, palpebra tidak edema, fungsi penglihatan baik, tidak menggunakan kaca mata.

- (4) Telinga: ada/ tidak ada serumen, massa, lendir atau cairan yang keluar dari liang telinga, tidak ada nyeri, membran tympani utuh, fungsi pendengaran baik.
- (5) Hidung: ada/ tidak ada sekret atau cairan yang keluar dari lubang hidung, posisi septum nasi ada di tengah, tidak ada polip, klien dapat membedakan bau-bauan.
- (6) Mulut: membran mukosa lembab, gigi utuh dan tidak ada caries, lidah bersih, tidak ada peradangan dan perdarahan gusi, tidak ada sariawan.
- (7) Tenggorokan : tidak ada pembesaran tonsil, klien dapat menelan dengan baik, tidak ada gangguan bicara.
- (8) Leher: posisi trakea berada di tengah, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.
- (9) Dada: bentuk normal, ekspansi dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, suara napas vesikuler, tidak terdapat penggunaan otot bantu pernapasan.
- (10) Paru-Paru :
 - Inspeksi: RR normal / meningkat, irama napas teratur/ tidak.
 - Palpasi: getaran suara (vokal fremitus) teraba jelas dan sama pada dada kiri dan kanan, iktus cordis teraba pada ICS V midklavikula sinistra.
 - Perkusi: bunyi sonor.

- Auskultasi : suara napas vesikuler, suara ucapan jelas dan sama pada dada kiri dan kanan, tidak ada ronchi atau wheezing pada paru.

(11) Jantung :

- Inspeksi : terdapat denyut apek jantung pada area midsternum lebih kurang 2 cm disamping bawah xifoideus, iktus cordis tidak tampak
- Palpasi : iktus cordis terletak pada ICS V di sebelah medial linea midklavikula sinistra.
- Perkusi : batas jantung kanan atas terletak di ICS II linea parasternalis dextra, batas jantung kanan bawah terletak di ICS IV linea parasternalis dextra, batas jantung kiri atas terletak di ICS II linea parasternalis sinistra, batas jantung kanan bawah terletak di ICS II linea clavicularis dextra.
- Auskultasi : bunyi jantung S1 dan S2 tunggal dan reguler.

(12) Abdomen :

- Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada lesi, tidak ada distensi abdomen, tidak ada asites, tidak ada luka bekas operasi, bayangan pembuluh darah tidak tampak.
- Auskultasi : bising usus 12 x/menit.

- Palpasi : bladder (kandung kemih) tidak penuh, tidak /ada nyeri tekan pada epigastrium, tidak/ ada massa, tidak ada pembesaran hepar dan lien, tidak ada nyeri pada titik mc.burney.
- Perkusi : bunyi tympani.

(13) Kulit: ada/ tidak ada sianosis, lesi, kulit lembab, suhu tubuh, turgor elastis, akral hangat, CRT < 3 detik, tidak ada ulkus.

(14) Genitalia: tidak ada keputihan, tidak ada penyakit kulit disekitar genitalia.

(15) Rektum: tidak ada haemoroid.

Ekstremitas: bentuk simetris, tidak ada kontraktur, tidak /ada edema, tidak ada varises, tidak ada nyeri, aktivitas diatas tempat tidur, kekuatan otot.

c) Pemeriksaan neurologi tingkat kesadaran composmentis, GCS 15 dengan E₄ V₅ M₆.

Fungsi saraf kranial

- (1) *Nervus olfaktorius* : klien dapat membedakan bau minyak kayu putih dan bau sabun.
- (2) *Nervus optikus* : klien dapat membaca tulisan.
- (3) *Nervus okulomotorius* : pupil isokor pada mata kanan dan kiri, pupil bereaksi terhadap cahaya, bola mata mampu mengikuti arah objek.
- (4) *Nervus trochlearis* : bola mata dapat mengikuti arah objek.

- (5) *Nervus trigeminus* : klien dapat mengunyah, terdapat fungsi sensasi pada wajah, dan reflek kedip.
- (6) *Nervus abducentis* : bola mata dapat mengikuti arah objek.
- (7) *Nervus facialis* : klien dapat tersenyum, mengerutkan dahi,
- (8) *Nervus vestibulocochlearis*: klien dapat mendengar bisikan perawat.
- (9) *Nervus glossofaringeus*: klien dapat membedakan rasa manis, asam, asin, pahit.
- (10) *Nervus vagus*: klien dapat menelan dengan baik.
- (11) *Nervus accessorius*: klien mampu melawan tahanan pada saat mengangkat bahu (otot *trapezius*) dan memutar kepala (otot *sternocleidomastoides*).
- (12) *Nervus hipoglossus*: lidah dapat mendorong pipi, tidak ada deviasi.

Refleks Fisiologis

- (1) Refleks patella : terdapat refleks normal
- (2) Refleks bisep : terdapat refleks normal
- (3) Refleks trisep : terdapat refleks normal
- (4) Refleks achilles : terdapat refleks normal

Refleks Patologis

Babinski sign : tidak terdapat refleks abnormal

d) Pemeriksaan Penunjang

- (1) Tes laboratorium seperti darah lengkap, urine lengkap, dll.
- (2) Rontgent kepala dan medulla spinalis

(3) Electro Encephalografi, CT Scan

(4) Magnetic Resonance Imaging /MRI

d. Diagnosa Keperawatan

- 1) Ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan gangguan cerebrovaskuler, hipertensi
- 2) Hambatan mobilitas fisik berhubungan gangguan neuromuscular, penurunan kekuatan otot
- 3) Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan fisiologis, penurunan kekuatan otot
- 4) Konstipasi berhubungan dengan aktivitas fisik tidak mencukupi
- 5) Resiko jatuh dengan faktor resiko penurunan kekuatan otot bawah

e. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan berdasarkan NIC & NOC

No	NANDA	NOC	NIC
1.	Keetidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan gangguan cerebrovaskuler, hipertensi	<p>NOC</p> <p>- Perfusi jaringan: Serebral</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7x24 jam, ketidakefektifan perfusi jaringan serebral tidak terjadi dengan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah sistolik (3) 2. Tekanan darah diastolic (3) <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 : Deviasi berat dari kisaran normal 2 : Deviasi yang cukup besar dari kisaran normal 3 : Deviasi sedang dari kisaran normal 4 : Deviasi ringan dari kisaran normal 5 : Tidak ada deviasi dari kisaran normal <ol style="list-style-type: none"> 1. Sakit kepala (4) 2. Kelesuan (4) 3 Penurunan tingkat kesadaran (5) 	<p>NIC</p> <p>- Monitor Neurologis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Pantau ukuran pupil, bentuk dan kesimetrisan 1.2 Monitor tingkat kesadaran 1.3 Memonitor tingkat orientasi 1.4 Monitor kecenderungan skala koma Glasgow 1.5 Monitor irama jantung, TTV, perubahan dalam status neurologi 1.6 Monitor karakteristik berbicara: kelancaran, adanya aphasia atau kesulitan menemukan kata 1.7 Tingkatkan frekuensi pemantauan neurologis yang sesuai 1.8 Hindari kegiatan yang bisa meningkatkan tekanan intra cranial 1.9 Mulailah melakukan tindakan pencegahan peningkatan tekanan darah dengan teknik non farmakologis seperti terapi healing touch

		<p>4. Kognisi terganggu (4)</p> <p>Keterangan: 1: Berat 2: Besar 3: Sedang 4: Ringan 5: Tidak ada</p>	
2.	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	<p>NOC</p> <p>- Pergerakan</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7x24 jam kemampuan mobilitas kekuatan otot klien meningkat, dengan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Koordinasi (4) 2. Gerakan otot (4) 3. Gerakan sendi (4) 4. Kinerja transfer (4) 5. Bergerak dengan mudah (4) <p>Keterangan: 1: Sangat terganggu 2: Banyak terganggu 3: Cukup terganggu 4: Sedikit terganggu 5: Tidak terganggu</p>	<p>NIC</p> <p>- Peningkatan latihan: latihan kekuatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Dapatkan persetujuan medis untuk memulai program latihan kekuatan, jika diperlukan. 2.2 Bantu pasien dalam mengekspresikan nilai, kepercayaan dan tujuannya dalam melakukan latihan otot dan konsekuensi dari penyalahgunaanya 2.3 Beri informasi mengenai jenis latihan daya tahan otot yang bisa dilakukan. 2.4 Beri latihan peningkatan kekuatan otot 2.5 Spesifikkan tingkat resistensi, jumlah pengulangan, jumlah set (latihan) dan frekuensi dari sesi latihan menurut level kebugaran dan ada atau tidaknya faktor resiko 2.6 Bantu untuk menentukan tingkat kekuatan otot 2.7 Sediakan gambar maupun instruksi tertulis yang bisa di bawa pulang untuk panduan dan bentuk gerakan untuk setiap kelompok otot. 2.8 Kolaborasikan dengan keluarga dan tenaga kesehatan lain dalam merencanakan, mengajarkan dan memonitor program latihan otot.
3.	Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan fisiologis	<p>NOC</p> <p>- Komunikasi</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7 x 24 jam diharapkan hambatan</p>	<p>NIC</p> <p>Peningkatan Komunikasi : kurang bicara</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Monitor kecepatan bicara, tekanan, kecepatan, kuantitas,

	(penurunan sirkulasi ke otak).	komunikasi verbal teratasi dengan indikator : <ol style="list-style-type: none"> 1. Menggunakan bahasa lisan : vocal (4) 2. Menggunakan bahasa lisan : esofagus (4) 3. Kejelasan bicara (4) Skala Indikator : 1: Sangat terganggu 2: Banyak terganggu 3: Cukup terganggu 4: Sedikit terganggu 5: Tidak terganggu	volume, diksi. 3.2 Monitor proses kognitif, anatomi, dan fisiologi terkait dengan kemampuan bicara. 3.3 Kenali emosi dan perilaku fisik pasien sebagai bentuk komunikasi mereka 3.4 Sediakan metode alternatif untuk berkomunikasi dengan berbicara. 3.5 Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan klien. 3.6 Sediakan rujukan pada terapis bicara 3.7 Koordinasikan aktivitas-aktivitas tim rehabilitasi
4.	Konstipasi berhubungan dengan aktivitas fisik tidak mencukupi	NOC - Eliminasi defekasi Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam konstipasi pasien teratasi dengan indikator: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pola BAB dalam batas normal (4) 2. Feses lunak (4) 3. Cairan dan serat adekuat (4) Keterangan: 1: Sangat terganggu 2: Banyak terganggu 3: Cukup terganggu 4: Sedikit terganggu 5: Tidak terganggu	NIC Manajemen konstipasi 4.1 Identifikasi faktor-faktor yang menyebabkan konstipasi 4.2 Monitor tanda-tanda ruptur bowel/peritonitis 4.3 Jelaskan penyebab dan rasionalisasi tindakan pada pasien 4.4 Konsultasikan dengan dokter tentang peningkatan dan penurunan bising usus 4.5 Kolaborasi jika ada tanda dan gejala konstipasi yang menetap 4.6 Jelaskan pada pasien manfaat diet (cairan dan serat) terhadap eliminasi 4.7 Jelaskan pada klien konsekuensi menggunakan laxative dalam waktu yang lama 4.8 Kolaborasi dengan ahli gizi diet tinggi serat dan cairan 4.9 Sediakan privacy dan keamanan selama BAB
5	Resiko jatuh dengan faktor resiko penurunan kekuatan otot bawah	NOC - Kejadian jatuh Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, kejadian jatuh tidak terjadi dengan indikator: <ol style="list-style-type: none"> 1. Jatuh dari tempat tidur (5) 	NIC - Pencegahan jatuh 5.1 Identifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh 5.2 Bantu ambulasi individu yang memiliki ketidakseimbangan 5.3 Letakkan benda-benda dalam jangkauan yang mudah bagi

		<p>2. Jatuh saat di pindahkan (5)</p> <p>Keterangan: 1: Berat 2: Besar 3: Sedang 4: Ringan 5: Tidak ada</p>	<p>pasien</p> <p>5.4 Instruksikan pasien untuk memanggil bantuan terkait pergerakan dengan tepat</p> <p>5.5 Sediakan pencahayaan yang cukup dalam rangka meningkatkan pandangan</p> <p>- Manajemen lingkungan</p> <p>5.6 Singkirkan barang berbahaya dari lingkungan jika diperlukan</p> <p>5.7 Sediakan alat untuk beradaptasi (pegangan tangan)</p> <p>5.8 Gunakan peralatan perlindungan (fiksasi atau pagar pada sisi bed) untuk membatasi mobilitas fisik</p> <p>5.9 Bantu pasien untuk melakukan perpindahan</p>
--	--	--	---

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian kasus

Pengkajian awal dilakukan pada tanggal 22 Desember 2017 jam 13.00 WITA di ruang Unit Stroke RSUD AW. Sjahranie dan didapatkan data-data sebagai berikut :

Identitas klien

Pasien bernama Tn. A, umur 54 tahun, jenis kelamin laki-laki, agama Islam, pendidikan DIII, pekerjaan Sopir, BB: 70 kg, status menikah, tgl MRS 20 Desember 2017 jam 10.20 WITA, No MR: 90.00.05, alamat rumah Jl. Bakungan RT. 8 Samarinda., diagnosa medis IVH (Intraventrikuler Hemorrhage) + Hipertensi Emergency

B. Keluhan Utama

1. Saat masuk rumah sakit (Tanggal: 20 Desember 2017 jam 10.30 WITA)

Klien masuk ke IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie karena pingsan dirumah, mengalami kelemahan pada tangan kanan dan kaki kanan, klien memiliki riwayat hipertensi, stroke dan post craniotomy 6 bulan yang lalu tingkat kesadaran delirium, GCS E₄ V₂ M₅, TD: 220 / 120 mmHg, N: 98 x/menit, RR: 22 x/ menit, S: 37,6 °C, SPO₂ : 99 %, O₂: 3 Lpm

2. Saat pengkajian (Tanggal : 22 Desember 2017 jam 10.00 WITA).

Menurut keterangan istri klien dan perawat kondisi klien belum stabil, Tekanan darah klien masih naik turun, keadaan umum klien lemah, klien terbaring di tempat tidur, klien mengalami kelemahan pada tangan kanan dan kaki kanan, dalam mobilisasi klien dibantu total, tingkat kesadaran

klien delirium, klien gelisah dan berusaha melepas selang infus, terpasang restrain pada tangan kiri, GCS 11, E4V2M5, TD: 180/ 120 mmHg, N: 88 x/ menit, RR:20 x/ menit, S: 36.5⁰c, SPO₂ : 99%

3. Alasan dirawat

Tekanan darah klien tinggi, klien mempunyai riwayat stroke dan post op craniotomy 6 bulan yang lalu, klien mengalami kelemahan pada tangan kanan dan kaki kanan

C. Data Khusus

1. *Primary survey*

a. *Airway*

Tidak ada sumbatan pada jalan napas yang berupa sekret/darah, .

MK : Tidak ada masalah

b. *Breathing*

Klien bernapas spontan, tidak ada retraksi dinding dada, gerakan dinding dada simetris, RR: 20 x/ menit, pola nafas regular, tidak ada sianosis, SpO₂ 99 %, suara napas vesikuler. tidak ada bunyi nafas tambahan berupa ronkhi atau wheezing.

MK : Tidak ada masalah

c. *Circulation*

TD: 180/120 mmHg, Nadi: 88x/menit, nadi teraba kuat dengan frekuensi regular, teraba Ictus cordis di ICS-5, bunyi jantung I dan II tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan, *capillaryrefill time* < 2detik, akral teraba hangat

MK : Ketidakefektifan perfusi jaringan Serebral

2. *Secondary survey*

a. *Brain* :

Saat pengkajian kesadaran klien delirium, keadaan umum klien lemah, GCS 11 (E4, V2, M5), reflek pupil terhadap cahaya ++ (kanan/kiri), reaksi pupil isokor 3 mm (kanan/kiri), pendengaran klien tidak menggunakan alat bantu dengar.

MK : Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral

b. *Breathing*:

Klien bernafas spontan, tidak ada retraksi dinding dada, gerakan dinding dada simetris, RR: 20 x/menit, pola nafas regular, tidak ada sianosis, SpO₂ 99 %, suara napas vesikuler.

MK : Tidak ada masalah

c. *Blood*:

TD: 180/ 120 mmHg, Nadi : 88 x/ menit, nadi teraba kuat dengan frekuensi regular, *Capillary Refil Time* (CRT) < 2 detik, S : 36,6 °C, akral hangat

MK : Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral

d. *Bladder*:

Buang air kecil klien melalui kateter, warna urine kuning jernih, jumlah output urine selama 24 jam ±1700 cc. Input cairan yang berasal dari infus dan minuman/ makanan pasien ±1800 cc.

MK : Resiko infeksi dengan faktor resiko prosedur invasif

e. *Bowel* :

Istri klien mengatakan bila di rumah klien makan 3x sehari habis 1 porsi

dengan nasi, lauk pauk rendah garam dan sayuran. BAB selama di rumah 1x sehari, selama dirawat klien mengkonsumsi makanan dari rumah sakit bubur rendah garam 3x sehari $\frac{3}{4}$ porsi, klien belum BAB sejak 2 hari yang lalu bising usus 3 x/ menit.

MK : Konstipasi

f. *Bone* :

Klien tidak mampu memiringkan tubuhnya ke kanan/kiri secara mandiri. Pergerakan dibantu keluarga/perawati, tidak mengalami patah tulang, ekstremitas teraba hangat, reflek tendon ada, reflek nyeri ada, kelemahan anggota gerak kanan atas dan bawah (Hemiparase dekstra) dengan kekuatan otot 2 pada tangan kanan dan kaki kanan (ada pergerakan sendi, tetapi tidak dapat melawan gravitasi), 4 pada tangan kiri dan kaki kiri (ada pergerakan melawan tahanan tetapi kurang)

MK : Hambatan mobilitas fisik

D. Pengkajian Tambahan (Pola Fungsi Kesehatan Menurut Gordon)

1. Pola persepsi kesehatan-manajemen kesehatan.

Istri klien mengatakan 2 hari sebelum masuk rumah sakit klien mengeluh sakit kepala dan pada hari rabu pagi sekitar jam 09.00 klien gelisah, kejang, kondisi menurun dan tidak sadarkan diri (pingsan). Klien mengalami kelemahan pada tangan kanan dan kaki kanan. Klien mempunyai riwayat stroke pada 6 bulan yang lalu dan dilakukan operasi Craniotomy. Tingkat pengetahuan kesehatan/penyakit istri klien mengatakan klien mengetahui penyakit yang diderita. Perilaku untuk mengatasi masalah kesehatan klien tidak mengkonsumsi makanan yang

asin, jika merasa sakit kepala klien segera berbaring dan istirahat, tetapi jika semakin parah segera memeriksakan diri ke puskesmas. Faktor-faktor resiko sehubungan dengan kesehatan, istri klien mengatakan klien tidak merokok sudah 1 tahun, tidak minum minuman yang beralkohol, klien minum kopi kadang-kadang saja.

