

**ANALISA PRAKTIK KEPERAWATAN DENGAN INTERVENSI INOVASI
PERUBAHAN POSISI DAN MASSASE KULIT UNTUK MENCEGAH
TERJADINYA LUKA DEKUBITUS PADA PASIEN STROKE DI RUANG
UNIT STROKE CENTER RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA TAHUN 2017**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



DI AJUKAN OLEH

KURNIAWAN SETIADI, S.KEP

15.11.3082.5.0266

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH

SAMARINDA

2017

Analisa Praktik Keperawatan dengan Intervensi Inovasi Perubahan Posisi dan
Massage Kulit untuk Mencegah Terjadinya Luka Dekubitus pada Pasien Stroke di
Ruang Unit Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda
Tahun 2017

Kurniawan Setiadi¹, Siti Khoiroh Muflihatin²

INTISARI

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 *neurologik* ini sering terjadi secara mendadak dan tidak jarang menyebabkan kematian. Salah satu dampak dari stroke adalah dekubitus karena stroke tidak jarang 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. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui pemberian intervensi *massage* dan perubahan posisi untuk mencegah terjadinya luka dekubitus pada pasien stroke. Intervensi keperawatan merubah posisi dan *massage* kulit pada pasien stroke dapat mencegah terjadinya luka dekubitus pada pasien stroke. Kedua tindakan intervensi keperawatan tersebut dapat mereduksi penekanan jaringan dan dapat menjadi tindakan yang efektif untuk mencegah terjadinya luka dekubitus. Hasil penelitian ini didapatkan bahwa kemampuan merubah posisi dan *massage* kulit pada pasien stroke dapat mencegah terjadinya luka dekubitus.

Kata kunci : merubah posisi, *massage* kulit, pasien stroke, luka dekubitus.

Analysis Practice Nursing Intervention with Innovation
Changes Position to Prevent Skin and Massage
Event of Wounds Pressure Sores Stroke Patients in the Unit Stroke Center
Abdul Wahab Hospital Sjahraniesamarinda Year 2017

Kurniawan Setiadi¹, Siti Khoiroh Muflihatin²

ABSTRACT

Stroke is a disease of functional disorders of the brain in the form of nerve palsy (neurologic deficit) due to inhibition of blood flow to the brain. Stroke is a common medical problem, this neurologik disorder often occurs suddenly and often cause death. One of the effects of a stroke is a stroke is not uncommon decubitus menyebabkan body weakness partly even to paralysis that causes stroke patients to bed rest for a long time. Decubitus sores is the impact of prolonged pressure on bony surface area and result in reduced blood circulation in a depressed area and over time the locals suffered ischemic tissue. This study was conducted to determine the provision of massage intervention and change of position for decubitus prevents injury in stroke patients. Nursing interventions change the position and massage skin in stroke patients can prevent decubitus sores in stroke patients. Both nursing interventions that can reduce tissue suppression and can be effective measures to prevent decubitus sores. The results of this study found that the ability to change the position and massage skin in stroke patients can prevent decubitus sores.

Keywords: changing position, massage the skin, stroke patients, decubitus sores.

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan salah satu dari tiga besar penyebab kematian di dunia diantara penyakit-penyakit berbahaya lainnya seperti kanker dan penyakit jantung. Setiap tahun stroke membunuh lebih dari 160.000 penduduk Amerika. Sebanyak 75% pasien stroke di Amerika menderita kelumpuhan dan mengakibatkan kehilangan pekerjaannya. Di Eropa ditemukan kasus stroke sekitar 650.000 kasus tiap tahunnya. Di Inggris stroke menduduki peringkat ke-3 sebagai pembunuh setelah penyakit jantung dan kanker. Stroke di Indonesia menduduki urutan ketiga setelah penyakit jantung dan kanker dan urutan pertama di Asia. Jumlah yang disebabkan oleh stroke menduduki urutan kedua pada usia diatas 60 tahun dan urutan kelima pada usia 15-59 tahun. Stroke merupakan penyebab kecacatan serius menetap no 1 di seluruh dunia. Untuk negara-negara berkembang atau Asia kejadian *stroke hemorrhagic* sekitar 30% dan *ischemic* 70%. Stroke *ischemic* disebabkan antara lain oleh trombosis otak (penebalan dinding arteri) 60%, emboli 5%(sumbatan mendadak), dan lain – lain 35% (Junaidi 2012).