MK : Kesiapan meningkatkan perawatan diri

2. Pola metabolik-nutrisi

a. Sebelum sakit.

Istri klien mengatakan klien makan 3 kali sehari dengan porsi cukup dengan lauk pauk, sayuran, buah kadang-kadang saja dan makan selalu habis, istri klien mengatakan bila memasak tidak pernah asin. Klien biasa minum air putih sekitar ± 8 gelas dalam sehari,

b. Selama sakit.

Istri klien mengatakan selama sakit klien makan bubur dari rumah sakit, bila makan menghabiskan $\frac{3}{4}$ porsi makan yang disediakan, minumannya air aqua ± 1000 cc/ hari.

A : TB 165 cm, BB 70 Kg, IMT 21 (normal), LILA 28 cm

B : Gula darah sewaktu 123mg/ dl, Hb 10.1 g/ dL

C : Klien tidak mengalami penurunan berat badan

D : Sebelum masuk RS tidak menerapkan program diet, dan setelah masuk RS makan sesuai yang disediakan RS berupa diit rendah garam.

MK : Kesiapan meningkatkan perawatan diri

3. Pola eliminasi

a. Sebelum sakit

Istri klien mengatakan klien BAB 1 kali sehari dilakukan pada pagi hari dengan konsistensi lunak warna kuning dan kadang kuning kecoklatan/kehijauan, tidak ada masalah dalam BAB dan BAK \pm 4-5 kali sehari dengan warna kuning jernih dan bau yang khas (bau air kencing).

b. Saat sakit

Istri klien mengatakan selama dirawat di rumah sakit klien belum ada BAB selama 2 hari, tidak ada asites, tidak ada distensi abdomen, tidak ada nyeri tekan pada abdomen dan. BAK menggunakan kateter, warna urine kuning jernih, jumlah output urine selama 24 jam \pm 1700 cc. Input cairan yang berasal dari infus dan makan minum klien \pm 1800 cc, tidak teraba distensi kandung kemih.

MK : Konstipasi

4. Pola aktifitas dan latihan (olahraga)

Istri klien mengatakan sebelum sakit klien jalan kaki tiap pagi dan sore disekitar tempat tinggalnya. Selama sakit klien *bedrest*, keadaan umum lemah, dalam memenuhi kebutuhannya, klien dibantu oleh istri dan perawat.

a. Sebelum sakit

Tabel 3.1 : Instrumen pengkajian dengan indeks Barthel mengukur kemandirian fungsional sebelum sakit

No	Item yang dinilai	Skor	Nilai
1	Makan	0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan 2 = Mandiri	2
2	Mandi	0 = Tergantung orang lain 1 = Mandiri	1
3	Perawatan diri	0 = Tergantung orang lain	1

		1 = Mandiri	
4	Berpakaian	0 = Tergantung orang lain 1 = Sebagian dibantu 2 = Mandiri	1
5	BAK (bowel)	0 = Pakai kateter, tidak terkontrol 1 = Kadang inkontinensia 2 = Inkontinensia (teratur)	2
6	BAB	0 = Inkontinensia tidak teratur 1 = Kadang inkontinensia 2 = Inkontinensia (teratur)	2
7	Penggunaan toilet	0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan 2 = Mandiri	2
8	Transfer	0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan 2 = Bantuan kecil 3 = Mandiri	2
9	Mobilitas	0 = Imobile 1 = Menggunakan kursi roda 2 = Berjalan dengan bantuan 3 = Mandiri	3
10	Naik turun tangga	0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan 2 = Mandiri	2
Total			18

b. Saat sakit

Tabel 3.2 : Instrumen pengkajian dengan indeks Barthel mengukur kemandirian fungsional saat sakit

No	Item yang dinilai	Skor	Nilai
1	Makan	0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan 2 = Mandiri	0
2	Mandi	0 = Tergantung orang lain 1 = Mandiri	0
3	Perawatan diri	0 = Tergantung orang lain 1 = Mandiri	0
4	Berpakaian	0 = Tergantung orang lain 1 = Sebagian dibantu 2 = Mandiri	0
5	BAK (bowel)	0 = Pakai kateter, tidak terkontrol 1 = Kadang inkontinensia 2 = Inkontinensia (teratur)	0
6	BAB	0 = Inkontinensia tidak teratur 1 = Kadang inkontinensia 2 = Inkontinensia (teratur)	0
7	Penggunaan toilet	0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan 2 = Mandiri	0
8	Transfer	0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan 2 = Bantuan kecil 3 = Mandiri	0
9	Mobilitas	0 = Imobile	0

		1 = Menggunakan kursi roda 2 = Berjalan dengan bantuan 3 = Mandiri	
10	Naik turun tangga	0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan 2 = Mandiri	0
Total			0

Interpretasi hasil

20 : Mandiri

12 – 19 : Ketergantungan ringan

9 – 11 : Ketergantungan sedang

5 – 8 : Ketergantungan Berat

0 – 4 : Ketergantungan total

5. Sebelum sakit interpretasi hasil pola aktifitas dan latihan klien dengan indeks barthel nilai 18 artinya ketergantungan ringan, saat sakit interpretasi hasil pola aktifitas klien 0 artinya ketergantungan total.

MK: Hambatan mobilitas fisik

6. Pola Istirahat dan Tidur

a. Sebelum sakit

Istri klien mengatakan sebelum masuk rumah sakit tidur klien tidak teratur .

b. Saat sakit

Selama dirawat di rumah sakit klien berbaring terus di tempat tidur, sehingga klien lebih banyak tertidur..

MK : Resiko kerusakan integritas kulit

7. Pola Persepsi-Kognitif.

a. Sebelum sakit

Istri klien mengatakan sebelum sakit dan setelah operasi craniotomy klien mampu berkomunikasi dengan orang lain walaupun terbatas, kadang-kadang nyambung dan kadang- kadang tidak nyambung dengan apa yang dibicarakan, berespon dan berorientasi dengan orang-orang sekitar agak terganngu karena keterbatasan dalam berkomunikasi

b. Saat sakit

Klien diam dan tersenyum saja bila diajak bicara, klien mampu mengikuti perintah tetapi kadang- kadang tidak mau mengikuti perintah yang diberikan

MK : Hambatan komunikasi verbal

8. Pola Konsep diri-persepsi diri

a. Gambaran diri

Gambaran diri klien tidak dapat dikaji karena klien tidak mampu menjawab pertanyaan yang diberikan baik pertanyaan terbuka dan tertutup (pertanyaan tentang bagian dari tubuh mana yang paling disukai dan tidak disukai)

MK : Hambatan komunikasi verbal

b. Identitas diri

Klien adalah anak kedua dari lima bersaudara, klien adalah seorang kepala keluarga dan suami bagi istrinya. Klien tidak mempunyai anak.

MK : Kesiapan meningkatkan konsep diri

c. Peran diri

Klien adalah seorang kepala keluarga. Istri klien mengatakan sebelum sakit klien adalah seorang suami yang sangat bertanggung jawab pada keluarga, klien bekerja sebagai sopir taksi

MK : Disfungsi proses keluarga.

d. Ideal diri

Istri klien mengatakan setelah sakit stroke klien tidak dapat melakukan perannya sebagai suami untuk mencari nafkah. Semua kebutuhan klien sekarang bergantung pada istrinya.

MK : Disfungsi proses keluarga

e. Harga diri

Istri klien mengatakan selama klien sakit klien tidak dapat bekerja lagi.

Istri klien mengatakan keluarga suaminya belum ada yang bisa datang menjenguk

MK : Resiko harga diri rendah situasional

9. Pola hubungan-peran

a. Sebelum sakit

Istri klien mengatakan hubungannya dengan keluarga suami kurang dekat tetapi baik-baik saja. Klien tinggal berdua saja dengan istrinya, karena klien tidak mempunyai anak. Kedua orang tua klien masih hidup dan tinggal di depan rumah klien tetapi sudah tua dan sudah sering sakit sakitan.

b. Saat sakit

Selama dirawat belum ada keluarga yang datang menjenguk, istri klien

mengatakan mungkin mereka masih sibuk sehingga belum sempat datang untuk menjenguk klien.

MK : Hambatan interaksi sosial

10. Pola reproduksi-seksualitas

a. Sebelum sakit

Istri klien mengatakan sudah menikah dengan suaminya \pm 10 tahun, tetapi belum dikaruniai anak. Selama menikah klien tidak KB

b. Saat sakit

Istri klien mengatakan tidak melakukan hubungan suami istri karena klien sedang sakit.

MK : Ketidakefektifan pola seksual

15. Pola toleransi terhadap stress-koping

a. Sebelum sakit

Istri klien mengatakan sebelum sakit stroke klien adalah seorang suami yang sabar dan penyayang, bila ada masalah selalu dibicarakan untuk diselesaikan bersama-sama.

b. Saat sakit

Istri klien mengatakan selama klien sakit semua keputusan tergantung kepadanya, tetapi istri klien selalu meminta persetujuan klien sebelum mengambil keputusan. Klien biasanya tersenyum bila setuju dan diam saja atau menggeleng bila tidak setuju.

MK: Kesiapan meningkatkan penyesuaian individu

16. Pola keyakinan-nilai

a. Sebelum sakit

Klien beragama Islam, menurut istrinya sebelum sakit klien rajin sholat 5 waktu

b. Saat sakit

Istri klien mengatakan setelah sakit stroke klien tidak bisa sholat tetapi istrinya selalu membimbing klien untuk selalu mengingat Allah dengan mengucapkan salam,berdoa sebelum dan sesudah makan, selalu mengucapkan “Bismillah” sebelum melakukan perawatan pada klien. Respon klien tersenyum dan kadang-kadang mengikuti arahan

MK : Hambatan religiositas

E. Pemeriksaan Fisik (*Head to Toe*)

1. Kepala

Bentuk mesocephal, terdapat bekas luka post operasi craniotomy pada daerah kepala bagian kiri, tidak terdapat ketombe, rambut hitam dan disertai uban, distribusi rambut merata dan pendek.

2. Mata

Mata kiri dan kanan simetris, pupil bereaksi terhadap cahaya +/+, konjuktiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, tidak ada edema pada kelopak mata, klien tidak menggunakan alat bantu penglihatan

3. Hidung

Bentuk hidung simetris pada bagian kiri dan kanan, klien bernapas spontan, tidak terpasang NGT.

4. Mulut

Mukosa bibir lembab, rongga mulut lembab, lidah basah , gigi klien sudah tidak lengkap.

5. Telinga

Bentuk dan posisi telinga simetris, daun telinga lentur, tidak menggunakan alat bantu dengar, tidak ada serumen dan telinga klien bersih.

6. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak teraba pembesaran kelenjar tyroid.

7. Dada

Bentuk dada normal gerakan simetris, postur normal, tidak ada retraksi dinding dada, tidak terdapat lesi, tidak ada pembengkakan atau penonjolan, Ictus kordis tidak terlihat,

8. Paru – Paru

- a. Inspeksi : Irama napas teratur, RR : 20 x/menit
- b. Palpasi : Tidak ada pembengkakan dan tidak ada krepitasi pada kedua lapang paru, ictus cordis teraba pada ICS V, midklavikula sinistra, tidak ada nyeri pada tulang dada
- c. Perkusi : Bunyi sonor
- d. Auskultasi: Suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan, tidak ada ronchi, tidak ada wheezing

9. Jantung

- a. Inspeksi : Ictus cordis tidak tampak
- b. Palpasi : Ictus cordis teraba di ICS V, di sebelah medial linea midklavikula sinistra
- c. Perkusi : Batas jantung kanan atas terletak di ICS II linea

Parasternalis dextra, batas jantung kanan bawah terletak di ICS IV parasternalis dextra, batas jantung kiri atas di ICS II linea parasternalis sinistra, batas jantung kanan bawah terletak di ICS II linea klavikularis dextra

d. Auskultasi : Bunyi jantung S1 dan S2 tunggal dan reguler

10. Abdomen

a. Inspeksi : Abdomen datar, tidak ada lesi, tidak ada distensi abdomen, tidak ada asites, tidak ada luka bekas operasi

b. Auskultasi : Bising usus 3 x/ menit

c. Palpasi : Tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan epigastrium, tidak ada massa, tidak ada pembesaran hepar dan lien, tidak ada nyeri tekan pada titik mc. Burney

d. Perkusi : Bunyi tympani

11. Genetalia

Klien BAK menggunakan kateter, warna urine kuning jernih, jumlah output urine selama 24 jam \pm 1700 cc, tidak ada edema.

12. Integumen

Kulit lembab, akral hangat, CRT < 2 detik , tidak ada lesi, tidak ada luka

13. Ekstremitas

Terdapat edema pada ekstremitas atas (tangan kanan dan tangan kiri), aktivitas (mobilitas fisik, alih baring, tindakan perawatan, pemenuhan ADL) diatas tempat tidur, dengan bantuan total, skala kekuatan otot

2	4
2	4

Klien mengalami kelemahan anggota gerak kanan atas dan bawah (Hemiparase dekstra) dengan kekuatan otot 2 pada tangan kanan dan kaki kanan (ada pergerakan sendi,tetapi tidak dapat melawan gravitasi), 4 pada tangan kiri dan kaki kiri (ada pergerakan melawan tahanan tetapi kurang)

14. Neurologi

Tingkat kesadaran : Delirium, GCS (E₄, V₂, M₅)

Fungsi 12 saraf Kranial :

a. Saraf Kranial I (*Olfaktorius*)

Lubang hidung tidak terdapat secret, klien hanya tersenyum saat ditanya bau minyak kayu putih dan sabun) pada kedua lubang hidung.

b. Saraf Kranial II (*Optic*)

Klien tidak dapat membaca tulisan

c. Saraf Kranial III, IV, VI (*Okulomotor, Troklearis, Abdusen*)

Pupil isokor pada mata kanan dan kiri (3mm / 3mm), pupil bereaksi terhadap cahaya, bola mata mampu mengikuti arah obyek

d. Saraf Kranial V(*Trigeminus*)

Klien dapat merasakan sentuhan dan mampu mengunyah dan menelan dengan baik, dan tidak ada nyeri dalam menelan.

e. Saraf Kranial VII (*Fasialis*)

Klien tidak mau mengerutkan alis, tidak mau mengangkat dahi, dapat memejamkan mata, klien dapat menunjukkan gigi, klien diam dan tersenyum saat di ajak berbicara.

f. Saraf Kranial VIII (*Vestibulokoklearis*)

Klien dapat mendengar bisikan perawat

g. Saraf Kranial IX-X (*Glossofarineus, Vagus*)

Klien diam saja saat ditanya rasa pada makanan (manis, pahit, asin)

Klien susah berbicara.

h. Saraf Kranial XI (*Aksesorius*) Pasien dapat menoleh melawan tahanan.

Tidak ada atropi otot

i. Saraf Kranial XII (*Hipoglossus*)

Klien tersenyum saat diminta mendorong pipi dengan lidah

Babinski Sign : Tidak terdapat reflek abnormal

F. Pemeriksaan Penunjang

1. Hasil Laboratorium (Tanggal 21 Desember 2017)

Tabel 3.3 Pemeriksaan Laboratorium

No	Pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai Normal
1.	Leukosit	12.08	$10^3/\mu\text{L}$	4.80-10.8
2.	Eritrosit	4.96	$10^6/\mu\text{L}$	4.70-6.10
3.	Hemoglobin	10.7	g/ dl	14.0-18.0
4.	Hematokrit	31.6	%	37.0-54.0
5.	MCV	64.8	fL	81.0-99.0
6.	MCH	20.6	pg	27.0-31.0
7.	MCHC	35.7	g/dL	33.0-37.0
8.	PLT	292	$10^3/\mu\text{L}$	150-450
9.	RDW-SD	42.5	fL	35.0-47.0
10.	RDW-CV	18.6	%	11.5-14.5
11.	PDW	15.5	fL	9.0-13.0
12.	MPV	10.0	fL	7.2-11.1
13.	P-LCR	30	%	15-25
14.	PCT	0.09	%	0.15-0.40
15.	Neutrofil#	12,7	$10^3/\mu\text{L}$	1.5-7.0
16.	Neutrofil%	84	%	40-74
17.	Limfosit#	1.04	$10^3/\mu\text{L}$	1.00-3.70
18.	Limfosit%	12	%	19-48
19.	Monosit#	0.20	$10^3/\mu\text{L}$	0.16-1.00
20.	Monosit%	2	%	3-9
21.	Eosiofil#	0.19	$10^3/\mu\text{L}$	0.00-0.80
22.	Eosinofil%	2	%	0-7
23.	Basofil#	0.0	$10^3/\mu\text{L}$	0.0-0.2
24.	Basofil%	0	%	0-1
25.	Laju endap darah	16,2	Mm/jam	< 10
26.	Glukosa sewaktu	83	Mg/dL	70 – 140
27.	Ureum	39	mg/dl	19.3-49.2
28.	Creatinin	1,5	mg/dl	0.7-1.3
29.	Natrium	135	Mmol/L	135-155
30.	Kalium	4.1	Mmol/L	3.6-5.5
31.	Chloride	98	Mmol/L	98-108
32.	Albumin	3,5	g/dl	3.5-5.2
33.	SGOT	59	U/L	<35

34	SGPT	27	U/L	< 41
----	------	----	-----	------

2. Hasil CT-Scan (Tanggal 20 Desember 2017)

Keterangan klinis : Hemiparese sinistra

Pemeriksaan CT- Scan kepala tanpa kontras irisan axial dengan hasil sebagai berikut :

- a. Tampak lesi hipodens bulat kecil pada putamen ganglia basalis kanan dan lesi hipodent pada capsule eksterna hemisfer cerebri kiri
- b. Tampak pula lesi hiperdens intraventrikuler lateralis kiri dengan volume sekitar 7,435 ml
- c. Tidak tampak midline shift
- d. Sulci dan gyri normal
- e. Sistem ventrikel lainnya dan cisterna tampak normal
- f. Pons dan cerebellum tampak normal
- g. Klasifikasi pada pineal body
- h. Sinus paranasalis dan air cell mastoid tampak normal
- i. Defek tulang pada pada os temporoparietalis kiri

Kesan :

- a. Hematoma intravetrikuler lateralis kiri dengan volume sekitar 7,435 ml
- b. Infark ganglia basalis bilateral

3. Hasil EKG (Tanggal 20 Desember 2017)

Kesan: gambaran dalam batas normal

G. Terapi Medis

1. RL 16 tpm

2. O2 3 lpm
3. Injeksi :
 - a. Kalnex 3 x 500 mg
 - b. Ranitidin 2x1 amp
 - c. Omz 2x40 mg
 - d. Santagesik 3x1 amp
 - e. Manitol 4 x 150 cc

H. Analisa Data

Tabel 3.4 :Analisa Data

No	Data	Etiologi	Problem
1.	<p>DS :</p> <p>Istri klien mengatakan klien dapat berbicara tetapi pelo dan selama dirawat klien jarang bicara, klien mempunyai riwayat stroke dan operasi craniotomy 6 bulan yang lalu</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum klien lemah - Klien berbaring di tempat tidur, dengan posisi kepala Head Up 30° - Terdapat luka post craniotomy pada kepala sebelah kiri - Klien diam saja dan tersenyum saat ditanya - Kesadaran klien delirium - GCS 11 (E4, V2, M5) - TD : 180/ 120 mmHg - RR : 20 x/ menit - N : 88 x/ - S : 36,6 ° C - Klien mengalami kelemahan pada tangan kanan dan kaki kanan - Skala kekuatan otot <ul style="list-style-type: none"> kekuatan otot 2 pada tangan kanan dan kaki kanan (ada pergerakan sendi,tetapi tidak dapat melawan gravitasi), 4 pada tangan kiri dan kaki kiri (ada pergerakan melawan tahanan tetapi kurang) - Hasil pemeriksaan penunjang <ul style="list-style-type: none"> • CT-Scan Kepala <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hematoma intraventrikuler lateralis kiri dengan volume sekitar 7,435 ml ▪ Infark ganglia basalis bilateral 	Hipertensi	Ketidakefektifan perfusi jaringan Serebral
2.	DS :		

	<ul style="list-style-type: none"> - Istri klien mengatakan klien dapat berbicara tetapi pelo, selama di rumah sakit klien tidak bicara, bila ditanya kadang kadang saja mau menjawab <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum klien lemah. - Klien berbaring di tempat tidur - Klien diam dan tersenyum saja saat diajak bicara. - Klien gelisah, - Kesadaran Delirium - GCS 11 (E4, V2, M5) - TD : 180/120 - Hasil pemeriksaan penunjang CT-Scan Kepala: Hematoma intraventrikuler lateralis kiri dengan volume sekitar 7,435 ml Infark ganglia basalis bilateral 	Gangguan fisiologis (penurunan sirkulasi ke otak).	Hambatan komunikasi verbal (00051)
3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Istri klien mengatakan selama dirawat di rumah sakit klien tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum klien lemah - Klien berbaring di tempat tidur - Klien mengalami kelemahan pada tangan kanan dan kaki kanan - Klien tidak mampu miring kanan, miring kiri dan alih baring secara mandiri - Indeks Barthel (mengukur kemandirian fungsional klien) hasil interpretasi 0 artinya ketergantungan total. - Semua aktivitas klien dilakukan di atas tempat tidur - Semua aktivitas klien dibantu keluarga dan perawat - kekuatan otot Skala kekuatan otot kekuatan otot 2 pada tangan kanan dan kaki kanan (ada pergerakan sendi, tetapi tidak dapat melawan gravitasi), 4 pada tangan kiri dan kaki kiri (ada pergerakan melawan tahanan tetapi kurang) - TD : 180/120 mmHg - Hasil pemeriksaan penunjang CT-Scan Kepala: Hematoma intraventrikuler lateralis kiri dengan volume sekitar 7,435 ml Infark ganglia basalis bilateral 	Gangguan neuromuskular, penurunan kekuatan otot	Hambatan mobilitas fisik (00085)
4.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Istri klien mengatakan selama dirawat klien berbaring terus di tempat tidur, klien tidak mampu bergerak miring kanan dan kiri sendiri <p>DO :</p>	Faktor resiko faktor mekanik (imobilitas fisik)	Risiko kerusakan integritas kulit (00047)

	<ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum klien lemah - Klien berbaring di tempat tidur dengan posisi terlentang, dan posisi kepala dinaikkan 30 derajat - Klien mengalami kelemahan pada tangan kanan dan kaki kanan - Klien tidak mampu miring kanan, miring kiri dan melakukan alih baring secara mandiri - Resiko luka dekubitus klien berdasarkan skala Braden hasil interpretasi 10 artinya resiko tinggi terjadi luka dekubitus - Pada pemeriksaan kulit, tidak ada kemerahan di badan dan area penonjolan tulang - Tidak ada eritema pada kulit - Tidak ada pengelupasan kulit - Tidak ada sianosis - Kondisi kulit klien lembab - Hasil pemeriksaan penunjang LAB: Hb 10,1 g/dl Leukosit : 12,08 10³/uL 		
5	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Istri klien mengatakan bahwa selama di rawat 2 hari klien belum ada BAB <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum klien lemah - Klien berbaring di tempat tidur - Klien tidak mampu miring kanan, miring kiri dan melakukan alih baring secara mandiri - Terpasang pampers - Perut klien tidak kembung - Bising usus 3x/menit - Tidak ada acites - Tidak ada distensi abdomen - Hasil pemeriksaan penunjang - LAB: Hb 10,1 g/dl Leukosit : 12,08 10³/UI 	Gangguan neurologis, ketidakadekuatan toileting	Konstipasi (00011)
6	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Istri klien mengatakan tangan dan kaki kanan klien sangat lemah, klien tidak mampu bergerak sendiri, semua aktifitas klien dilakukan di atas tempat tidur dan harus dibantu <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum klien lemah - Kesadaran klien delirium - Klien gelisah - GCS 11 (E4, V2, M5) - Terpasang restrain di ekstremitas kiri - TD : 180/ 120 mmHg - Klien berbaring di tempat tidur - Klien mengalami kelemahan pada tangan kanan dan kaki kanan 	Faktor resiko fisiologis (Gangguan mobilitas)	Resiko jatuh (00155)

	<ul style="list-style-type: none"> - Klien tidak mampu miring kanan, miring kiri dan alih baring secara mandiri - Semua aktivitas klien dilakukan di atas tempat tidur - Semua aktivitas klien dibantu keluarga dan perawat - kekuatan otot Skala kekuatan otot 2 pada tangan kanan dan kaki kanan (ada pergerakan sendi, tetapi tidak dapat melawan gravitasi), 4 pada tangan kiri dan kaki kiri (ada pergerakan melawan tahanan tetapi kurang) - Terpasang gelang resiko jatuh - Skala Morse hasil interpretasi ≥ 51, berarti resiko tinggi jatuh 		
--	---	--	--

H. Daftar Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral dengan faktor resiko Hipertensi
2. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan : Gangguan fisiologis (penurunan sirkulasi ke otak) (00051)
3. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, penurunan kekuatan otot (00085)
4. Risiko kerusakan integritas kulit dengan faktor resiko eksternal faktor mekanik (imobilitas fisik, tekanan, gaya gesek) (00047)
5. Konstipasi berhubungan dengan gangguan neurologis, ketidakadekuatan toileting (00011)
6. Resiko jatuh dengan faktor resiko fisiologis (gangguan mobilitas) (00155)
7. Kesiapan meningkatkan perawatan diri (000182)
8. Resiko harga diri rendah situasional (00153)
9. Disfungsi proses keluarga (00063)
10. Ketidakefektifan pola seksual (00065)
11. Kesiapan meningkatkan penyesuaian individu (00212)

12. Hambatan religiositas (00169)

I. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral dengan faktor resiko Hipertensi
2. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan : Gangguan fisiologis (penurunan sirkulasi ke otak) (00051)
3. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, penurunan kekuatan
4. Risiko kerusakan integritas kulit dengan faktor resiko eksternal faktor mekanik (imobilitas fisik,tekanan,gaya gesek) (00047)
5. Konstipasi berhubungan dengan gangguan neurologis, ketidakadekuatan toileting (00011)
6. Resiko jatuh dengan faktor resiko fisiologis (gangguan mobilitas) (00155)

J. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.5 : Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (NANDA)	NOC & Indikator	NIC & Aktivitas
1.	Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral dengan faktor resiko penyakit Hipertensi	<p>Perfusi jaringan : Cerebral (0406)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7 x 24 jam masalah keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan serebral belum teratasi dengan skala (1,2,3,4,5) dengan indikator :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah sistolik (2) • Tekanan darah (2) • Penurunan tingkat kesadaran (5) <p>Keterangan skala indikator</p> <p>1= Deviasi berat dari kisaran Normal</p>	<p>Monitor Neurologi (2620)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Pantau ukuran pupil, bentuk kesimetrisan dan reaktifitas 1.2 Monitor tingkat kesadaran 1.3 Monitor kecenderungan GCS. 1.4 Monitor TTV : TD, N, RR, S. 1.5 Monitor status pernapasan : nilai ABG, tingkat oksimetri, kedalaman, pola, laju/ tingkat dan usaha (bernafas). 1.6 Monitor refleks batuk dan muntah. 1.7 Monitor kekuatan pegangan.. 1.8 Monitor kesimetrisan wajah.

		<p>2= Deviasi cukup berat dari kisaran normal 3= Deviasi sedang dari kisaran normal 4= Deviasi ringan dari kisaran normal 5= Tidak ada Deviasi dari kisaran normal</p> <p>Status Neurologi (0909) - Kesadaran (3) - Fungsi sensorik & motorik (3) - Orientasi kognitif (3) - Aktifitas kejang (5)</p> <p>Keterangan skala indikator 1 = Sangat terganggu 2 = Banyak terganggu 3 = Cukup terganggu 4 = Seikit terganggu 5 = Tidak terganggu</p>	<p>Manajemen Kejang (2680) 1.9 Pertahankan jalan napas 1.10 Longgarkan pakaian 1.11 Monitor TTV 1.12 Monitor status neurologi 1.13 Berikan obat anti kejang dengan benar bila perlu</p>
2.	<p>Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan fisiologis (penurunan sirkulasi ke otak). (00051)</p>	<p>Komunikasi (1902) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7 x 24 jam diharapkan masalah hambatan komunikasi verbal teratasi dengan skala (1,2,3,4,5) dengan indikator :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menggunakan bahasa yg tertulis (2) - Menggunakan bahasa lisan : vocal (2) - Kejelasan bicara (2) - Menggunakan bahasa non verbal (2) <p>Keterangan skala indikator : 1 = Sangat terganggu 2 = Banyak terganggu 3 = Cukup terganggu 4 = Sedikit terganggu 5 = Tidak terganggu</p>	<p>Peningkatan Komunikasi : Kurang Bicara (4976) 2.1 Monitor kecepatan bicara, tekanan, kecepatan, kuantitas, volume, diksi. 2.2 Monitor proses kognitif, anatomi, dan fisiologi terkait dengan kemampuan bicara. 2.3 Kenali emosi dan perilaku fisik pasien sebagai bentuk komunikasi mereka. 2.4 Sediakan metode alternatif untuk berkomunikasi dengan berbicara. 2.5 Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan klien. 2.6 Sediakan rujukan pada terapis bicara 2.7 Koordinasikan aktivitas-aktivitas tim rehabilitasi</p>
3.	<p>Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan</p>	<p>Pergerakan (0208) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7 x 24 jam diharapkan masalah hambatan</p>	<p>Peningkatan Mekanika Tubuh (0140) : 3.1 Kaji komitmen pasien untuk belajar dan</p>

	<p>kekuatan otot (00085)</p>	<p>mobilitas fisik teratasi dengan skala (1,2,3,4,5) dengan indikator :</p> <p>Keseimbangan (2) Koordinasi (2) Gerakan otot (3) Gerakan sendi (3) Kinerja pengaturan tubuh (2) Bergerak dengan mudah (2)</p> <p>Keterangan skala indikator : 1 = Sangat terganggu 2 = Banyak terganggu 3 = Cukup terganggu 4 = Sedikit terganggu 5 = Tidak terganggu</p>	<p>menggunakan postur (tubuh) yang benar</p> <p>3.2 Bantu untuk mendemonstrasikan posisi tidur yang tepat</p> <p>3.3 Bantu pasien/ keluarga untuk mengidentifikasi latihan postur (tubuh) yang sesuai</p> <p>3.4 Instruksikan untuk menghindari tidur dengan posisi telungkup</p> <p>3.5 Monitor perbaikan portur (tubuh)/ mekanika tubuh pasien</p> <p>3.6 Berikan informasi tentang kemungkinan posisi penyebab nyeri otot atau sendi</p> <p>3.7 Kolaborasi dengan fisioterapi dalam mengembangkan peningkatan mekanika tubuh, sesuai indikasi</p>
4.	<p>Risiko kerusakan integritas kulit dengan faktor resiko eksternal faktor mekanik (imobilitas fisik, tekanan, gaya gesek) (00047)</p>	<p>Integritas jaringan: kulit & membran mukosa (1101)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam Resiko kerusakan integritas kulit tidak terjadi dengan skala (1,2,3,4,5) dengan indikator :</p> <p>- Eritema (5) - Lesi pada kulit (5) - Pengelupasan kulit (5) - Lesi mukosa membrane (5) - Pigmentasi abnormal (5)</p> <p>Keterangan skala indikator : 1 = Berat 2 = Cukup berat 3 = Sedang 4 = Ringan 5 = Tidak ada</p>	<p>Pengecekan kulit (3590)</p> <p>4.1 Observasi bagian ekstremitas untuk warna, suhu, pulse, tekstur, edema dan ulserasi</p> <p>4.2 Monitor area kulit tentang kemerahan</p> <p>4.3 Gunakan alat pengkajian untuk mengidentifikasi klien yang berisiko mengalami kerusakan kulit (mis:skala Branden,skala Norton)</p> <p>4.4 Monitor adanya penekanan.</p> <p>4.5 Inspeksi kulit dan membrane mukosa</p> <p>4.6 Monitor temperatur kulit</p> <p>4.7 Catat perubahan kulit atau membrane mukosa.</p> <p>4.8 Lakukan langkah-langkah untuk mencegah kerusakan pada kulit (melapisi kasur, melakukan alih baring tiap 2 jam)</p> <p>Perawatan kulit: Pengobatan topikal (3584)</p> <p>4.9 Pakaikan popok yang longgar dengan tepat</p> <p>4.10 Jaga kasur tetap bersih, kering dan nyama</p>

			4.11 Berikan bedak/minyak/lotion untuk menjaga kelembaban kulit kedalam lipatan kulit
5	Konstipasi berhubungan dengan faktor mekanis: gangguan neurologis (00011)	<p>NOC : Eliminasi Usus (0501)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah konstipasi teratasi skala (1,2,3,4,5) dengan indikator :</p> <p>a. Pola eliminasi (3) b. Kemudahan BAB (3) c. Suara bising usus (3) d. Bunyi usus (3) e. Konstipasi (3)</p> <p>Keterangan skala indikator :</p> <p>1 = Sangat terganggu 2 = Banyak terganggu 3 = Cukup terganggu 4 = Sedikit terganggu 5 = Tidak terganggu</p>	<p>NIC : Manajemen Konstipasi (0450)</p> <p>Aktivitas:</p> <p>5.1 Monitor tanda-tanda dan gejala konstipasi 5.2 Monitor pergerakan usus, meliputi frekuensi, konsistensi, bentuk, volume, dan warna dengan tepat. 5.3 Monitor bunyi/bising usus. 5.4 Dorong pasien meningkatkan intake cairan, kecuali bila ada kontra indikasi. 5.5 Evaluasi riwayat pengobatan terhadap efek samping gastrointestinal 5.6 Ajarkan pasien/keluarga diet tinggi serat, dengan tepat. 5.7 Ajarkan pasien/keluarga menggunakan laxative dengan tepat. 5.8 Konsul dokter jika tanda-tanda dan gejala konstipasi atau impaksi berlangsung lama.</p>
6	Resiko jatuh dengan faktor resiko fisiologis (Gangguan mobilitas) (00155)	<p>NOC : Perilaku pencegahan jatuh (1909)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7 x 24 jam, Masalah resiko jatuh tidak menjadi aktual dengan skala (1,2,3,4,5) dengan indikator :</p> <p>- Meminta bantuan (4) - Menempatkan penghalang untuk mencegah jatuh (5) - Menggunakan alat bantu yang benar (5) - Menyediakan bantuan untuk bergerak (5) - Menyesuaikan ketinggian tempat tidur sesuai yang diperlukan (5)</p>	<p>NIC : Pencegahan jatuh (6490)</p> <p>Aktivitas :</p> <p>6.1 Identifikasi kekurangan baik kognitif atau fisik dari klien yang mungkin meningkatkan potensi jatuh dari lingkungan tertentu 6.2 Identifikasi perilaku dan factor yang mempengaruhi resiko jatuh 6.3 Kunci tempat tidur/brankart selama melakukan pemindahan klien 6.4 Letakkan benda-benda dalam jangkauan yang mudah bagi klien 6.5 Gunakan pegangan tangan dengan panjang dan tinggi yang tepat untuk mencegah</p>

		Keterangan skala indikator : 1= Tidak pernah menunjukkan 2= Jarang menunjukkan 3= Kadang-kadang menunjukkan 4= Sering menunjukkan 5= Secara konsisten menunjukkan	dari tempat tidur 6.7 Sediakan pencahayaan yang cukup dalam rangka meningkatkan pandangan 6.8 Berikan penanda untuk memberikan peringatan pada staff bahwa klien berisiko tinggi jatuh
--	--	--	--