Di Indonesia sendiri insiden stroke meningkat dari tahun ke tahun seiring pertambahnya umur harapan hidup dan perubahan gaya hidup masyarakat. Prevelensi stroke di Indonesia pada tahun 2007 yaitu 8,3 per 1000 penduduk (Riskesdas,2010). Pada tahun 2013 terjadi peningkatan kejadian stroke yaitu 12,1 per 1000 penduduk (Riskesdas, 2010). Pada tahun 2013 terjadi

peningkatan kejadian stroke yaitu 12,1 per 1000 penduduk (Risesdas, 2013). Data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur tahun 2016 didapatkan data bahwa stroke merupakan penyebab kematian nomor 4 di kota Samarinda setelah penyakit Jantung, hipertensi, dan ketuaan lansia dengan perentase 13,2% dari 460 kasus (Dinkes Kaltim, 2016). Jumlah pasien di Ruang Unit *Stroke center* RSUD Abdul Wahab Sjaranie sejak bulan Oktober 2016 sampai bulan Desember 2016 mencapai 161 pasien, yaitu pasien *Stroke Hemoragik* berjumlah 65, pasien *Stroke non Hemoragik* berjumlah 75, dan pasien di luar diagnosa stroke berjumlah 21 orang.

Penyakit stroke juga menjadi salah satu penyakit terminal yang tidak saja memiliki dampak jangka pendek, namun juga jangka panjang sekaligus berdampak ganda baik bagi penderita maupun keluarga. Salah satu dampak stroke adalah kelumpuhan. Jadi stroke merupakan masalah medik yang sering dijumpai, gangguan *nurologik* ini sering terjadi secara mendadak dan tidak jarang menyebabkan kematian. Dampak dari stroke adalah dekubitus, atau penekanan pada daerah yang bersentuhan dengan permukaan tempat tidur. Tindakan pencegahan luka pada pasien dekubitus harus dilakukan sedini mungkin dan dilakukan terus menerus (Tahihoran, 2010).

Prevalensi luka dekubitus bervariasi, dilaporkan bahwa 5-10% terjadi di tatanan perawatan *acute care*, 15-25% di tatanan perawatan rumah (*home health*) serta 8-40% di ICU karena penurunan imunitas tubuh (Ernie, 2005). Hasil penelitian menunjukkan insidens dekubitus Indonesia sebesar 33,3% (Suriady, 2006). Angka ini sangat tinggi bila dibandingkan dengan insiden dekubitus di ASEAN yang hanya berkisar 21-31,3% (Ida dan Nila, 2009)

Hal ini menjadi problem yang cukup serius baik di Negara maju maupun di Negara berkembang, karena mengakibatkan meningkatnya biaya perawatan dan memperlambat program penyembuhan bagi penderita sekaligus memperberat penyakit primer dan mengancam kehidupan pasien. Oleh karena itu perlu pemahaman cukup tentang ulkus dekubitus agar diagnosa dapat ditegakkan secara dini sehingga penatalaksanaan dapat dilakukan dengan segera dan tepat serta dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya ulkus dekubitus tersebut (Wilhelmi, 2008 dalam Hastuti dkk, 2013).

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, hipoksia dan menjadi nekrosis (Barbara, 2005).

Pada kasus dekubitus dapat dilakukan penatalaksanaan farmakologis dan non farmakologis. Beberapa penatalaksanaan non farmakologis untuk mencegah terjadinya dekubitus terdiri dari pengaturan posisi baring (mobilisasi) dan *massage* kulit. Penatalaksanaan non farmakologis yang pertama yaitu dengan imobilisasi dengan cara memberikan posisi miring kanan dan miring kiri setiap 2 jam sekali. Perubahan posisi merupakan pencegahan dekubitus pada pasien stroke yang dapat dilakukan secara rutin. Perubahan posisi sangat berpeluang untuk pencegahan terjadinya dekubitus

Cara pencegahan ulkus dekubitus dengan manajemen tekanan (termasuk *shear* dan *friction*), dengan cara perubahan posisi minimal setiap 2 jam. Tindakan merubah posisi merupakan kemampuan individu untuk bergerak

secara bebas, mudah, dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya (Hidayat, 2006). Merubah posisi adalah perubahan posisi secara berkala dan sudah terjadwal seperti contoh setiap 08.00-10.00 WIT pasien di miringkan ke arah kanan, kemudian jam 10.00-12.00 WIT pasien di telentangkan, kemudian jam 12.00-14.00 WIT pasien di miringkan ke arah kiri hal tersebut terus di lakukan berkesinambungan sesuai jadwal yang sudah dibuat (Nur Huda, 2012).

Kemudian tindakan non farmakologis yang lain untuk mencegah luka dekubitus adalah dengan melakukan tindakan *massage*. *Massage* adalah suatu pemijatan ditepuk-tepuk pada bagian tubuh tertentu dengan tangan atau alat-alat khusus untuk memperbaiki sirkulasi, metabolisme, melepaskan perlekatan dan melancarkan peredaran darah sebagai cara pengobatan (pupung, 2009). Tujuan dari tindakan *massage* adalah untuk meningkatkan sirkulasi pada daerah yang di *massage*, meningkatkan relaksasi, menjaga keadaan kondisi kulit (pupung, 2009). Intervensi keperawatan merubah posisi dan *massage* kulit pada pasien stroke dapat mencegah terjadinya luka dekubitus pada pasien stroke. Kedua tindakan intervensi keperawatan tersebut dapat mereduksi penekanan jaringan dan dapat menjadi tindakan yang efektif untuk mencegah terjadinya luka dekubitus.

Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik melakukan analisis praktik klinik keperawatan pada pasien stroke non haemoragik dengan pemberian tindakan keperawatan merubah posisi dan *massage* kulit pada pasien stroke di Ruang *Stroke center* RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

B. Perumusan Masalah

Bagaimanakah gambaran analisa penatalaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Stroke dengan intervensi inovasi pengaruh merubah posisi dan *massage* kulit pada pasien stroke terhadap terjadinya luka dekubitus di Ruang *Stroke center* RSUD Abdul Wahab Syahrani Samarinda ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir-Ners (KIA-N) ini bertujuan untuk melakukan analisa terhadap kasus kelolaan pada pasien Stroke dengan intervensi inovasi Pengaruh Merubah Posisi dan *Massage* kulit Pada Pasien Stroke Terhadap Terjadinya Luka Dekubitus di Ruang *Stroke center* RSUD Abdul Wahab Syahrani Samarinda.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisa kasus kelolaan pada pasien dengan diagnosa medis *Stroke Non Hemoragic*
- b. Menganalisa intervensi Pengaruh Perubahan Posisi dan *Massage* Kulit Pada Pasien Stroke Terhadap Terjadinya Luka Dekubitus di Ruang *Stroke center* RSUD Abdul Wahab Syahrani Samarinda.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi penulis

Sebagai sarana untuk mengaplikasikan ilmu pengetahuan yang didapat selama perkuliahan khususnya dibidang keperawatan tentang Pengaruh Perubahan Posisi dan *Massage* Kulit Pada Pasien Stroke Terhadap Terjadinya Luka Dekubitus di Ruang *Stroke center* RSUD Abdul Wahab Syahrani Samarinda.

2. Bagi insitusi pendidikan

- a. Untuk menambahkan khasanah kepustakaan dibidang ilmu kesehatan yaitu dalam bidang ilmu keperawatan.
- b. Dapat digunakan sebagai bahan masukan bagi pihak-pihak yang berkepentingan langsung dalam Karya Tulis Ilmiah ini untuk tenaga kesehatan khususnya keperawatan.

3. Bagi rumah sakit

- a. Hasil karya tulis ilmiah ini dapat digunakan sebagai tambahan referensi karya ilmiah yang bertujuan untuk mengembangkan ilmu kesehatan khususnya dibidang keperawatan.
- b. Agar dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan, khususnya pada pasien stroke dengan tirah baring lama.

4. Bagi profesi keperawatan

Menghadirkan laporan aplikasi hasil riset jurnal khususnya tentang pengaruh Perubahan Posisi dan *Massage* Kulit Pada Pasien Stroke Terhadap Terjadinya Luka Dekubitus di Ruang *Stroke center* RSUD Abdul Wahab Syahrani Samarinda.

BAB IV

ANALISIS SITUASI

A. Profil RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda

1. Profil Rumah Sakit

RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda sebagai rumah sakit tipe A pendidikan dan rujukan untuk Propinsi Kalimantan Timur. Visi RSUD Abdul Wahab Sjahranis Samarinda menjadi rumah sakit pelayanan bertaraf internasional. Misi RSUD Abdul Wahab Sjahranie meningkatkan akses dan kualitas pelayanan berstandar internasional serta mengembangkan RS sebagai pusat penelitian. Motto RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda BAKTI = B (Bersih), A (Aman), K (Kualitas), T (Tertib), I (Informatif).

Gambaran visi dan misi RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

:

Visi : "menjadi Rumah Sakit Dengan Pelayanan Bertaraf Internasional"

Misi:

- a. Meningkatkan Akses dan Kualitas Pelayanan Berstandar Internasional.
- b. Mengembangkan RS sebagai pusat penelitian.

2. Profil Stroke Center

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 dibawah Instalasi rawat inap (IRNA) dan termasuk perawatan *High Care*.

a. Ruang Lingkup

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.

b. Sasaran

Semua pasien Stroke yang datang melalui Rawat jalan dan rawat Inap di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

B. Analisa Masalah keperawatan

Asuhan keperawatan pada Tn.A dengan SNH (Stroke Non Hemoragik) dilakukan sejak tanggal 6 Januari 2017 s/d tanggal 20 Januari 2017, pasien masuk rumah sakit tanggal 1 Januari 2017 dari IGD sebelumnya. Pengkajian pertama kali dilakukan di ruang Stroke Center pada tanggal 6 Januari 2017 pk1.08.30 WITA. Masalah yang muncul meliputi : Risiko ketidak efektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan hipertensi, hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan fisiologis, hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, devisit perawatan diri : makan, gangguan menelan berhubungan dengan gangguan neurologis, risiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan.