K. Intervensi Inovasi

Tabel 3.6 : Intervensi Inovasi

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi inovasi
1.	Risiko kerusakan integritas kulit dengan faktor resiko gangguan sirkulasi (00047)	<p>Langkah-langkah pengaturan posisi miring 30 derajat dalam mencegah kejadian dekubitus</p> <p>a. Tahap Pra Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Melihat data observasi 2) Melihat intervensi keperawatan yang diberikan oleh perawat 3) Mengkaji program terapi yang diberikan oleh dokter 4) Mencuci tangan 5) Menyiapkan alat <ul style="list-style-type: none"> • Satu bantal penopang kepala • Satu bantal penopang tungkai • Satu bantal segitiga dengan sudut 30 derajat, penopang tubuh bagian belakang <p>b. Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik, b. Mencuci tangan. c. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan d. Menanyakan kesiapan klien sebelum melakukan tindakan e. Memberi kesempatan klien untuk bertanya f. Bila klien siap dilakukan tindakan, dekatkan alat-alat <p>c. Tahap kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Membaca "Basmallah" b. Menjaga privasi klien (menutup sampiran) c. Memastikan posisi klien berada di tengah tempat tidur d. Mengatur posisi klien berbaring di atas tempat tidur e. Menggunakan satu bantal untuk menyanggah kepala dan leher f. Meletakkan satu bantal (bantal segitiga) pada sudut antara bokong dan matras dengan cara memiringkan panggul setinggi 30 derajat g. Meletakkan satu bantal berikutnya memanjang diantara kedua kaki h. Melakukan pemeriksaan kondisi kulit i. Melakukan pengawasan keteraturan merubah posisi

		<p>serta antisipasi terhadap toleransi kemampuan dan perkembangan kondisi klien</p> <p>j. Menganjurkan keluarga klien untuk merubah posisi klien tiap 2 jam yaitu miring ke kiri 30 derajat, terlentang dan miring ke kanan 30 derajat dengan hati – hati dan sesuai dengan teknik yang diajarkan</p> <p>k. Merapikan tempat Tidur</p> <p>l. Melakukan dokumentasi tindakan</p> <p>m. Dokumentasi keperawatan</p> <p>n. Mencatat hari,tanggal,waktu dan prosedur yang dilaksanakan</p> <p>o. Mengidentifikasi kondisi kulit klien</p> <p>p. Mencatat hasil kondisi kulit sebelum dan sesudah melakukan tindakan.</p> <p>d. Tahap terminasi</p> <p>a. Mengevaluasi hasil teknik posisi miring 30 derajat</p> <p>b. Menganjurkan pada klien dan keluarga untuk melaksanakan teknik posisi miring 30 derajat dan merubah posisi klien setiap 2 jam</p> <p>c. Beri reinforcement positif</p> <p>d. Kontrak pertemuan selanjutnya</p> <p>e. Berdoa bersama pasien</p> <p>f. Mengucapkan salam</p> <p>g. Merapikan alat dan mencuci tangan</p>
--	--	--

L. Implementasi Keperawatan

Hari I : Tanggal 22 Desember 2017

Tabel 3.7 : Implementasi keperawatan hari I

No. DX	Tgl/ Jam	Implementasi/ Evaluasi	Ttd
1.	Jumat 22/12/ 2017 13.00	<p>1.1 Memantau ukuran pupil, bentuk, reaktivitas, dan kesimetrisan dengan menggunakan penlight E/S: O : Ukuran pupil isokor, reflek pupil terhadap cahaya +/- (kiri/kanan)</p> <p>1.2.Memonitor tingkat kesadaran E/S: O: Kesadaran klien delirium, klien gelisah, tangan kiri dan kaki kiri klien dipasang restrain</p> <p>1.3 Memonitor kecenderungan GCS. E/ S: O: <ul style="list-style-type: none"> • GCS klien 11 (E4 V2 M5). • Klien tidak mau bicara, tetapi mengerti terhadap perintah, kadang mengikuti perintah, kadang tidak mengikuti perintah </p>	

		<p>1.4 Memonitor TTV : TD, N, RR, S. E/ S: O: TD 180/ 120 mmHg, RR 20x/ menit, Nadi 88x/ menit, Suhu 36,5⁰C</p> <p>1.5.Memonitor status pernapasan : nilai ABG, tingkat oksimetri, kedalaman, pola, laju/ tingkat dan usaha (bernafas). E/ S: O: <ul style="list-style-type: none"> • Tingkat oksimetri SpO₂ : 99% • Posisi elevasi kepala klien 30⁰ untuk memperbaiki drainase vena, perfusi serebral dan menurunkan TIK </p> <p>1.6 .Memonitor refleks batuk dan muntah. E/ S: O: Klien tidak ada batuk dan tidak ada muntah</p> <p>1.7 Memonitor kesimetrisan wajah. E/ S : O : Wajah Klien simetris kiri kanan</p> <p>1.15 Mempertahankan jalan napas E/ S : O : Klien bernafas spontan, tidak ada sumbatan pada jalan nafas</p> <p>1.16 Melonggarkan pakaian E/ S: O: Klien menggunakan pakaian dari RS yang cukup longgar</p>	
2	Jumat 22/12/ 2017 14.00	<p>2.1 Memonitor kecepatan bicara, tekanan, kecepatan, kuantitas, volume, dan diksi. E/ S : O : Klien diam saja dan masih susah bicara, klien tersenyum saat diajak bicara</p> <p>2.2 Memonitor klien terkait dengan perasaan frustrasi, kemarahan,depresi, atau respon-respon lain disebabkan karena adanya gangguan kemampuan berbicara. E/ S : O : Klien diam dan tidak ada bicara, klien gelisah dan menarik narik benda yang ada di dekatnya dengan tangan kirinya yg dapat bergerak aktif</p> <p>2.3 Mengenali emosi dan perilaku fisik (klien), sebagai bentuk komunikasi (mereka). E/S: Istri klien mengatakan klien tidak mau bicara, bila diajak bicara kadang menjawab kadang tidak menjawab O: Klien diam dan tersenyum saja ketika diajak</p>	

		<p>bicara oleh istri dan perawat</p> <p>2.4 Menyesuaikan gaya komunikasi untuk memenuhi kebutuhan klien (berdiri di depan klien saat berbicara, bicara pelan untuk menghindari berteriak E/ S : O: Perawat berada disamping tempat tidur, berbicara pelan, klien mendengarkan.</p> <p>2.6 Menginstruksikan klien untuk bicara pelan. E/ S : O : Klien hanya memandang perawat, klien tidak menjawab pertanyaan yang diberikan perawat,</p>	
3.	Jumat 22/12/ 2017 15.00	<p>3.1 Mengkaji komitmen klien untuk belajar dan menggunakan postur tubuh yang benar, menganjurkan klien berhati hati saat bergerak / beraktivitas E / S: O: Klien memperhatikan perawat, saat diberi penjelasan, klien tidak mau bicara</p> <p>3.2 Membantu untuk mendemonstrasikan posisi tidur yang tepat pada klien, mengajarkan posisi miring kanan miring kiri 30 derajat pada klien dan keluarga E / S : O: Klien dan keluarga merespon saat diajarkan latihan alih baring miring 30° ke kiri, ke kanan dan telentang</p> <p>3.3 Menginstruksikan pada klien dan keluarga untuk menghindari tidur dengan posisi telungkup E/S : Istri klien mengatakan akan mengikuti anjuran perawat O: Klien tidur dengan posisi baring miring 30° miring kanan, miring kiri dan terlentang</p> <p>3.6 Memberikan informasi tentang kemungkinan penyebab nyeri E/S : O : Istri klien mendengarkan penjelasan perawat tentang penyebab sakit kepala klien</p> <p>3.7 Membantu klien dan keluarga untuk latihan alihbaring sesuai keadaan umum klien E / S : Istri klien mengatakan senang dengan latihan alih baring yang diajarkan perawat O : Klien berbaring di tempat tidur dengan posisi baring miring kiri 30°</p>	
4	Jumat 22/12/2017 16.00	<p>4.1 Mengobservasi bagian ekstremitas pasien untuk warna, suhu, pulse, tekstur, edem dan ulserasi. E /S: Istri klien mengatakan kedua tangan klien bengkak</p>	

		<p>O: Kedua tangan klien udema,akral hangat, tidak ada kemerahan pada kulit klien</p> <p>4.2 Memonitor area kulit tentang kemerahan. E / S: O: Tidak ada kemerahan pada kulit klien terutama pada tulang yang menonjol (Bokong, panggul punggung, sacrum, tumit dll)</p> <p>4.3 Melakukan pengkajian untuk mengidentifikasi klien yang berisiko mengalami kerusakan kulit (skala Braden) E/S: O: <ul style="list-style-type: none"> • Klien berbaring di tempat tidur • Mengkaji keadaan kulit klien dengan skala Braden </p> <p>4.4 Memonitor adanya penekanan. E / S: O: Tidak ada kemerahan di kulit yang tertekan.</p> <p>4.6 Memonitor temperature kulit. E / S : O : Temperatur kulit klien hangat</p> <p>4.7 Melakukan langkah-langkah untuk mencegah kerusakan lebih lanjut (melapisi kasur, melakukan alih baring tiap 2 jam) E / S : Istri klien mengatakan senang diajari oleh perawat melakukan alih baring miring 30 derajat pada klien O : Klien berbaring di tempat tidur dengan posisi miring 30 derajat ke kiri</p>	
5	Jumat 22/12/2017 17.00	<p>5.1 Memonitor tanda-tanda dan gejala konstipasi E/ S : Istri klien mengatakan klien tidak ada BAB selama 2 hari O : <ul style="list-style-type: none"> • Klien berbaring di tempat tidur • Terpasang pampers • Klien belum BAB, bising usus 3x / menit, abdomen datar, tidak kembung, tidak acites </p> <p>5.2 Memonitor bunyi/bising usus E/ S : O : <ul style="list-style-type: none"> • Klien berbaring di tempat tidur dengan posisi telentang , klien menggunakan pampers • Bising usus 3x / menit </p> <p>5.3 Mengevaluasi riwayat pengobatan terhadap efek samping gastrointestinal. E/ S : Istri klien mengatakan selama dirawat tidak Ada BAB O :</p>	

		<ul style="list-style-type: none"> • Klien berbaring di tempat tidur • Th / injeksi Kalnex 3x500 mg, manitol 4x 150 cc, phenitoin 3x1 amp, Ranitidin 2x1 ampul <p>5.4 Menganjurkan klien untuk banyak minum air putih E/S : O : Keluarga klien mendengarkan penjelasan perawat</p> <p>5.5 Mengajarkan klien / keluarga diet tinggi serat, dengan tepat, makan sayur dan buah pepaya E/S : Istri klien senang mendapat penjelasan perawat O : Menganjurkan klien makan makanan berserat untuk mengatasi konstipasi makan sayur dan buah pepaya</p>	
6	Jumat 22/12/2017 18.00	<p>6.1 Mengidentifikasi kekurangan baik kognitif atau fisik dari klien yang mungkin meningkatkan potensi jatuh dari lingkungan tertentu E/ S : Istri klien mengatakan tangan kanan dan kaki kanan klien lemes , susah digerakkan O : <ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum klien lemah • Klien tidak mampu menggerakkan tangan kanan dan kaki kanan </p> <p>6.2 Mengunci tempat tidur /brankart selama melakukan pemindahan klien E/ S : O : <ul style="list-style-type: none"> • Klien tidur di tempat tidur yang ada di RS • Pagar tempat tidur selalu terpasang dan roda tempat tidur selalu dalam keadaan terkunci </p> <p>6.3 Meletakkan benda-benda dalam jangkauan yang mudah bagi klien E/ S : Istri klien mengatakan tangan kanan dan kaki kanan klien lemes , susah digerakkan O : <ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum klien lemah • Dengan meletaakan benda di dekat klien akan menurunkan faktor resiko jatuh </p> <p>6.4 Menggunakan pegangan tangan dengan panjang dan tinggi yang tepat untuk mencegah jatuh dari tempat tidur E/ S : O:Pagar tempat tidu selalu terpasang dengan benar</p> <p>6.5 Menyediakan pencahayaan yang cukup dalam rangka meningkatkan pandangan E/ S : O : Pencahayaan selalu terpasang dengan benar</p>	

--	--	--	--

Hari II : Tanggal 23 Desember 2017

Tabel 3.8 : Implementasi keperawatan hari II

No. DX	Tgl/ Jam	Implementasi/ Evaluasi	Ttd
1	Sabtu 23/12/2017 13.00	<p>1.2 Memonitor tingkat kesadaran E/S: O: Kesadaran klien delirium, klien gelisah, tangan kiri dan kaki kiri masih dipasang restrain</p> <p>1.3 Memonitor kecenderungan GCS. E/ S: O: <ul style="list-style-type: none"> • GCS klien 11 (E4 V2 M5), kesadaran klien delirium • Klien tidak mau bicara, klien gelisah, </p> <p>1.4 Memonitor TTV : TD, N, RR, S. E/ S: O: TD 160/ 100 mmHg, RR 20x/ menit, Nadi 80x/ menit, Suhu 36,5⁰C</p> <p>1.9 Mempertahankan jalan napas E/ S : O: Klien bernafas spontan, tidak ada sumbatan pada jalan nafas</p> <p>1.10 Melonggarkan pakaian E/ S: O: Klien menggunakan pakaian dari RS yang Cukup longgar</p>	
2	Sabtu 23/12/2017 14.00	<p>2.1 Memonitor kecepatan bicara, tekanan, kecepatan, kuantitas, volume, mengajak klien berkomunikasi E / S : O : Klien diam saja dan masih susah bicara, klien tersenyum saat diajak bicara</p> <p>2.4 Menyesuaikan gaya komunikasi untuk memenuhi kebutuhan pasien , mengajak klien berbicara saat melakukan tindakan perawatan, untuk mengetahui respon verbal klien E/ S : O: Perawat berada disamping tempat tidur, berbicara pelan, klien mendengarkan dengan penuh perhatian, tetapi tidak bicara.</p> <p>2.6 Menginstruksikan klien untuk bicara pelan. E/ S : O : Klien belum mampu berbicara, klien diam saja</p>	

3	Sabtu 23/12/2017 15.00	<p>3.1 Mengkaji komitmen klien belajar dan menggunakan postur tubuh yang benar. E / S : O: Klien dan keluarga bersedia mengikuti dan menerima tindakan yang diberikan perawat .</p> <p>3.2 Mengkaji pemahaman klien mengenai mekanika tubuh , latihan , mendemonstrasikan kembali teknik melakukan aktivitas / latihan yang benar E/ S : O : Klien dan keluarga merespon saat diajarkan Latihan alih baring miring 30° ke kiri,ke kanan dan telentang</p> <p>3.3 Membantu klien dan keluarga untuk alih baring di tempat tidur sesuai keadaan umum klien E/ S : Istri klien mengatakan senang dengan latihan alih baring yang diajarkan perawat O: Klien berbaring di tempat tidur dengan posisi miring kiri 30° , punggung di beri bantal segitiga, kaki diberi bantal segi empat</p> <p>3.4 Memonitor perbaikan mekanika tubuh klien, melakukan posisi alih baring dengan posisi baring miring 30 derajat, tiap 2 jam. E/ S : O : Klien berespon dengan baik atas tindakan alih baring yang diajarkan</p>	
4	Sabtu 23/12/2017 16.00	<p>4.1 Memonitor area kulit tentang kemerahan. Terutama pada daerah punggung, panggul, trokanter, tumit dll E/S : O : Tidak ada kemerahan pada kulit klien</p> <p>4.2 Memonitor adanya penekanan. E/ S: O : Tidak ada kemerahan di kulit yang tertekan .</p> <p>4.3 Memonitor temperature kulit. E/S : O : Temperatur kulit klien hangat</p> <p>4.4 Mengatur posisi baring klien miring ke kanan 30 derajat, dan mengubah posisi klien setelah 2 jam E/ S : Istri klien mengatakan senang diajari oleh perawat melakukan alih baring miring 30 derajat pada klien O : Klien berbaring ditempat tidur dengan posisi Miring 30 derajat ke kanan, terpasang 3 bantal yaitu di kepala dan kaki, serta 1 bantal segitiga di punggung</p>	

5	Sabtu 23/12/2017 17.00	<p>5.1 Memonitor tanda-tanda dan gejala konstipasi E/ S : Istri klien mengatakan klien tidak ada BAB selama 3 hari O : <ul style="list-style-type: none"> • Klien berbaring di tempat tidur • Terpasang pampers • Klien belum BAB, perut tidak kembung, tidak teraba masa, bising usus 3 x/menit </p> <p>5.2 Memonitor bunyi/bising usus E/ S : O : <ul style="list-style-type: none"> • Klien berbaring di tempat tidur dengan posisi miring 30 derajat ke kanan • Bising usus 3x / menit </p> <p>5.3 Menganjurkan klien untuk banyak minum air putih E/S : O:Keluarga klien mendengarkan penjelasan Perawat, klien minum air putih ± 1500 cc/hari, 1 botol aqua besar</p>	
6	Sabtu 23/12/2017 18.00	<p>6.1 Mengidentifikasi kekurangan baik kognitif atau fisik dari klien yang mungkin meningkatkan potensi jatuh dari lingkungan tertentu E / S : Istri klien mengatakan tangan kanan dan kaki kanan klien masih lemes O : <ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum klien lemah • Klien tidak mampu menggerakkan tangan kanan dan kaki kanan </p> <p>6.2 Mengunci tempat tidur /brankart selama melakukan pemindahan klien E/ S : O : <ul style="list-style-type: none"> • Klien tidur di tempat tidur yang ada di RS • Pagar tempat tidur selalu terpasang dan roda tempat tidur selalu dalam keadaan terkunci </p> <p>6.3 Meletakkan benda-benda dalam jangkauan yang mudah bagi klien E/ S : Istri klien mengatakan tangan kanan dan kaki kanan klien lemes , susah digerakkan O : <ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum klien lemah • Dengan meletaakan benda di dekat klien akan menurunkan faktor resiko jatuh </p> <p>6.4 Menggunakan pegangan tangan dengan panjang dan tinggi yang tepat untuk mencegah jatuh dari tempat</p>	

		<p>tidur E/ S : O: Pagar tempat tidur selalu terpasang dengan benar</p> <p>6.5 Menyediakan pencahayaan yang cukup dalam rangka meningkatkan pandangan E/ S : O : Kondisi kamar klien cukup terang, tidak gelap</p>	
--	--	--	--

Hari III : Tanggal 24 Desember 2017

Tabel 3.9 : Implementasi keperawatan hari III

No. DX	Tgl/ Jam	Implementasi/ Evaluasi	Ttd
1	Minggu 24/12/2017 08.00	<p>1.2.Memonitor tingkat kesadaran E/S: O: Kesadaran klien delirium, klien masih gelisah, pada tangan kiri masih dipasang restrain</p> <p>1.3 Memonitor kecenderungan GCS. E/ S: O: <ul style="list-style-type: none"> • GCS klien 11 (E4 V2 M5). • Klien tidak mau bicara, hanya tersenyum saja saat ditanya • </p> <p>1.4 Memonitor TTV : TD, N, RR, S. E/ S: O: TD 160/ 100 mmHg, RR 20x/ menit, Nadi 80x/ menit, Suhu 36,5⁰C</p> <p>1.9 Melonggarkan pakaian E/ S: O: Klien menggunakan pakaian dari RS yang cukup longgar</p>	
2	Minggu 24/12/2017 09.00	<p>2.1 Memonitor kecepatan bicara, tekanan, kecepatan, kuantitas, volume, dan diksi. E / S : O : klien tersenyum, saat diajak bicara, klien menjawab salam perawat dengan pelan</p> <p>2.7 Menginstruksikan klien untuk bicara pelan. E/ S : O : Klien tidak mau bicara</p>	

3	<p>Minggu 24/12/2017</p> <p>09.30</p>	<p>3.5 Membantu klien dan keluarga untuk mengatur posisi klien di tempat tidur sesuai keadaan umum klien</p> <p>E/ S : Istri klien mengatakan klien belum bisa miring sendiri O: Klien berbaring di tempat tidur dengan posisi miring kiri 30°, punggung di beri bantal segitiga, kaki diberi bantal segi empat</p> <p>3.6 Memonitor perbaikan mekanika tubuh klien, melakukan posisi alih baring dengan posisi baring miring 30 derajat, tiap 2 jam. E/ S : O : Klien berespon dengan baik atas tindakan alih baring yang diberikan tidak ada tanda kemerahan pada kulit klien</p>	
4	<p>Minggu 24/12/2017</p> <p>10.00</p>	<p>4.1 Memonitor area kulit tentang kemerahan. E/S : O : Tidak ada kemerahan pada kulit klien</p> <p>4.2 Mengidentifikasi klien kembali , yang berisiko mengalami kerusakan integritas kulit kulit dengan skala Braden E/S : O: Interpretasi skala braden skor 10-12, berarti risiko tinggi terjadi dekubitus</p> <p>4.3 Memonitor adanya penekanan. E/ S: O: Tidak ada kemerahan di kulit yang tertekan</p> <p>4.4 Memonitor temperature kulit. E/S : O : Temperatur kulit klien hangat</p> <p>4.5 Melakukan langkah-langkah untuk mencegah kerusakan lebih lanjut (melipisi kasur, melakukan alih baring tiap 2 jam) E/ S : Istri klien mengatakan senang diajari oleh perawat melakukan alih baring miring 30 derajat pada klien O: Klien berbaring ditempat tidur dengan posisi miring 30 derajat ke kiri</p> <p>4.6 Mencatat perubahan kulit atau membrane mukosa. E / S : O: Klien berbaring di tempat tidur dengan posisi miring 30 derajat ke kiri, tidak ada ulkus pada kulit, tidak ada kemerahan pada kulit klien</p>	

5	Minggu 24/12/2017 10.30	<p>5.1 Memonitor tanda-tanda dan gejala konstipasi E/ S : Istri klien mengatakan klien sudah BAB O : <ul style="list-style-type: none"> • Klien berbaring di tempat tidur • Terpasang pampers • Klien BAB dengan minum air putih 1500 cc air putih setiap hari </p> <p>5.2 Memonitor bunyi/bising usus E/ S : O : <ul style="list-style-type: none"> • Klien berbaring di tempat tidur dengan posisi miring 30 derajat ke kiri • Bising usus 5x / menit </p> <p>5.3 Menganjurkan klien untuk tetap banyak minum air putih E/S : O : Keluarga klien mendengarkan penjelasan perawat</p>	
6	Minggu 24/12/2017 11.00	<p>6.1 Mengidentifikasi kekurangan baik kognitif atau fisik dari klien yang mungkin meningkatkan potensi jatuh dari lingkungan tertentu E / S :Istri klien mengatakan tangan kanan dan kaki kanan klien lemes , susah digerakkan O : <ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum klien lemah • Kesadaran klien delirium,GCS 11 E4V2M5 • TD : 160/100 mmHG </p> <p>6.2 Mengunci tempat tidur /brankart selama melakukan pemindahan klien E/ S : O : <ul style="list-style-type: none"> • Klien tidur di tempat tidur yang ada di RS • Pagar tempat tidur selalu terpasang dan roda tempat tidur selalu dalam keadaan terkunci </p> <p>6.3 Menggunakan pegangan tangan dengan panjang dan tinggi yang tepat untuk mencegah jatuh dari tempat tidur E/ S : O: Pagar tempat tidur selalu terpasang dengan benar</p> <p>6.4 Menyediakan pencahayaan yang cukup dalam rangka meningkatkan pandangan E/ S : O : Pencahayaan di ruang perawatan klien cukup baik, kondisi lampu tidak gelap</p>	

M. EVALUASI KEPERAWATAN

Hari I : Tanggal 22 Desember 2017

Tabel 3.10 : Evaluasi Hari I

No	Hari/Tanggal/jam	Catatan Perkembangan (SOAP)
1.	Jumat 22/12/2017 19.00	<p>S :</p> <p>Istri klien mengatakan klien dapat berbicara tetapi pelo dan selama dirawat klien jarang bicara, klien mempunyai riwayat stroke dan operasi craniotomy 6 bulan yang lalu</p> <p>-</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum klien lemah - Klien berbaring di tempat tidur, dengan posisi kepala Head Up 30° - Terdapat luka post craniotomy pada kepala sebelah kiri - Klien diam saja dan tersenyum saat ditanya - Kesadaran klien delirium - GCS 11 (E4, V2, M5) - TD : 180/ 120 mmHg - Tekanan darah sistolik (2) - Tekanan darah diastolik (2) - Penurunan tingkat kesadaran (3) - Kesadaran (3) - Fungsi sensorik & motorik (3) - Orientasi kognitif (3) - Aktifitas kejang (5) <p>A. Masalah ketidakefektifan perfusi jaringan serebral belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan dan pertahankan intervensi 1.2,1.3,1.4,1.5,1.6,1.7</p>
2	Jumat 22/12/2017 19.00	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Istri klien mengatakan selama di rumah sakit klien tidak mau bicara, bila ditanya klien kadang menjawab,tetapi kadang hanya diam dan tersenyum <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum klien lemah. - Klien diam dan tersenyum saja saat diajak bicara. - GCS 11(E4,V2, M5) - Menggunakan bahasa yg tertulis (2) - Menggunakan bahasa lisan : vocal (2) - Kejelasan bicara (2) - Menggunakan bahasa non verbal (2) <p>A : Masalah keperawatan hambatan komunikasi verbal belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan dan pertahankan intervensi no:</p>

		2.1,2.2,2.3,2.4,2.5,2.5,2.5,2.6,2.7
3	Jumat 22/12/2017 19.00	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Istri klien mengatakan selama dirawat di rumah sakit klien tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari dan melakukan perawatan diri secara mandiri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum klien lemah - Klien berbaring di tempat tidur - Klien mengalami kelemahan pada tangan kanan dan kaki kanan - Klien tidak mampu miring kanan, miring kiri dan alih baring tanpa dibantu - Semua aktivitas klien dilakukan di atas tempat tidur - Semua aktivitas klien dibantu keluarga dan perawat - kekuatan otot <p>Skala kekuatan otot kekuatan otot 2 pada tangan kanan dan kaki kanan (ada pergerakan sendi, tetapi tidak dapat melawan gravitasi), 4 pada tangan kiri dan kaki kiri (ada pergerakan melawan tahanan tetapi kurang)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keseimbangan (2) - Koordinasi (2) - Gerakan otot (3) - Gerakan sendi (3) - Kinerja pengaturan tubuh (2) - Bergerak dengan mudah (2) <p>A : Masalah keperawatan Hambatan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi no : 3.1,3.2,3.3,3.4,3.5,3.6,3.7</p>
4	Jumat 22/12/2017 19.00	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Istri klien mengatakan selama dirawat klien berbaring terus di tempat tidur, klien tidak mampu bergerak miring kanan dan kiri sendiri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum klien lemah - Klien berbaring di tempat tidur dengan posisi terlentang, dan posisi kepala dinaikkan 30 derajat - Klien mengalami kelemahan pada tangan kanan dan kaki kanan - Klien tidak mampu miring kanan, miring kiri dan melakukan alih baring tanpa dibantu - Tidak ada kemerahan di badan dan area penonjolan tulang - Eritema pada kulit (5) - Lesi pada kulit (5) - Pengelupasan kulit (5) - Lesi mukosa membrane (5) - Pigmentasi abnormal (5) <p>A : Masalah keperawatan resiko kerusakan integritas kulit</p>

		<p>tidak terjadi</p> <p>P : Lanjutkan dan pertahankan intervensi no : 4.1,4.2,4.3,4.4,4.5,4.6,4.7,4.8,4.9,4.10,4.11</p>
5	<p>Jumat 22/12/2017 19.00</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Istri klien mengatakan bahwa selama di rawat 2 hari klien belum ada BAB <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum klien lemah - Klien berbaring di tempat tidur - Klien tidak mampu miring kanan, miring kiri dan melakukan alih baring tanpa dibantu - Terpasang pampers - Perut klien tidak kembung - Bising usus 3x/menit - Tidak ada acites - Pola eliminasi (3) - Kemudahan BAB (3) - Suara bising usus (3) - Bunyi usus (3) - Konstipasi (3) <p>A : Masalah konstipasi belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan inrevensi no : 5.1,5.2,5.3,5.4,5.5,5.6,5.7.5.8</p>
6	<p>Jumat 22/12/2017 19.00</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga klien mengatakan tangan dan kaki kanan klien masih lemah, klien belum mampu beraktivitas sendiri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum klien lemah - Kesadaran klien delirium - Klien gelisah - GCS 11 (E4, V2, M5) - Terpasang restrain di ekstremitas kiri - TD : 180/ 120 mmHg - Klien berbaring di tempat tidur - Klien mengalami kelemahan pada tangan kanan dan kaki kanan - Klien tidak mampu miring kanan,miring kiri dan alih baring secara mandiri - Semua aktivitas klien dilakukan di atas tempat tidur - Semua aktivitas klien dibantu keluarga dan perawat - kekuatan otot <p>Skala kekuatan otot 2 pada tangan kanan dan kaki kanan (ada pergerakan sendi,tetapi tidak dapat melawan gravitasi), 4 pada tangan kiri dan kaki kiri (ada pergerakan melawan tahanan tetapi kurang)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terpasang gelang resiko jatuh - Skala Morse hasil interpretasi ≥ 51, berarti resiko tinggi jatuh - Meminta bantuan (4)

		<ul style="list-style-type: none"> - Menempatkan penghalang untuk mencegah jatuh (4) - Menggunakan alat bantu yang benar (4) - Menyediakan bantuan untuk bergerak (4) - Menyesuaikan ketinggian tempat tidur sesuai yang diperlukan (4) <p>A : Masalah resiko jatuh tidak terjadi</p> <p>P : Lanjutkan dan pertahankan intervensi no : 6.1,6.2,6.3,6.4,6.5,6.6.,6.7,6.8,</p>
--	--	--

Hari II : Tanggal 23 Desember 2017

Tabel 3.11 : Evaluasi Hari II

No	Hari/Tanggal/jam	Catatan Perkembangan (SOAP)
1	Sabtu 23/12/2017 19.00	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Istri klien mengatakan tekanan darah klien masih tinggi, klien masih lemah, belum bisa beraktifitas sendiri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum klien lemah - Klien berbaring di tempat tidur, dengan posisi kepala Head Up 30° - Terdapat luka post craniotomy pada kepala sebelah kiri - Kesadaran klien delirium - GCS 11 (E4, V2, M5) - TD : 160/ 100 mmHg - Tekanan darah sistolik (2) - Tekanan darah diastolik (2) - Penurunan tingkat kesadaran (5) - Kesadaran (3) - Fungsi sensorik & motorik - Orientasi kognitif (3) - Aktifitas kejang (5) <p>A : Masalah keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan serebral belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi no 1.1,1.2,1.3,1.4,1.5,1.6,1.7,1.8,1.9,</p>
2	Sabtu 23/12/2017 19.00	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Istri klien mengatakan klien dapat berbicara tetapi jarang dan pelo <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum klien lemah. - Klien masih diam dan hanya tersenyum saja saat diajak bicara.

		<ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran klien delirium - GCS13(E4,V2, M5) - Menggunakan bahasa yg tertulis (2) - Menggunakan bahasa lisan : vocal (2) - Kejelasan bicara (2) - Menggunakan bahasa non verbal (2) <p>A : Masalah keperawatan hambatan komunikasi verbal belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi no: 2.1,2.2,2.3,2.4,2.5,2.5,2.5,2.6,2.7</p>
3	Sabtu 23/12/2017 19.00	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Istri klien mengatakan klien masih belum mampu melakukan aktifitas secara mandiri, badan klien masih lemah <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum klien lemah - Klien berbaring di tempat tidur - Klien mengalami kelemahan pada tangan kanan dan kaki kanan - Klien tidak mampu miring kanan,miring kiri dan alih baring tanpa dibantu - Semua aktivitas klien dilakukan di atas tempat tidur - Semua aktivitas klien dibantu keluarga dan perawat - Skala kekuatan otot kekuatan otot 2 pada tangan kanan dan kaki kanan (ada pergerakan sendi,tetapi tidak dapat melawan gravitasi), 4 pada tangan kiri dan kaki kiri (ada pergerakan melawan tahanan tetapi kurang) - Keseimbangan (2) - Koordinasi (2) - Gerakan otot (2) - Gerakan sendi (2) - Kinerja pengaturan tubuh (2) - Bergerak dengan mudah (2) <p>A : Masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi no : 3.1,3.2,3.3,3.4,3.5,3.6,3.7</p>
4	Sabtu 23/12/2017 19.00	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Istri klien mengatakan tidak ada luka, tidak ada kemerahan di badan klien - Istri klien mengatakan akan mengikuti anjuran perawat untuk mengoleskan minyak zaitun di punggung klien dan melakukan alih baring miring 30 derajat tiap 2 jam <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum klien lemah - Klien berbaring di tempat tidur dengan posisi terlentang, dan posisi kepala dinaikkan 30 derajat - Klien mengalami kelemahan pada tangan kanan dan

		<p>kaki kanan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tidak mampu miring kanan, miring kiri dan melakukan alih baring tanpa dibantu - Tidak ada kemerahan di badan dan area penonjolan tulang - Eritema pada kulit (5) - Lesi pada kulit (5) - Pengelupasan kulit (5) - Lesi mukosa membrane (5) - Pigmentasi abnormal (5) <p>A : Masalah keperawatan resiko kerusakan integritas kulit tidak terjadi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi no : 4.1,4.2,4.3,4.4,4.5,4.6,4.7,4.8,4.9,4.10,4.11</p>
5	Sabtu 23/12/2017 19.00	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Istri klien mengatakan bahwa selama di rawat 3 hari klien belum ada BAB <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum klien lemah - Klien berbaring di tempat tidur - Klien tidak mampu miring kanan, miring kiri dan melakukan alih baring tanpa dibantu - Terpasang pampers - Klien minum air putih ± 1500 cc/hari - Perut klien tidak kembung - Bising usus 3x/menit - Tidak ada acites - Pola eliminasi (3) - Kemudahan BAB (3) - Suara bising usus (3) - Bunyi usus (3) - Konstipasi (3) <p>A : Masalah konstipasi belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan inrevensi no : 5.1,5.2,5.3,5.4,5.5,5.6,5.7</p>
6	Sabtu 23/12/2017 19.00	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga klien mengatakan tangan dan kaki kanan klien masih lemah, klien hanya bisa berbaring di tempat tidur, semua aktifitas klien dibantu <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum klien lemah - Kesadaran klien delirium - Klien gelisah - GCS 11 (E4, V2, M5) - Terpasang restrain di ekstremitas kiri - TD : 160/ 100 mmHg - Klien berbaring di tempat tidur - Klien mengalami kelemahan pada tangan kanan dan

		<p>kaki kanan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tidak mampu miring kanan, miring kiri dan alih baring secara mandiri - Semua aktivitas klien dilakukan di atas tempat tidur - Semua aktivitas klien dibantu keluarga dan perawat - kekuatan otot <p>Skala kekuatan otot 2 pada tangan kanan dan kaki kanan (ada pergerakan sendi, tetapi tidak dapat melawan gravitasi), 4 pada tangan kiri dan kaki kiri (ada pergerakan melawan tahanan tetapi kurang)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terpasang gelang resiko jatuh - Meminta bantuan (4) - Menempatkan penghalang untuk mencegah jatuh (4) - Menggunakan alat bantu yang benar (4) - Menyediakan bantuan untuk bergerak (4) - Menyesuaikan ketinggian tempat tidur sesuai (4) <p>A : Masalah resiko jatuh tidak terjadi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi no : 6.1,6.2,6.3,6.4,6.5,6.6.,6.7,6.8</p>
--	--	---