Pada diagnosa keperawatan pertama risiko ketidak efektifan perfusi jaringan otak dengan faktor mekanik (imobilisasi). Dari hemodinamik pasien didapatkan pasien memiliki hipertensi yang sudah lama serta keluarga juga memiliki riwayat yang sama. Berdasarkan informasi yang didapatkan dari istri pasien ini adalah serang yang kedua. Di lihat dari hasil CT scan kesimpulan mengarah gambaran infark di corona radita dextra. Pada pemeriksaan TTV pada saat awal pengkajian 06.Januari.2016 jam : 08.30 WIT di daptkan hasil TD : 165/100 mmHg, N : 88 x/ menit, P :20 x/ menit, S : 36,50c, SPO2 : 99%. Dan berdasarkan pengkajian selama 4 hari perawatanpun TD pasien masih tetap tinggi.

Hipertensi merupakan factor resiko utama yang dapat mengakibatkan pecahnya maupun meyempitnya pembuluh darah otak. Bila tekanan sistolik diatas 160mmHg dan tekan diastolic lebih dari 90mmHg, maka berpotensi menimbulkan serangan CVD, terlebih bila berlangsung selama bertahun-tahun. Pecahnya pembuluh darah otak akan menimbulkan perdarahan, sedangkan diagnosa pasien kelolaan saya adalah SNH (Stroke Non Hemoragik) dimana stroke iskemik adalah Stroke Non Hemoragik, yang terjadi karena penurunan aliran darah ke otak, sehingga suplai darah tidak sampai ke otak, iskemik menyebabkan perfusi otak menurun akhirnya terjadi stroke (Misbach dalam Rasyid & Soertidewi, 2007).

Akan sangat fatal bila terjadi interupsi aliran darah ke bagian distal, di samping itu darah ekstrasvasal akan menimbulkan terganggunya aliran darah ke otak dan sel otak dakan mengalami kematian.

Pada diagnosa ke dua hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan fisiologis, kemampuan manusia berkomunikasi satu sama lain melibatkan kemampuan berbahasa dan berbicara. Gangguan fungsi bahasa disebut sebagai afasia sedangkan gangguan fungsi bicara disebut disartria. Afasia didefinisikan sebagai gangguan untuk memformulasikan dan menginterpretasikan simbol bahasa. Afasia terjadi sebagai akibat adanya lesi pada mekanisme bahasa di sistem saraf pusat, umumnya di hemisfer dominan. Kemampuan berbahasa seseorang dibedakan antara lain kemampuan mengekspresikan bahasa verbal (bicara spontan), kemampuan memahami bahasa verbal (pemahaman auditori), kemampuan mengekspresikan bahasa melalui tulisan (bahasa simbol), kemampuan memahami bahasa tulisan/membaca (pemahaman visual), menamakan, meniru. Stroke dapat mengakibatkan gangguan pada salah satu beberapa atau bahkan semua kemampuan berbahasa (afasia global) pada kasus pasien kelolaan Tn. A mengalami serangan stroke SNH yang sangat memungkinkan kemampuan komunikasinya terganggu. Kemampuan pemahaman bahasa menjadi indikator penting untuk kemandirian aktivitas fungsional, artinya semakin berat gangguan afasia sensorik yang diderita, semakin sulit tercapai kemandirian dalam aktivitas sehari-hari.

Pada diagnosa ke tiga hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Keluhan utama pasien adalah lemah pada bagian tubuh sebelah kanan. Pada SNH terjadi penyumbatan di pembuluh darah otak yang disebabkan oleh trombosis atau emboli sehingga jumlah darah yang mengalir ke daerah distal dari penyumbatan berkurang ke daerah tersebut

sehingga mengalami kekurangan oksigen akibatnya daerah tersebut menjadi iskemik, dimana terjadi penekanan perfusi darah, penyediaan oksigen menurun, CO² dan asam laktat tertimbun. Pembuluh darah di bagian pusat daerah iskemik kehilangan tonus dan terjadi proses degeneratif akibat odema serebri sehingga terjadi infark dan timbul manifestasi defisit neurologik yang berupa hemiparese yang bersifat kontralateral dari daerah lesi di otak sehingga saya mengangkat diagnosa hambatan mobilitas fisik.

Diagnosa yang ke empat adalah defisit perawatan diri : makan berhubungan dengan kelemahan, dalam pengertian yang terdapat di dalam buku penulis angkat dikarenakan adanya hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas makan mandiri (Nanda 2016). Saat pengkajian didapatkan data objektif selama perawatan di RS pasien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi di bantu oleh perawat ruangan yang bertugas terkadang juga keluarga yang memberikan makanan melalui selang NGT yang terpasang. Pada pasien stroke infark terdapat gangguan sistem aliran darahnya. Gangguan ini dapat menyebabkan berbagai macam gejala, salah satunya ialah gangguan motorik dan sensorik diantaranya terjadi hemiparese (Ganong, 2003). Sehingga dalam pemenuhan nutrisi pasien memerlukan orang lain untuk membantu baik selama di RS ataupun setelah perawatan di rumah.

Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imobilisasi, dari hasil pengkajian data objektif didapatkan data pada bagian punggung tampak kemerahan, belakang leher tampak kemerahan, Sakrum tampak kemerahan, daerah bokong tampak kemerahan, hangat, berkeringat, pasien menggunakan diapers, kelien *bed rest* di tempat tidur. Penulis menegakan

diagnosa resiko kerusakan intergeritas kulit berhubungan dengan faktor eksternal: immobilisasi fisik. Resiko kerusakan intergeritas kulit berhubungan dengan immobilisasi fisik. Resiko kerusakan intergeritas kulit adalah beresiko mengalami perubahan kulit memburuk.

Diagnosa ini ditegakan dapat dilihat dari batasan karakteristik dalam NANDA yaitu lembab dan durasinya immobilisasi dalam waktu lama meningkatkan resiko terjadinya dekubitus. Luka dekubitus merupakan dampak tekana 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, hipoksia dan berkembang menjadi nekrosis (Barbara, 2005). Karena dari dampak serangan stroke bisa terjadi kelumpuhan atau kelemahan pada ekstremitas sehingga pasien akan mengalami immobilisasi dalam waktu yang lama sehingga resiko terjadinya dekubitus semakin besar.

Dengan memberikan tindakan mandiri keperawatan *massage* dan merubah posisi per 2 jam akan mencegah resiko terjadinya luka dekubitus karena pada pasien stroke biasanya terjadi kelumpuhan dan sesuai anjuran dokter melalui tindakan kolaborasi. Terlihat bahwa pasien merasa lebih nyaman dan dapat beristirahat dengan tenang. Dan secara otomatis hal tersebut dapat membuat haemodinamik pasien lebih stabil.

C. Analisa Intervensi Inovasi Dengan Konsep Dan Penelitian Terkait.

Intervensi yang diterapkan pada kasus stroke adalah “ pemberian merubah posisi dan *massage* kulit terhadap terjadinya luka dekubitus” intervensi ini telah dilakukan pada pasien Stroke Non Hemoragik yang

mengalami tirah baring lama akibat stroke yang di derita sehingga beresiko tinggi terjadi dekubitus. Intervensi Tn. A pada saat pengkajian Tgl : 06.Januari.2016 di dapatkan tabel observasi luka dekubitus sebagai berikut :

Tabel 3.10 Hasil observasi dekubitus sebelum tindakan inovasi (*Bareden Scale*)

Keterangan	Nilai				hasil
	1	2	3	4	
Persepsi sensori	Keterbatasan total	Sangat terbatas	Sedikit terbatas	Tidak terjadi gangguan	2
Kelembapan	Kelembapan kulit yang konsisten	Kulit sangat lembap	Kulit kadang lembap	Kulit jarang lembap	3
Aktivitas	Beraktifitas terbatas	Tidak mampu berjalan sendiri	Mempu berjalan hanya sebentar	Dapat beraktifitas dengan lancar	2
Mobilisasi	Imobilisasi total	Sangat terbatas	Agak terbatas	Tidak memiliki keterbatasan	2
Nutrisi	Assupan gizi yang sangat buruk	Kurang asupan nutrisi	Cukup asupan nutrisi	Asupan nutrisi baik	3
Friksi dan gesekan	Memerlukan bantuan sedang sampai maksimum untuk bergerak	Bergerak dengan lemah dan membutuhkan bantuan minim	Tidak memiliki masalah		2
Hasil sekor					14

Hasil penilaian tabel *Bareden Sacle* sebelum dilakukan tindakan inovasi merubah posisi dan massage pada tanggal 13 Januari 2017.

Tabel 3.11 Hasil observasi luka dekubitus sebelum tindakan inovasi (*Bareden Sacle*)

Keterangan	Nilai				hasil
	1	2	3	4	
Persepsi sensori	Keterbatasan total	Sangat terbatas	Sedikit terbatas	Tidak terjadi gangguan	2
Kelembapan	Kelembapan kulit yang konsisten	Kulit sangat lembap	Kulit kadang lembap	Kulit jarang lembap	4
Aktivitas	Beraktifitas terbatas	Tidak mampu berjalan sendiri	Mempu berjalan hanya sebentar	Dapat beraktifitas dengan lancar	2
Mobilisasi	Imobilisasi total	Sangat terbatas	Agak terbatas	Tidak memiliki keterbatasan	3
Nutrisi	Assupan gizi yang sangat buruk	Kurang asupan nutrisi	Cukup asupan nutrisi	Asupan nutrisi baik	3
Friksi dan gesekan	Memerlukan bantuan sedang sampai maksimum untuk bergerak	Bergerak dengan lemah dan membutuhkan bantuan minim	Tidak memiliki masalah		3
Hasil sekor					17

Hasil penilaian tabel *Bareden Sacle* setelah dilakukan tindakan inovasi merubah posisi dan massage pada tanggal 13 Januari 2017.