III : Tanggal 24 Desember 2017

Tabel 3.12 : Evaluasi Hari III

No	Hari/Tanggal/jam	Catatan Perkembangan (SOAP)
1	Minggu 24/12/2017 13.00	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Istri klien mengatakan tangan dan kaki kanan klien masih lemah sedangkan tangan kiri klien aktif, klien selalu berusaha menarik selang infus <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum klien lemah - Klien berbaring di tempat tidur, dengan posisi kepala Head Up 30° - Terdapat luka post craniotomy pada kepala sebelah kiri - Kesadaran klien delirium - Klien gelisah - GCS 11 (E4, V2, M5) - TD : 160/100 mmHg, RR : 22x/mnt - Terpasang restrain pada tangan kiri - Tekanan darah sistolik (2) - Tekanan darah diastolik (2) - Penurunan tingkat kesadaran (5) - Kesadaran (3) - Fungsi sensorik & motorik (3) - Orientasi kognitif (3) - Aktifitas kejang (5) <p>A : Masalah ketidakefektifan perfusi jaringan serebral belum teratasi</p>

		<p>P : Lanjutkan intervensi no 1.1,1.2,1.3,1.4,1.5,1.6,1.7,1.8,1.9</p>
2	<p>Minggu 24/12/2017 13.00</p>	<p>S : - Istri klien mengatakan klien masih tidak mau bicara, klien hanya tersenyum bila ditanya</p> <p>O : - Keadaan umum klien lemah. - Klien diam saja - GCS 11(E4,V2, M5) - Menggunakan bahasa yg tertulis (2) - Menggunakan bahasa lisan : vocal (2) - Kejelasan bicara (2) - Menggunakan bahasa non verbal (2)</p> <p>A : Masalah keperawatan hambatan komunikasi verbal belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi no: 2.1,2.2,2.3,2.4,2.5,2.5,2.5,2.6,2.7</p>
3	<p>Minggu 24/12/2017 13.00</p>	<p>S : - Istri klien mengatakan klien masih lemah</p> <p>O : - Keadaan umum klien lemah - Klien berbaring di tempat tidur - Klien mengalami kelemahan pada tangan kanan dan kaki kanan - Klien tidak mampu miring kanan,miring kiri dan alih baring tanpa dibantu - Semua aktivitas klien dilakukan di atas tempat tidur - Semua aktivitas klien dibantu keluarga dan perawat - Skala kekuatan otot kekuatan otot 2 pada tangan kanan dan kaki kanan (ada pergerakan sendi,tetapi tidak dapat melawan gravitasi), 4 pada tangan kiri dan kaki kiri (ada pergerakan melawan tahanan tetapi kurang) - Keseimbangan (2) - Koordinasi (2) - Gerakan otot (2) - Gerakan sendi (2) - Kinerja pengaturan tubuh (2) - Bergerak dengan mudah (2)</p> <p>A : Masalah keperawatan Hambatan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi no : 3.1,3.2,3.3,3.4,3.5,3.6,3.7</p>
4	<p>Minggu 24/12/2017</p>	<p>S : - Istri klien mengatakan tidak ada luka, tidak ada</p>

	13.00	<p>kemerahan di badan klien, Klien masih berbaring saja di tempat tidur, belum dapat menggerakkan badannya sendiri</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum klien lemah - Klien berbaring di tempat tidur dengan posisi terlentang, dan posisi kepala dinaikkan 30 derajat - Klien mengalami kelemahan pada tangan kanan dan kaki kanan - Klien tidak mampu miring kanan, miring kiri dan melakukan alih baring tanpa dibantu - Tidak ada kemerahan di badan dan area penonjolan tulang - Eritema pada kulit (5) - Lesi pada kulit (5) - Pengelupasan kulit (5) - Lesi mukosa membrane (5) - Pigmentasi abnormal (5) <p>A : Masalah keperawatan resiko kerusakan integritas kulit tidak terjadi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi no : 4.1,4.2,4.3,4.4,4.5</p>
5	Minggu 24/12/2017 13.00	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Istri klien mengatakan klien sudah BAB <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum klien lemah - Klien berbaring di tempat tidur - Klien tidak mampu miring kanan, miring kiri dan melakukan alih baring tanpa dibantu - Terpasang pampers - Perut klien tidak kembung - Bising usus 5x/menit - Tidak ada acites - Pola eliminasi (4) - Kemudahan BAB (3) - Suara bising usus (4) - Bunyi usus (4) - Konstipasi (4) <p>A : Masalah konstipasi teratasi</p> <p>P : Pertahankan inrevensi no : 5.1,5.2,5.3,5.4</p>

6	Minggu 24/12/2017 13.00	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Istri klien mengatakan tangan dan kaki kanan klien sangat lemah, klien tidak mampu bergerak sendiri, semua aktifitas klien dilakukan di atas tempat tidur dan harus dibantu <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum klien lemah - Kesadaran klien delirium - Klien gelisah - GCS 11 (E4, V2, M5) - Terpasang restrain di ekstremitas kiri - TD : 160/ 100 mmHg - Klien berbaring di tempat tidur - Klien mengalami kelemahan pada tangan kanan dan kaki kanan - Klien tidak mampu miring kanan, miring kiri dan alih baring secara mandiri - Semua aktivitas klien dilakukan di atas tempat tidur - Semua aktivitas klien dibantu keluarga dan perawat - kekuatan otot <p>Skala kekuatan otot 2 pada tangan kanan dan kaki kanan (ada pergerakan sendi, tetapi tidak dapat melawan gravitasi), 4 pada tangan kiri dan kaki kiri (ada pergerakan melawan tahanan tetapi kurang)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terpasang gelang resiko jatuh - Meminta bantuan (4) - Menempatkan penghalang untuk mencegah jatuh (4) - Menggunakan alat bantu yang benar (4) - Menyediakan bantuan untuk bergerak (4) - Menyesuaikan ketinggian tempat tidur sesuai (4) <p>A : Masalah resiko jatuh tidak terjadi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi no : 6.1,6.2,6.3,6.4,6.5,6.6,6.7,6.8</p>
---	-------------------------------	---

BAB IV

ANALISIS SITUASI

A. Profil Lahan Praktek

1. Profil Rumah sakit

Rumah Sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan peripurna (konprehensif), menyembuhkan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat. Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian medik (WHO, 2010). Menurut keputusan menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 340/MENKES/PER/III/2010 “Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap rawat jalan dan gawat darurat”.

Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda terletak di jalan Palang Merah Indonesia, Kecamatan Samarinda Ulu. Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie sebagai *Top Referral* dan sebagai rumah sakit kelas A satu-satunya di Kalimantan Timur terhitung mulai bulan Januari 2014. Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda saat ini sebagai wahana pendidikan klinik Fakultas Kedokteran Universitas Mulawarman juga program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS I) Bedah, selain itu berbagai institusi pendidikan baik pemerintah maupun swasta juga bekerja sama dengan Perguruan tinggi kesehatan yang ada di Kalimantan Timur. Visi Rumah Sakit Umum

Daerah Abdul Wahab Sjahranie samarinda adalah menjadi Rumah Sakit dengan pelayanan bertaraf internasional. Misi Rumah Sakit Umum daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda adalah meningkatkan akses dan kualitas pelayanan berstandar internasional, mengembangkan Rumah Sakit sebagai pusat penelitian. Dengan motto bersih, aman, kualitas, tertib, informatif (BAKTI). Falsafah Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda adalah menjunjung tinggi harkat dan martabat manusia dalam pelayanan kesehatan pendidikan dan penelitian (Bidang keperawatan RSUD AWS, 2015). Jenis-jenis pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda pada tahun 2013-2014 antara lain: kateterisasi jantung, bedah jantung, unit stroke dan perawatan luka modern di poli klinik yang saat ini sedang dikembangkan.

2. Profil Ruang Stroke Unit.

Unit Stroke adalah ruang perawatan khusus untuk pasien stroke yang dirawat selama waktu tertentu untuk didiagnosa, diobati dan direhabilitasi oleh multidisiplin terpadu sampai kondisi medis stabil. Pelayanan unit stroke dibuka sejak tanggal 18 November 2014, kedudukan unit stroke berada di bawah Instalasi Rawat Inap (IRNA) dan termasuk perawatan *High Care*. Pelayanan Unit Stroke diberikan kepada seluruh penderita stroke yang didiagnosa Stroke Non Hemoragik dan Stroke Hemoragik pada serangan pertama ataupun yang mengalami Stroke serangan berulang dalam kondisi kesadaran menurun hingga stabil dengan rentang GCS antara 3-15 yang membutuhkan pelayanan, pengobatan dan observasi hingga pada fase pemulihan.

Adapun VISI MISI Unit Stroke.

a. VISI

“Menjadikan Ruang Stroke Center sebagai ruangan terdepan dan berkualitas dalam pelayanan”.

b. MISI.

- 1) Memberikan pelayanan kesehatan khusus dengan pelayanan unggulan yang tepat dan akurat.
- 2) Sumber daya manusia yang amanah dan profesional dilandasi iman dan takwa.
- 3) Meningkatkan sarana dan prasarana yang berkualitas dan modern yang dapat memberikan nilai lebih bagi pelayanan kesehatan
- 4) Menciptakan iklim kerja yang kondusif berdasarkan kemanusiaan, kesejawatan, kerjasama, disiplin dan tanggung jawab.
- 5) Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan sumber daya manusia, sehingga mampu melaksanakan pelayanan yang profesional.
- 6) Membangun kemitraan yang saling menguntungkan dengan semua ruangan dalam upaya meningkatkan cakupan pelayanan.

c. MOTTO.

“Friendly and Caring”.

Ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda merupakan ruang rawat di rumah sakit yang dilengkapi dengan staf dan peralatan khusus untuk merawat dan mengobati pasien dengan keadaan kritis maupun pasien dengan perawatan intensive. Ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda memiliki

struktur organisasi diantaranya 1 kepala ruangan dan 1 CCM serta 30 orang perawat pelaksana dengan klasifikasi S1 + Ners sebanyak 5 orang, S1 keperawatan sebanyak 1 orang, DIV sebanyak 1 orang, dan DIII sebanyak 22 orang dengan jumlah bed pasien sebanyak 21 buah dengan klasifikasi VIP 1 - VIP 5 masing-masing ruangan sebanyak 1 bed, kamar 1 sebanyak 4 bed, kamar 2 sebanyak 5 bed, kamar 3 sebanyak 5 bed, isolasi 2 bed. Selama Praktik Klinik Keperawatan Stase Elektif penulis memilih ruang Unit Stroke sebagai ruang praktik keperawatan.

B. Analisa Masalah Keperawatan dengan Konsep Terkait dan Konsep Kasus Terkait

Asuhan keperawatan pada klien Tn. A dengan IVH (Intraventrikuler Hemorrhage) + Hipertensi Emergency dilakukan sejak tanggal 22 sampai dengan 24 Desember 2017, klien masuk rumah sakit sejak tanggal 20 Desember 2017 dari IGD sebelumnya. Pengkajian keperawatan dilakukan diruang Stroke Center pada tanggal 22 Desember 2017 jam 13.00 WITA. Keluhan utama klien adalah kelemahan anggota gerak sebelah kanan dan tekanan darah tinggi.

Masalah keperawatan yang pertama yaitu risiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak dengan faktor risiko Hipertensi. Dari hemodinamik klien didapatkan klien memiliki hipertensi. Klien dan keluarga mengatakan tidak tahu kapan klien mulai menderita hipertensi dan tidak tahu riwayat penyakit yang dimiliki keluarga klien. Pada pemeriksaan tekanan darah didapatkan hasil melebihi batas normal yaitu 180/120 mmHg.

Hipertensi merupakan faktor resiko utama yang dapat mengakibatkan pecahnya maupun menyempitnya pembuluh darah otak. Bila tekanan sistolik di atas 160 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 90mmHg, maka dapat berpotensi menimbulkan serangan stroke, terlebih bila telah berjalan selama bertahun tahun. Pecahnya pembuluh darah otak akan menimbulkan perdarahan, akan sangat fatal bila terjadi interupsi aliran darah ke bagian distal, di samping itu darah ekstrasvasal akan tertimbun sehingga akan menimbulkan tekanan intrakranial yang meningkat, sedangkan menyempitnya pembuluh darah otak akan menimbulkan terganggunya aliran darah ke otak dan sel-sel otak akan mengalami kematian (Nurhidayat & Rosjidi, 2008).

Masalah keperawatan kedua hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan fisiologis (penurunan sirkulasi ke otak). Afasia adalah gangguan fungsi bicara pada seseorang akibat kelainan otak. Orang yang menderita afasia tidak mampu mengerti maupun menggunakan bahasa lisan . Penyakit afasia biasanya berkembang cepat sebagai akibat dari luka pada kepala atau stroke, tetapi juga dapat berkembang secara lambat karena tumor otak, infeksi atau demensia. Penyebab dari afasia adalah kerusakan hemisfer otak besar terutama pada bagian area Broca's, Wernicke's. Afasia pada bagian Broca's akan menyebabkan kesulitan dalam mengekspresikan bahasa. Berbicara masih bisa tetapi ritmenya hilang hanya beberapa kata yang diungkapkan berarti. Afasia pada bagian Wernicke's akan menyebabkan kesulitan dalam mengarang. Kemampuan berbicara baik tetapi isinya berantakan, kekacauan tata bahasa.

Masalah keperawatan ketiga adalah hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, penurunan kekuatan otot. Keluhan utama pasien adalah mengalami kelemahan pada anggota gerak sebelah kanan. IVH diartikan sebagai perdarahan intraserebral non traumatik yang terbatas pada sistem ventrikel atau yang timbul di dalam atau pada sisi dari ventrikel. Penyebab terjadinya pecah pembuluh darah (perdarahan) pada ruangan ventrikel pada otak belum diketahui. Namun keadaan hipertensi seringkali disebut sebagai penyebab paling mungkin (Donna, dkk, 2011). Tekanan darah yang melebihi kapasitas elastisitas vaskuler otak merupakan pemicu terjadinya perdarahan pada otak, terutama bila klien adalah penderita hipertensi berat (Adria, Luis dkk, 2012). Hipertensi menyebabkan tekanan vaskuler melebihi tekanan maksimal vaskuler otak. Perdarahan yang terjadi menyebabkan penekanan pada area otak, sehingga menyebabkan peningkatan TIK. Penekanan pada area tertentu pada otak dapat menyebabkan gangguan fisiologis otak salah satunya gangguan gerak, sehingga klien memiliki diagnosa hambatan mobilitas fisik dengan keluhan gangguan gerak yaitu kelemahan anggota gerak, tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri (aktivitas di bantu orang lain).

Masalah keperawatan keempat yaitu Risiko kerusakan integritas kulit dengan faktor resiko gangguan sirkulasi, faktor mekanik (imobilitas fisik, tekanan, gaya gesek). Berdasarkan data yang didapatkan keadaan klien yang memungkinkan terjadinya dekubitus adalah klien mengalami imobilitas. Kondisi imobilisasi menyebabkan klien berbaring secara terus menerus, dalam posisi tertentu sepanjang hari misalnya posisi telentang, bagian

belakang tubuh akan menerima tekanan. Sehingga klien tersebut bagian tubuhnya bertumpu pada tempat tidur dan akibat dari penekanan tersebut aliran darah pada bagian tubuh akan menjadi terhambat, efeknya akan muncul kemerahan dan jika tekanan tidak dihilangkan akan menimbulkan kematian jaringan (Jatnika, 2008). Kerusakan integritas kulit dapat berasal dari luka karena trauma atau pembedahan, namun juga dapat disebabkan karena tertekannya kulit dalam waktu lama yang menyebabkan iritasi dan akan berkembang menjadi luka tekan atau dekubitus. Dekubitus adalah kerusakan jaringan yang terlokalisir yang disebabkan karena adanya kompresi jaringan lunak di atas tulang yang menonjol dan adanya tekanan dari luar dalam jangka waktu yang lama yang menyebabkan gangguan pada suplai darah pada daerah yang tertekan. Kondisi yang berlangsung lama ini dapat menyebabkan insufisiensi aliran darah, anoksia, iskemia jaringan dan pada akhirnya dapat mengakibatkan kematian sel. Sedangkan menurut definisi lain dekubitus merupakan suatu luka yang diakibatkan oleh posisi penderita tidak berubah dalam jangka waktu lebih dari 6 jam (Sunaryanti, 2014). Merubah posisi merupakan kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatan. dalam jurnal keperawatan HKBP balige (2013), pemberian posisi miring 30 derajat bertujuan untuk membebaskan adanya tekanan sebelum terjadi iskemia jaringan dan luka tekan tidak akan pernah berkembang lain itu juga menyatakan bahwa dimana luka tekan pada area trokanter dan sakral dapat dieliminasi dengan memiringkan pasien dengan posisi baring miring 30 derajat secara teratur

dan menyangganya dengan matras yang sangat lembut. Maklebust dalam ”*rule of 30*”, posisi kepala tempat tidur ditinggikan sampai dengan 30 derajat dan posisi badan pasien dimiringkan sebesar 30 derajat dapat disanggah dengan bantal busa. terbukti menjaga pasien terbebas dari penekanan pada area trokanter dan sakral

Masalah keperawatan kelima klien dengan Konstipasi berhubungan dengan gangguan neurologis, ketidakadekuatan toileting . Konstipasi terjadi akibat penurunan motilitas kolon sehingga memperpanjang waktu transit feses di kolon dan berakibat kandungan air tetap terus di absorpsi dari massa feses, sehingga feses menjadi keras, kering, dan sukar dikeluarkan dalam proses defekasi (Gutzwiller et al., 2011). Kondisi imobilisasi menyebabkan latihan fisik sulit untuk dilakukan, sehingga perlu dilakukan hal lain untuk menstimuli kontraksi intestinal, untuk mencegah terjadinya konstipasi (Lemone dan Burke, 2011). Untuk mengatasi konstipasi di beberapa rumah sakit dengan menggunakan laksatif dan diit tinggi serat

Masalah keperawatan keenam klien dengan resiko jatuh dengan faktor resiko fisiologis (Gangguan mobilitas). Resiko jatuh merupakan suatu kondisi dimana seseorang tidak sengaja tergeletak di lantai, tanah dan tempat yang lebih rendah. Resiko jatuh dipengaruhi oleh faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal berasal dari dalam diri klien yaitu usia, kekuatan otot, keseimbangan, dan IMT sedangkan faktor eksternal adalah factor yang berasal dari luar yaitu lingkungan, dan latihan atau aktivitas fisik

Sehubungan dengan keenam diagnosa tersebut diatas penulis menitik beratkan perencanaan inovasinya pada masalah yang keempat yaitu risiko

kerusakan integritas kulit yang sangat besar kemungkinan akan terganggu dan diharapkan dengan perawatan menggunakan pemberian posisi miring 30 derajat kekanan dan kiri dapat mencegah kejadian dekubitus.