Keterangan :

>18 : tidak beresiko

15-18 : mempunyai resiko ringan

13-14 : mempunyai resiko sedang

10-12 : mempunyai resiko tinggi

<9 : mempunyai resiko sangat tinggi

Tabel 3.12 hasil observasi pemberian perubahan posisi dan *massage*

no	Hari/ tanggal/ jam	Sebelum	Sesudah
1.	Jumat,6 Januari 2017	<p>✚ Pemberian tindakan <i>massage</i> pada bagian punggung tampak kemerahan, belakang leher tampak kemerahan, Sakrum tampak kemerahan, daerah bokong tampak kemerahan, hangat, berkeringat.</p> <p>✚ Jadwal rubah posisi : 08.00 - 10.00 Pasien di beri posisi miring ke posisi kanan. 10.00 - 12.00 Pasien di beri posisi miring terlentang. 12.00 - 14.00 Pasien di berikan posisi ke kiri..</p>	<p>✚ Setelah diberi tindakan <i>massage</i>. Pada bagian punggung masih tampak kemerahan tapi lebih berkurang warnanya. Suhu kulit normal, lembab, dan bersih tidak berkeringat.</p> <p>✚ Jadwal rubah posisi 08.00 - 10.00 Pasien miring kanan sampe jam 09.40 10.00 - 12.00 Pasien hanya mau di miringkan ke kiri sampe 45 menit saja 12.00 - 14.00 Pasien tidur terlentang.</p>
2.	Sabtu,7 Januari 2017	<p>✚ pemberian tindakan <i>massage</i> pada bagian punggung masih tampak kemerahan tapi sudah lebih berkurang, belakang leher tampak kemerahan sudah lebih berkurang , Sakrum tampak kemerahan lebih sudah berkurang, daerah bokong kemerahan sudah lebih berkurang, suhu kulit normal, tidak terdapat keringat.</p> <p>✚ Jadwal rubah posisi : 08.00 - 10.00 Pasien tidak dilakukan rubah posisi karena pasien sedang tidur</p>	<p>✚ Setelah diberi tindakan <i>massage</i>. Pada bagian punggung masih tampak kemerahan tapi lebih berkurang warnanya. Suhu kulit normal, lembab, dan bersih tidak berkeringat.</p> <p>✚ Jadwal rubah posisi 08.00 - 10.00 Pasien tidak dilakukan rubah posisi karena pasien sedang tidur</p>

		<p>pulas.</p> <p>10.00 - 12.00 Pasien di beri posisi miring kiri.</p> <p>12.00 - 14.00 Pasien di berikan posisi terlentang.</p>	<p>pulas.</p> <p>10.00 - 12.00 Pasien hanya mau di miringkan ke kiri sampe jam 11.55 saja</p> <p>12.00 - 14.00 Pasien hanya mau di miringkan ke kanan sampe jam 14.00</p>
3	Minggu, 8 Januari 2017	<p>✚ pemberian tindakan ✚ <i>massage</i> pada bagian punggung kemerahan masih tampak sedikit, belakang leher tidak tampak kemerahan, Sakrum masih tampak kemerahan tapi sudah lebih memudar, daerah bokong kemerahan masih terlihat tapi tampak memudar, suhu kulit normal, masih terdapat keringat sedikit.</p> <p>✚ Jadwal rubah posisi : ✚ 08.00 - 10.00 Pasien di beri posisi miring ke posisi kanan.</p> <p>10.00 - 12.00 Pasien di beri posisi terlentang.</p> <p>12.00 - 14.00 Pasien di berikan posisi ke kiri.</p>	<p>Setelah diberi tindakan <i>massage</i>. Pada bagian punggung masih tampak kemerahan tapi lebih berkurang warnanya. Suhu kulit normal, lembab, dan bersih tidak berkeringat.</p> <p>✚ Jadwal rubah posisi ✚ 08.00 - 10.00 Pasien miring kanan sampe jam 10.00</p> <p>10.00 - 12.00 Pasien hanya mau di miringkan ke kiri sampe 45 menit saja</p> <p>12.00 - 14.00 Pasien tidur terlentang.</p>
4	Jumat, 13 Januari 2017	<p>✚ Pemberian tindakan ✚ <i>massage</i> pada bagian punggung tidak tampak kemerahan, belakang leher tidak tampak kemerahan, Sakrum tidak tampak kemerahan, daerah bokong tidak terdapat tidak tampak</p>	<p>Setelah diberi tindakan <i>massage</i> Pada bagian punggung tidak tampak kemerahan tapi l. Suhu kulit normal, lembab, dan bersih tidak berkeringat.</p>

kemerahan, hangat, sedikit berkeringat	
✚ Jadwal rubah posisi : 08.00 - 10.00 Pasien di beri posisi miring ke posisi kanan.	✚ Jadwal rubah posisi 08.00 - 10.00 Pasien miring kanan sampe jam 10.00
10.00 - 12.00 Pasien di beri posisi terlentang.	10.00 - 12.00 Pasien hanya mau di miringkan ke kiri sampe 45 menit saja
12.00 - 14.00 Pasien di berikan posisi miring ke kiri.	12.00 - 14.00 Pasien tidur terlentang.

Dari tabel 3.8 di atas menunjukkan bahwa resiko dekubitus dilihat dari tabel (*Barden Scale*) menunjukkan bahwa pasien Tn. A memiliki resiko sedang dengan score 14 untuk resiko terjadinya dekubitus. Penilaian ini diambil sebelum dilakukan tindakan intervensi inovasi perubahan posisi dan *massage* saat pertama kali melakukan pengkajian kepada Tn. A pada tanggal. 6 Januari 2017, pkl. 08.30. Dengan hasil observasi *Barden sacale* peneliti mengambil Tn. A untuk dilakukan tindakan inovasi perubahan posisi dan *massage* untuk mencegah dekubitus.

Setelah dilakukan tindakan intervensi inovasi perubahan posisi dan *massage* selama 4 kali pertemuan dri tanggal. 6, 7, 8, 13 januari 2017 peneliti memberikan asuhan keperawatan dilakukan penilaian menggunakan tabel (*Barden Scale*) seperti pada tabel 3.9 menunjukkan bahwa pasien Tn. A memiliki resiko ringan untuk terjadinya dekubitus. Dengan pemberian tindakan inovasi selama 4 hari perawatan dengan frekuensi 2x sehari dalam pemberian *massage*, dan perubahan posisi yang dilakukan per 2 jam untuk miring posisi ke kiri dan miring ke kanan. Hal ini sejalan dengan penelitian

Charolina dan Margaretha (2013) dengan judul Pengaruh Merubah Posisi dan *Massage* Kulit Pada Pasien Stroke Terhadap Terjadinya Luka Dekubitus di Zaal F RSUD HKBP Balige. Berdasarkan hasil uji statistik menggunakan uji *One Sampel T Test* didapatkan P Value sebesar $0,000 < \alpha = 0,05$ sehingga H_0 diterima dan H_a ditolak yang berarti ada pengaruh merubah posisi dan *massage* kulit pada pasien Stroke terhadap terjadinya Luka Dekubitus di Zaal F RSUD HKBP Balige.

Penulis pula ingin mengetahui efektifitas pemberian intervensi merubah posisi dan *massage* kulit terhadap terjadinya luka dekubitus pada pasien Tn.A. tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi yang sudah direncanakan, yaitu mengobservasi tanda-tanda dekubitus didapatkan data objektif kulit kemerahan, tidak terdapat lecet, teraba hangat. Melakukan tindakan *massage* pada punggung pasien didapatkan data objektif pasien tampak nyaman saat di *massage* pasien terlihat tenang. Serta melakukan merubah posisi pasien setiap 2 jam di dapatkan data subjektif istri pasien mengatakan mau membantu pasien merubah posisi setiap 2 jam dan didapatkan data objektif keluarga terlihat melakukan tindakan merubah posisi setiap 2 jam.

Tindakan keperawatan yang dilakukan penulis lebih berfokus pada pemberian tindakan merubah posisi dan *massage* kulit terhadap terjadinya dekubitus. Pada tindakan merubah posisi ada 2 jenis yaitu, merubah posisi penuh merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi social dan menjalankan peran sehari-hari. Merubah posisi penuh ini merupakan fungsi saraf motoris

volunter dan sensoris untuk dapat mengontrol seluruh area tubuh seseorang. Dan merubah posisi sebagian merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan yang jelas, sehingga tidak mampu bergerak secara bebas karena dipengaruhi oleh gangguan saraf motoris dan sensoris pada area tubuhnya (Hidayat, 2006).

Dalam jurnal carolina (2013) merubah posisi adalah perubahan posisi secara berkala setiap 2 jam yaitu mulai jam 06.00-08.00 pasien dimiringkan ke arah kanan. Kemudian jam 08.00-10.00 pasien dimiringkan ke arah kanan, dan seterusnya. Tujuan dari teknik merubah posisi adalah untuk mengurangi penonjolan pada tulang serum dan *trochanter mayor* otot pinggang, meningkatkan drainase dari mulut pasien, mencegah aspirasi, memasukan obat supositoria dan mencegah dekubitus (Erni, 2006). Merubah posisi dilakukan setiap 2 jam mencegah terjadinya pelekatan pada kulit dan jaringan di bawahnya akan tertekan, tekanan dalam waktu yang lama dapat menyebabkan hipoksia dan nekrosis yang akan menyebabkan luka dekubitus (Suriadi, 2004).