Stroke adalah kondisi yang terjadi ketika sebagian sel-sel otak mengalami kematian akibat gangguan aliran darah karena sumbatan atau pecahnya pembuluh darah di otak. Aliran darah yang terhenti membuat suplai oksigen dan zat makanan ke otak juga terhenti, sehingga sebagian otak tidak dapat berfungsi sebagaimana mestinya (Utami P, 2009). Kecacatan paska stroke menyebabkan penderita tidak dapat bekerja, sehingga stroke telah menjadi masalah kesehatan yang menjadi penyebab utama kecatatan pada usia produktif yang dapat menurunkan produktivitas suatu negara dimana separuh dari semua penderita stroke mengalami ketergantungan pada orang lain dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Adamson dkk, 2004, Townsend dkk, 2012) dan memberikan tindakan mandiri keperawatan dengan pemberian posisi miring 30 derajat kekanan dan kiri dapat mencegah kejadian dekubitus

C. Analisis Intervensi Inovasi dengan Konsep dan Penelitian Terkait.

Pada kasus kelolaan terdapat diagnosa keperawatan diantaranya adalah resiko kerusakan integritas kulit dengan factor resiko eksternal factor mekanik imobilitas fisik . Imobilitas fisik yang dimaksud adalah ketidakmampuan seseorang untuk menggerakkan tubuhnya sendiri. Imobilisasi dikatakan sebagai factor resiko utama pada munculnya luka dekubitus karena kondisi tersebut dapat meningkatkan waktu penekanan pada jaringan kulit, menurunkan sirkulasi dan selanjutnya mengakibatkan

luka dekubitus. Pada *Nursing Intervention Classification* (NIC) penulis melakukan intervensi alih baring dengan pengaturan posisi miring 30 derajat setiap 2 jam untuk mengatasi masalah keperawatan resiko kerusakan integritas kulit dengan faktor resiko factor eksternal imobilitas fisik pada klien Tn. A. Intervensi ini dilakukan pada tanggal 22, 23 dan 24 Desember 2017. Intervensi yang dilakukan diawali dengan mengkaji kondisi kulit klien dan keadaan umum klien . Saat pertama kali melakukan pengaturan posisi miring 30 derajat, penulis melakukan konsultasi dengan perawat ruangan untuk menanyakan kondisi klien apakah memungkinkan untuk dilakukan tindakan alih baring dengan pengaturan posisi miring kanan dan miring kiri 30 derajat tiap 2 jam dalam mencegah kejadian dekubitus. Selanjutnya penulis melakukan tindakan alih baring didampingi perawat ruangan. Adapun hasil evaluasinya pada tabel 4.1 sebagai berikut

Tabel 4.1
Hasil Intervensi Inovasi

No	Hari/tgl/jam	Kondisi kulit sebelum tindakan	Kondisi kulit setelah tindakan
1	Jumat, 22/12/2017	- Eritema pada kulit (5) - Lesi pada kulit (5) - Pengelupasan kulit (5) - Lesimukosamembrane (5) - Pigmentasiabnormal (5)	- Eritema pada kulit (5) - Lesi pada kulit (5) - Pengelupasan kulit (5) - Lesimukosamembrane (5) - Pigmentasiabnormal (5)
2	Sabtu, 23/12/2017	- Eritema pada kulit (5) - Lesi pada kulit (5) - Pengelupasan kulit (5) - Lesimukosamembrane (5) - Pigmentasiabnormal (5)	- Eritema pada kulit (5) - Lesi pada kulit (5) - Pengelupasan kulit (5) - Lesimukosamembrane (5) - Pigmentasiabnormal (5)
3	Minggu, 24/12/2017	- Eritema pada kulit (5) - Lesi pada kulit (5) - Pengelupasan kulit (5) - Lesimukosamembrane (5) - Pigmentasiabnormal (5)	- Eritema pada kulit (5) - Lesi pada kulit (5) - Pengelupasan kulit (5) - Lesimukosamembrane (5) - Pigmentasiabnormal (5)

D. Penulis sudah melakukan intervensi inovasi pengaturan selama 3 hari pengelolaan. Berdasarkan implementasi yang dilakukan selama 3 hari tersebut didapatkan keadaan kulit Tn. A tidak ada tanda-tanda decubitus. Pada NOC Integritas jaringan: kulit & membran mukosa dengan keterangan skala indikator 1 sampai dengan 5, keadaan kulit klien tidak ada tanda-tanda dekubitus seperti eritema pada kulit, lesi pada kulit, pengelupasan kulit, lesi mukosa membrane, dan pigmentasi abnormal semua keterangan skala 5 yang berarti tidak ada. Hasil dari tindakan penulis dengan pengaturan posisi miring 30 derajat dalam mencegah kejadian decubitus grade I sesuai dengan hasil penelitian Hidayat (2006) dalam jurnal keperawatan HKBP balige (2013), yang menyebutkan bahwa pemberian posisi miring 30 derajat bertujuan untuk membebaskan adanya tekanan sebelum terjadi iskemia jaringan dan luka tekan, selain itu juga menyatakan bahwa dimana luka tekan pada area trokanter dan sakral dapat dieliminasi dengan memiringkan pasien posisi miring 30 derajat secara teratur dan menyangganya dengan matras yang sangat lembut. Maklebus dalam "rule of 30", posisi kepala tempat tidur ditinggikan sampai dengan 30 derajat dan posisi badan pasien dimiringkan sebesar 30 derajat dapat disanggah dengan bantal busa. terbukti menjaga pasien terbebas dari penekanan pada area trokanter dan sakral. Memberikan posisi alih baring tiap 2 jam dalam mencegah luka decubitus sesuai dengan hasil penelitian Aini (2013) yang menyebutkan bahwa pemberian posisi alih baring setiap dua jam pada pasien dengan imobilisasi dapat mencegah terjadinya luka decubitus.

Kejadian luka decubitus dapat dilihat dari skala Braden menurut

Widodo (2007), skala Breden adalah skala untuk menilai resiko terjadinya decubitus. Skala Breden terdiri dari 6 variabel yang meliputi persepsi sensori, kelembaban, tingkat aktifitas, mobilitas, nutrisi, dan gesekan dengan permukaan kasur. Skore maksimum pada skala Breden adalah 23. Skore diatas 20 resiko rendah, 16-20 risiko sedang , 11-15 resiko tinggi dan kurang dari 10 resiko sangat tinggi. Skala Breden yang digunakan pada Tn. A didapatkan data dari masing-masing variabel, yaitu kemampuan persepsi sensori sama sekali terbatas, kulit terlihat jarang lembab, aktifitas baring total, mobilisasi klien mengalami imobilisasi, nutrisi adekuat, gesekan potensial bermasalah.

Diagnosa Keperawatan yang timbul sebagai tindakan Inovasi yaitu Resiko kerusakan integritas kulit dimana klien rentan mengalami ulkus decubitus yang dapat mengganggu kesehatan. (Nanda, 2015). Dimana memiliki batasan karakteristik yaitu Pigmentasi abnormal (5), Lesi pada kulit (5), Eritema (5), wajah pucat (5), Necrosis (5), Lesi mukosa membran (5). Tindakan inovasi yang dilakukan penulis adalah melakukan tindakan pengaturan posisi miring 30 derajat dalam mencegah kejadian decubitus grade I yang dilakukan tiap 2 jam. Pengaturan posisi miring 30 derajat yang dilakukan pada Tn. A sangat efektif, karena selama tiga hari dilakukan tindakan tidak ada tanda-tanda yang mengarah pada luka decubitus dan sesuai dengan yang diharapkan sejalan dengan hasil penelitian Afrizan (2015) bahwa mobilisasi miring kanan miring kiri 30 derajat setiap 2 jam sangat efektif dalam mencegah terjadinya dekubitus.

Menurut asumsi penulis bahwa tindakan alih baring dengan

pengaturan posisi miring kanan dan miring kiri 30 derajat yang dilakukan tiap 2 jam sangat efektif untuk mencegah kejadian decubitus grade I dan dapat dilakukan pada pasien dengan diagnosa medis stroke yang mengalami imobilisasi dan tirah baring lama. Aplikasi tindakan tersebut bisa diajarkan kepada keluarga agar dapat diterapkan ketika berada dirumah, sangat efektif dan tanpa harus mengeluarkan dana untuk tindakan ini.

E. Alternatif Pemecahan Masalah Yang Dapat Dilakukan

Masalah keperawatan yang timbul pada klien kelolaan dapat diatasi bila terjadi hubungan teraupetik perawat dengan klien, termasuk juga pemberi layanan kesehatan lainnya. Dalam implementasi asuhan keperawatan, penulis melakukan tindakan secara mandiri yaitu dengan pengaturan posisi miring 30 derajat dalam mencegah kejadian decubitus grade I. Implementasi asuhan keperawatan lain yang dapat dilakukan pada pasien stroke yaitu tindakan kolaborasi dengan dokter, tim kesehatan lainnya dan ahli fisioterapi. Sejumlah studi lainnya menunjukkan bahwa pemberian posisi miring 30 derajat dapat mencegah kejadian dekubitus grade I adalah penelitian yang dilakukan oleh Afrizan (2015) tentang “ Pengaruh mobilisasi miring kanan miring kiri 30 derajat terhadap kejadian dekubitus derajat I pada pasien stroke dengan tirah baring lama di ruang neurologi RSUD Raden Mattaher Jambi “ yang menghasilkan kesimpulan bahwa mobilisasi miring kanan, miring kiri 30 derajat sangat efektif dalam mencegah terjadinya dekubitus.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Wahyuni (2014) tentang “ Pengaruh posisi miring 30 derajat menggunakan absorbent triangle pillow terhadap kejadian dekubitus grade I pada pasien dengan gangguan penurunan

kesadaran di ruang ICU RSUD Sragen “ Dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengaturan posisi miring 30 derajat dengan menggunakan absorbent triangle pillow terhadap kejadian dekubitus grade I pada pasien dengan gangguan penurunan kesadaran. Penelitian oleh Nurhuda (2012) tentang “ Pengaruh posisi miring untuk mengurangi luka tekan pada pasien dengan gangguan persyarafan” yang menghasilkan kesimpulan bahwa luka tekan menjadi hal yang harus di waspadai terutama pada pasien yang mengalami kelemahan anggota gerak. Pemberian posisi miring / lateral 30 derajat yang dilakukan secara continue dan benar akan memberikan dampak yang bagus terhadap pasien yang mengalami kelemahan anggota gerak yaitu mencegah dan mengurangi adanya luka tekan

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Kasus kelolaan pada Tn. A dengan diagnosa medis IVH (Intraventrikuler Hemorrhage) + Hipertensi Emergency , didapatkan hasil sebagai berikut :

1. Pengkajian pada Tn. A didapatkan data keluhan utama istri klien mengatakan Tekanan darah klien tinggi, klien mempunyai riwayat stroke dan post op craniotomy 6 bulan yang lalu dan klien mengalami kelemahan pada tangan kanan dan kaki kanan dan bicaranya pelo
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. A adalah resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak dengan faktor resiko Hipertensi, hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan : gangguan fisiologis (penurunan sirkulasi ke otak) , hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, penurunan kekuatan otot, risiko kerusakan integritas kulit dengan faktor resiko, factor mekanik (imobilitas fisik, tekanan, gaya gesek), konstipasi berhubungan dengan gangguan neurologis, ketidakadekuatan toileting, resiko jatuh dengan faktor resiko fisiologis (gangguan mobilitas) Intervensi keperawatan yang dilakukan pada masalah keperawatan risiko kerusakan integritas kulit dengan faktor resiko gangguan sirkulasi, faktor mekanik (imobilitas fisik,tekanan,gaya gesek) yaitu NOC Integritas jaringan: kulit & membran mukosa dan NIC1 Pengecekan kulit dan NIC2 Perawatan kulit: Pengobatan topikal..
3. Stroke Centre adalah ruang perawatan khusus untuk pasien stroke yang Intervensi inovasi yang dilakukan adalah pengaturan posisi miring 30

derajat dalam mencegah kejadian decubitus grade I di ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Pengaturan posisi miring kanan dan miring kiri 30 derajat dilakukan setiap 2 jam

4. Implementasi pada Tn. A dengan diagnosa keperawatan risiko kerusakan integritas kulit dengan faktor resiko gangguan sirkulasi, faktor mekanik (imobilitas fisik, tekanan, gaya gesek) dilakukan dan diobservasi selama 3 hari, tindakan yang dilakukan sesuai dengan intervensi yang disusun. Semua intervensi keperawatan diimplementasikan oleh penulis karena sesuai dengan kondisi pasien.
5. Evaluasi pada masalah keperawatan risiko kerusakan integritas kulit dengan faktor resiko gangguan sirkulasi, faktor mekanik (imobilitas fisik, tekanan, gaya gesek) dari hasil observasi yang dilakukan selama 3 hari implementasi dapat disimpulkan masalah risiko kerusakan integritas kulit teratasi dan tidak menjadi actual. Setelah dilakukan Intervensi inovasi yaitu pengaturan posisi miring 30 derajat dalam mencegah kejadian decubitus grade I, dilakukan perubahan posisi tiap 2 jam observasi setiap hari selama 3 hari, tidak terjadi tanda tanda dekubitus grade I pada kulit klien terutama pada daerah-daerah tonjolan tulang, seperti eritema, pucat, lesi ulkus, abrasi, lecet, adanya lubang, jaringan nekrotik, kerusakan otot, tulang dan tendon

B. Saran

1. Bagi Perawat : Perawat sebagai edukator dapat memberikan informasi dan pendidikan kesehatan dengan pengaturan posisi miring kanan miring kiri 30 derajat dalam pencegahan kejadian dekubitus grade I pada klien stroke

2. Bagi Pasien

Pengaturan posisi miring kanan miring kiri 30 derajat dalam pencegahan kejadian dekubitus grade I pada klien stroke dapat diaplikasikan oleh klien tidak hanya saat perawatan di Rumah Sakit tapi juga saat klien diperbolehkan menjalani perawatan dirumah, secara mandiri.

3. Bagi Keluarga

Dukungan dan dampingan keluarga saat pelaksanaan tindakan perawatan pengaturan posisi miring kanan miring kiri 30 derajat dalam pencegahan kejadian dekubitus grade I pada klien stroke yang mengalami keterbatasan dalam melakukan pergerakan secara mandiri sangat diperlukan. Anggota keluarga harus meluangkan waktu mendampingi pasien karena dengan adanya keluarga didekatnya pasien akan merasa lebih diperhatikan, mendapatkan kenyamanan, ketenangan, dan kasih sayang.

4. Bagi Penulis

Dalam penanganan keperawatan risiko kerusakan integritas kulit dengan faktor resiko gangguan sirkulasi, faktor mekanik (imobilitas fisik, tekanan, gaya gesek) pada klien stroke, selain tindakan alih baring dengan pengaturan posisi miring kanan miring kiri 30 derajat, ada intervensi inovasi lain yang dapat dikembangkan dalam pencegahan kejadian dekubitus grade I

5. Bagi Rumah Sakit

Memberikan Memberikan layanan prima merupakan kewajiban yang dilakukan oleh seluruh instansi yang terkait di Rumah Sakit. Untuk dapat

meningkatkan mutu pelayanannya maka penetapan SPO Alih baring dengan pengaturan posisi miring kanan miring kiri 30 derajat dalam pencegahan kejadian dekubitus grade I sebagai asuhan keperawatan mandiri dapat dilakukan sebagai salah satu metode dalam pencegahan kejadian dekubitus grade I pada klien stroke.

6. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan masukan dalam proses belajar mengajar dan menjadi referensi tambahan sehingga dapat menerapkan tindakan perawatan alih baring dengan pengaturan posisi miring kanan miring kiri 30 derajat dalam pencegahan kejadian dekubitus grade I pada klien stroke.

DAFTAR PUSTAKA

- AHA. (2014). *Heart Disease and Stroke Statistics. Circulation*.
- Ariani, T. A. 2012. *Sistem Neurobehaviour*. Edisi Pertama. Salemba Medika. Jakarta
- American Heart Association. (2010). *Heart Disease and Stroke Statistics_2010 Update: A Report From the American Heart Association*. Available from: <http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/121/7/e46>. (diunduh pada 20 Desember 2017)
- Caplan, L. R, (2009). *Stroke a Clinical Approach. Fourth Edition*, Philadelphia : Saunders an Imprint of Wlsevier.
- Feigin,V. (2006). *Panduan Tentang Pencegahan dan Pemulihan Stroke*. New, Zealand : PT Bhuana Ilmu Populer.
- Gloria Bulechek., Howard Butcher., Joanne Dochterman., Cheryl Wagner. (2016). *Terjemahan Nursing Interventions Classification (NIC)*. Edisi Keenam. Indonesia : CV. Mocomedia pengawasan Elsevier Inc (healthpermissions@elsevier.com).
- . Heather Herdman T., Shigemi Kamitsuru ; alih bahasa, Budi Anna Keliat. (2015). *Nanda Internasional Inc. Diagnosa Keperawatan : definisi & klasifikasi 2015-2017*. Edisi Ke sepuluh, Jakarta : EGC.
- Hudak & Gallo (2010). *Keperawatan Kritis Pendekatan Holistik*. Jakarta : EGC.
- Junaidi,I. 2011. *Stroke, Waspada! Ancamannya*. Edisi Pertama. CV.ANDI OFFSET. Yogyakarta
- Moorhead Sue., Marion Johnson., Meridean L. Maas., Elizabeth Swanson. (2016). *Terjemahan Nursing Outcomes Classification (NOC)*. Edisi Kelima. Indonesia : CV. Mocomedia pengawasan Elsevier Inc (healthpermissions@elsevier.com)
- Muttaqin, A. 2008. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Edisi Pertama. Salemba Medika. Jakarta
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2006). *Fundamental of Nursing*. USA : Mosby Inc.
- R.A, Nabyl. 2012. *Deteksi Dini Gejala dan Pengobatan Stroke Solusi Hidup Sehat dan Bebas Stroke*. Cetakan Pertama. Aulia Publising. Yogyakarta

Rekam Medik RSUD AWS Samarinda (2017) : Samarinda

_____ (2013). *Laporan hasil riset kesehatan dasar (RISKESDA)*. Jakarta : Badan dan pengembangan Departemen kesehatan RI.

Summurs, D., Leonard, A., Wentworth, D., Saver, J.L., Simpson, J., Spilker, J.A., Hock, N., Miller, E., & Mitchell, P.H. (2009). *Comprehensive overview of Nursing and Interdisciplinary Care of the Acute Ischemic Stroke Patient*. A. Scientific Statement From the American Heart Association. Tersedia di : <http://stroke.ahajournals.org.content/40/8/2911.full>. (diunduh pada 20 Desember 2017).

Suriadi, 2008. *Perawatan Luka*. Cetakan Pertama. Sagung Seto. Jakarta

Townsend, Adam, J., Beswick, A., Ebrahim, S. (2014). *Is Stroke The Most (Common Causa Of Disability)*, Journal of Stroke and Cerebrovascular Disease.

Utami, I.M., (2009). *Gambaran Faktor-faktor Risiko yang Terdapat pada Penderita Stroke*

Widodo,A. 2007. *Uji Kepekaan Instrumen Pengkajian Resiko Dekubitus Dalam Mendeteksi DiniRisiko Kejadian Dekubitus di RSIS*. Universitas Muhammadiyah Surakarta, *publikasiilmiah.ums.ac.id*. 20 Desember 2017

World Health Organization.(2010). *Global Burden of Stroke*. Available from:
http://www.who.int/cardiovaskular_diseases/en/cvd_atlas_15_burden_stroke.pdf
(diunduh pada 20 Desember 2017).

Yayasan Stroke Indonesia. (2012). YASTROKI. [Online] Available at:
<http://www.yastroki.or.id>

	POSISI ALIH BARING POSISI MIRINNG 30 DERAJAT			
STANDART OPERASIONAL PROSEDUR				
PENGERTIAN	Pengaturan posisi miring 30 derajat yang diberikan untuk mengurangi tekanan dan gaya gesek pada kulit pada klien imobilisasi untuk mencegah komplikasi			
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengurangi komplikasi akibat imobilisasi 2. Mengurangi kemungkinan tekanan yang menetap pada tubuh akibat posisi yang menetap 3. Mencegah kerusakan integritas kulit 4. Memperbaiki sirkulasi dan perfusi 			
INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penderita yang mengalami kelumpuhan baik hemiplegi maupun paraplegi 2. Penderita yang mengalami kelemahan dan pasca operasi 3. Penderita yang mengalami pengobatan (imobilisasi) 4. Penderita yang mengalami penurunan kesadaran 			
PETUGAS	Perawat			
PERALATAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Satu bantal penopang kepala 2. Satu bantal penopang tungkai 3. Satu bantal segitiga dengan sudut 30 derajat, penopang tubuh bagian belakang 			
PROSEDUR PELAKSANAAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tahap Pra Interaksi <ol style="list-style-type: none"> a. Melihat data observasi b. Melihat intervensi keperawatan yang diberikan oleh perawat c. Mengkaji program terapi yang diberikan oleh dokter d. Mencuci tangan e. Menyiapkan alat 2. Tahap Orientasi <ol style="list-style-type: none"> a. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik, b. Mencuci tangan c. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan d. Menanyakan kesiapan klien sebelum melakukan tindakan e. Memberi kesempatan klien untuk bertanya f. Bila klien siap dilakukan tindakan, dekatkan alat-alat 3. Tahap kerja <ol style="list-style-type: none"> a. Membaca "Basmallah" b. Menjaga privasi klien (menutup sampiran) c. Memastikan posisi klien berada di tengah tempat tidur d. Mengatur posisi klien berbaring di atas tempat tidur e. Menggunakan satu bantal untuk menyanggah kepala dan leher f. Meletakkan satu bantal pada sudut antara bokong dan matras dengan cara memiringkan panggul setinggi 30 derajat g. Meletakkan satu bantal berikutnya memanjang diantara kedua kaki h. Melakukan pemeriksaan kondisi kulit i. Melakukan pengawasan keteraturan merubah posisi serta antisipasi terhadap toleransi kemampuan dan perkembangan kondisi klien 			

- j. Merapikan tempat Tidur
- k. Melakukan dokumentasi tindakan
- l. Dokumentasi keperawatan
- m. Mencatat hari,tanggal,waktu dan prosedur yang dilaksanakan
- n. Mengidentifikasi kondisi kulit klien
- o. Mencatat hasil kondisi kulit sebelum dan sesudah melakukan tindakan

4. Tahap terminasi

- a. Mengevaluasi hasil teknik posisi miring 30 derajat
- b. Mengajukan pada klien dan keluarga untuk melaksanakan teknik posisi miring 30 derajat
- c. Beri reinforcement positif
- d. Kontrak pertemuan selanjutnya
- e. Berdoa bersama pasien Mengakhiri pertemuan/ pertemuan dengan baik: bersama klien membaca doa:

اللَّهُمَّ رَبَّ النَّاسِ اذْهَبِ الْبَاسَ اِشْفِ اَنْتَ الشَّافِي
 لَا شِفَاءَ اِلَّا شِفَاؤَكَ شِفَاءً لَا يُغَادِرُ سَقَمًا

- f. Artinya (Ya Allah. Tuhan segala manusia, hilangkan segala penderitaannya, angkat penyakitnya, sembuhkan lah ia, engkau maha penyembuh, tiada yang menyembuhkan selain engkau, sembuhkanlah dengan kesembuhan yang tidak meninggalkan sakit lagi).
- g. Mengucapkan salam
- h. Merapikan alat dan mencuci tangan

SKALA NORTON

NO	KEADAAN PASIEN	Penilaian	Skore
1	KONDISI FISIK UMUM		
	Baik	4	
	Sedang	3	3
	Buruk	2	
	Sangat Buruk	1	
2	KESADARAN		
	Composmentis	4	4
	Apatis	3	
	Sopor/bingung	2	
	Stupor/koma	1	
3	AKTIVITAS		
	Jalan Sendiri	4	
	Jalan dengan bantuan	3	
	Kursi Roda	2	
	Di tempat tidur	1	1
4	MOBILITAS		
	Bebas bergerak	4	
	Agak terbatas	3	
	Sangat terbatas	2	2
	Tak mampu bergerak	1	
5	INKONTINENSIA		
	Kontinensia	4	
	Kadang inkontinensia	3	
	Selalu kontinensia	2	
	Inkontinensia alvy dan urine	1	1
	JUMLAH SKORE		11

KATEGORI SKOR:

16-20 : Resiko Rendah
 12-15 : Resiko Sedang
 <12 : Resiko Tinggi ✓

Pengkajian Indeks *Barthel*

NO	FUNGSI	SKOR	KETERANGAN
1	Mengendalikan rangsang pembuangan tinja	0 1√ 2	Tak terkendali/tak teratur (perlu pencahar). Kadang-kadang tak terkendali (1x seminggu). Terkendali teratur.
2	Mengendalikan rangsang berkemih	0√ 1 2	Tak terkendali atau pakai kateter Kadang-kadang tak terkendali (hanya 1x/24 jam) Mandiri
3	Membersihkan diri (seka muka, sisir rambut, sikat gigi)	0√ 1	Butuh pertolongan orang lain Mandiri
4	Penggunaan jamban, masuk dan keluar (melepaskan, memakai celana, membersihkan, menyiram)	0√ 1 2	Tergantung pertolongan orang lain Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri beberapa kegiatan yang lain. Mandiri
5	Makan	0 1√ 2	Tidak mampu Perlu ditolong memotong makanan Mandiri
6	Berubah sikap dari berbaring ke duduk	0√ 1 2 3	Tidak mampu Perlu banyak bantuan untuk bias duduk Bantuan minimal 1 orang. Mandiri
7	Berpindah/ berjalan	0√ 1 2 3	Tidak mampu Bisa (pindah) dengan kursi roda. Berjalan dengan bantuan 1 orang. Mandiri
8	Memakai baju	0√ 1 2	Tergantung orang lain Sebagian dibantu (mis: memakai baju) Mandiri.
9	Naik turun tangga	0√ 1	Tidak mampu Butuh pertolongan

		2	Mandiri
10	Mandi	0√ 1	Tergantung orang lain Mandiri
Total Nilai			

TOTAL SKORBAI

- 20** : Mandiri
12-19 : Ketergantungan ringan
9-11 : Ketergantungan sedang
5-8 : Ketergantungan berat
0-4 : Ketergantungan total√

**SKALA BRANDEN
UNTUK MEMPREDIKSI RESIKO LUKA DEKUBITUS**

Nama Klien : Tn. A

Nama Petugas :

Tanggal Pengkajian :

No		1	2	3	4	SKORE
	PERSEPSI SENSORI Kemampuan untuk merasakan adanya tekanan	Terbatas total . Tidak berespon terhadap stimulasi nyeri, akibat penurunan tingkat kesadaran atau adanya sedasi Atau Tidak mampu merasakan nyeri hampir di seluruh tubuh	Sangat terbatas Berespon hanya terhadap stimulus nyeri. Tidak mampu memberitahukan adanya nyeri kecuali dengan gerakan-gerakan gelisah. Atau Mengalami kelemahan sensori yg menyebabkan gangguan merasakan nyeri pada hampir ½ bagian tubuh.	Terbatas ringan Berespon terhadap perintah lisan, tetapi tidak selalu dapat menginformasikan adanya rasa nyeri atau kebutuhan melakukan pergantian posisi tubuh. Atau Memiliki sedikit gangguan untuk merasakan nyeri atau ketidaknyamanan pada 1 atau 2 ekstremitas.	Normal Berespon terhadap perintah lisan. Tidak ada gangguan sensori	
	AKTIVITAS Kemampuan melakukan aktifitas	Bedrest	Hanya mampu duduk.Tidak mampu berjalan atau sangat terbatas. Tidak mampu menyangga beban tubuh sendiri dan atau harus dibantu untuk berpindah ke kursi atau kursi roda.	Mampu Berjalan Kadang-kadang saja. Mampu berjalan di siang hari, tapi hanya sebentar saja dengan atau tanpa bantuan. Sebagian besar waktu dihabiskan di tempat tidur atau kursi.	Mampu berjalan Mampu Berjalan ke luar ruang perawatan sedikitnya dua kali sehari dan di dalam ruangan sedikitnya sekali tiap 2 jam.	
	MOBILITAS Kemampuan merubah dan mengontrol posisi tubuh	Tidak mampu bergerak total.Tidak mampu menggerakkan ekstremitas atau bagian tubuh lain.	Sangat terbatas Mampu Melakukan beberapa gerakan ringan ekstremitas atau anggota tubuh lain, tapi tidak mampu sering bergerak atau perubahan tubuh yang berarti secara mandiri	Mengalami keterbatasan ringan. Sering Melakukan gerakan walaupun hanya gerakan kecil pada ekstremitas atau anggota tubuh lain secara mandiri.	Tidak ada gangguan Mampu menggerakkan ekstremitas dan anggota tubuh dengan leluasa tanpa bantuan	

	<p>NUTRISI</p> <p>Kebiasaan pola asupan nutrisi</p>	<p>Sangat buruk Tidak pernah menghabiskan makanan. Sangat jarang mampu menghabiskan 1/3 porsi makanan yang disiapkan. Makan kurang dari atau sama dengan 2 kali menu protein (daging atau produk lain) dalam sehari. Minum sedikit. Tidak mau mengkonsumsi supplement diet yang berbentuk cair. Atau Pasien NPO dan atau hanya mendapat cairan/IV selama lebih dari 5 hari.</p>	<p>Kemungkinan tidak adekuat. Jarang mampu menghabiskan porsi makan yang disediakan, rata-rata hanya mampu menghabiskan ½ porsi. Intake protein (daging atau produk lain) 3 kali sehari. Kadang mengkonsumsi makanan supplement. Atau Mengkonsumsi makanan cair atau melalui NGT namun jumlahnya tidak optimal.</p>	<p>Adekuat , menghabiskan lebih dari ½ porsi makanan yang disajikan. Makan setidaknya 4 porsi protein (daging atau produk lain) setiap hari. Kadang menolak makanan tapi menghabiskan supplement yang diberikan. Atau Dalam th/ nutrisi melalui TPN yang komposisinya memenuhi hamper seluruh kebutuhan nutrisinya.</p>	<p>Sangat baik Menghabiskan hamper semua makanan yang disajikan. Tidak pernah menolak makanan. Biasanya mengkonsumsi 4 porsi atau lebih protein (daging atau produk lain) dalam sehari. Kadang mengkonsumsi makanan extra diantara waktu makan. Tidak membutuhkan supplement.</p>	
	<p>GESEKAN DAN “SHEAR”</p>	<p>Bermasalah Perlu bantuan total atau sebagian untuk bergerak. Mengangkatnya pasti akan disertai gesekan pada linen. Sering melorot ketika duduk di kursi atau di tempat tidur, perlu bantuan maksimum untuk mengembalikan ke posisi semula.</p>	<p>Potensial mengalami masalah. Mampu bergerak tapi lemah dan perlu bantuan minimal. Selama pergerakan, kulit mungkin menalami gesekan sedikit atau banyak pada permukaan linen, kursi, ikatan, atau permukaan lain. Relative mampu mempertahankan posisi yang baik pada saat duduk di kursi atau tempat tidur, tapi kadang-kadang juga melorot</p>	<p>Tidak ada masalah yang terlihat. Bergerak di kursi dan tempat tidur secara mandiri dan memiliki cukup kekuatan untuk mengangkat tubuhnya pada saat bergerak. Mampu duduk dengan baik di kursi dan tempat tidur.</p>		

		Mengalami spastic, kontraktur atau kejang yang menyebabkan kulit hamper selalu mengalami gesekan ke linen atau permukaan lain.	ke bawah.			
--	--	--	-----------	--	--	--

Total score **PROTOKOL BERDASARKAN TINGKAT RESIKO SKALA BRADEN**

No		
	<p>BERESIKO (SKORE 15 – 18)*</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sering rubah/ganti posisi ○ Remobilisasi maksimal ○ Tangani adanya masalah kelembaban yang berlebihan, nutrisi dan friksi serta “shear” ○ Gunakan tempat tidur/kursi yang tepat jika pasien bedrest atau lama duduk di kursi 	<p>MANAGEMEN KELEMBABAN YANG BERLEBIHAN</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gunakan produk pelindung ○ Gunakan popok yang mampu menyerap kelembaban, lembut, empuk. ○ Tangani penyebab bila mungkin ○ Berikan cairan, pasang bedpan/urinal pada saat mengganti posisi.
	<p>RESIKO SEDANG (SKORE 13-14)*</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Buatlah jadwal ganti posisi ○ Gunakan bantalan busa untuk posisi lateral 30o ○ Gunakan tempat tidur yang baik ○ Remobilisasi maksimal. ○ Lindungi tumit ○ Tangani adanya masalah kelembaban yang berlebihan, nutrisi dan friksi serta “shear” 	<p>MANAGEMEN NUTRISI</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tingkatkan intake protein ○ Tingkatkan intake kalori untuk menurunkan penggunaan protein ○ Berikan supplement dengan multivitamin (harus termasuk vitamin A, C, E) ○ Respon segera untuk menghilangkan adanya kekurangan asupan ○ Konsultasi dengan tim gizi
	<p>RESIKO TINGGI (SKORE 10-12)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tingkatkan frekuensi perubahan posisi ○ Berikan supplement dg interval yang cepat ○ Gunakan tempat tidur atau kursi yang baik ○ Gunakan bantalan busa untuk posisi lateral 30o ○ Remobilisasi maksimal ○ Lindungi tumit ○ Tangani adanya masalah kelembaban yang berlebihan, nutrisi dan friksi serta “shear” 	<p>MANAGEMEN GESEKAN DAN “SHEAR”</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tinggikan sandaran tidak lebih dari 30o ○ Gunakan “trapeze” jika ada indikasi ○ Gunakan linen untuk mengangkat pasien ○ Lindungi siku dan tumit yang terkena gesekan
	<p>RESIKO SANGAT TINGGI</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SEMUA TINDAKAN DIATAS DITAMBAH ○ Gunakan “pressure-releiving Penggunaan kasur “relieving surface” tidak menggantikan jadwal perubahan posisi 	<p>PENERAPAN PRINSIP-PRINSIP UMUM PERAWATAN</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ TIDAK MELAKUKAN MASAGE JIKA ADA KEMERAHAN PADA KULIT DI TONJOLAN TULANG ○ TIDAK MENGGUNAKAN “DONAT” ○ Pertahankan status cairan yang baik ○ Hindari kekeringan pada kulit
	<p>*) jika ada factor resiko mayor, gunakan pedoman tingkat selanjutnya Factor resiko mayor diantaranya:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Lanjut usia ○ Demam ○ Intake protein yang rendah ○ Tekanan diastolic dibawah 60 mmhg ○ Ketidakstabilan hemodinamik <p>https://moenaiffat.wordpress.com/2014/04/12/skala-braden-2/</p>	

BIODATA PENELITI



A. Data Pribadi

Nama : Itta Purwati
Tempat, tanggal lahir : Samarinda, 28 September 1980
Alamat Asal : Jln. Samarinda Bontang Km 32, RT 01
Samarinda Utara
Alamat di Samarinda : Jln. Samarinda Bontang Km 32, RT 01
Samarinda Utara

B. Riwayat Pendidikan

Pendidikan Formal

- Tamat SD : Tahun 1993 di SDN Lengkong I
- Tamat SMP : Tahun 1996 di SMP 1 Kertosono
- Tamat SPK : Tahun 1999 di SMUN 1 Kertosono
- Tamat Diploma III : Tahun 2003 di Akper Dirgahayu Samarinda
- Tamat S1 Keperawatan : Tahun 2017 di Stikes Muhammadiyah Samarinda

Pendidikan Non-Formal

LEMBAR KONSULTASI

Judul KIAN : Analisis Praktik Klinik Keperawatan Pada Klien Stroke dengan Intervensi Inovasi Pengaturan Posisi Baring Miring 30 Derajat dalam Mencegah Kejadian Decubitus Grade I di Ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2017

Pembimbing : Ns.Milkhatun,M.Kep

NO	TANGGAL	KONSULTASI	HASIL KONSULTASI	PARAF

HASIL *Head CT-Scan*