Massage adalah suatu pemijitan/ ditepuk-tepuk pada bagian tubuh tertentu dengan tangan atau alat-alat khusus untuk memperbaiki sirkulasi, metabolisme, melepaskan perlekatan, dan melancarkan peredaran darah sebagai cara pengobatan (Pupung, 2009) tujuan dilakukan *massage* untuk meningkatkan sirkulasi pada daerah yang di *massage*, meningkatkan relaksasi, dan menjaga keadaan kondisi kulit (Pupung, 2009). Efek *massage* pada kulit melonggarkan perlekatan dan menghilangkan penebalan-penebalan kecil

yang terjadi pada jaringan bawah kulit, kulit menjadi lunak dan elastic, dan perasaan kulit menjadi sensitive.

D. Alternatif Pemecahan Masalah

Masalah keperawatan yang timbul pada pasien kelolaan Tn. A dapat diatasi bila kolaborasi yang baik antara pasien, keluarga sebagai support sistem, dan pemberi pelayanan kesehatan dalam hal ini khususnya perawat. Pada umumnya pasien stroke yang hidup ditengah-tengah masyarakat membutuhkan perawatan profesional dan berkelanjutan baik di rumah sakit maupun setelah perawatan di rumah. Karena dampak yang terjadi pada pasien stroke adalah kelumpuhan bila selama perawatan di rumah sakit ataupun setelah perawatan di rumah tidak dapat menjaga intergeritas kulit hal ini akan menyebabkan dampak dekubitus.

Jadi perlunya konsistensi dalam melakukan tindakan khususnya merubah posisi pasien per 2 jam yang biasanya lupa dilakukan perawat pada saat di ruangan sehingga jadwal merubah posisi yang sudah di buat tidak terlaksana, hal itu juga berlaku pada perawatan di rumah agar tidak terjadi luka dekubitus.

Tetapi dalam jurnal yang di gunakan sebagai reversioni peneliti tidak menjelaskan apakah dalam melakukan *massage* menggunakan pelumas untuk mencegah gesekan antara tangan dan kulit pasien sehingga tidak terjadi iritasi akibat gesekan seperti contoh: minyak zaitun, hand body, atau minyak kelapa, dll. Karena dalam pelaksanaan apabila melakukan *massage* tidak menggunakan pelumas hal itu akan menyebabkan iritasi pada kulit pasien. Jadi sangat dianjurkan untuk menggunakan pelumas kepada perawat ruangan

ataupun keluarga pada saat melakukan *massage* untuk menghindari terjadinya iritasi pada kulit.

Perawat ruangan juga perlu memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang tujuan dan prosedur tindakan mobilisasi dini baik berupa diskusi atau pemberian *leaflet* serta dapat melibatkan keluarga pasien dapat menjadi tenang dan dapat melakukan *massage* dan perubahan posisi setiap 2 jam sehingga resiko dekubitus tidak terjadi.

BAB V

PENUTUP

1. Kesimpulan

1. Stroke hemoragik/ non hemoragik adalah stroke karena pecahnya pembuluh darah menghambat aliran darah yang normal dan darah merembes ke dalam suatu daerah otak. Kemudian terjadi kerusakan gangguan otak maka akan mengakibatkan kelumpuhan anggota gerak sehingga pada pasien stroke pada umumnya *bed rest* total. Pada kasus Tn. A mengalami kelemahan dan gangguan bicara.
2. Berdasarkan analisa kasus kelolaan dengan diagnosa keperawatan antara lain Ketidak efektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan hipertensi, Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan fisiologis, Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, Defisit perawatan diri : makan, Risiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan kelembaban.
3. Berdasarkan analisa dan pembahasan mengenai masalah resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik (tekanan, imobilisasi). Terhadap tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai jurnal. Yaitu merubah posisi dan *massage* kulit didapatkan hasil tidak ada tanda-tanda luka dekubitus dan pada pasien Tn. A. Tindakan *massage* kulit dan merubah posisi terbukti berhasil dapat mencegah dekubitus pada klien Stroke Non Hemoragik di Ruang Stroke Center RS. AWS Samarinda.

2. Saran

1. Bagi pasien dan keluarga diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan tentang perubahan posisi dan *massage* untuk mencegah dekubitus pada pasien dengan penyakit Stroke Non Hemoragik sehingga dapat meningkatkan jalinan hubungan yang kooperatif.
2. Pemberian intervensi inovasi perubahan posisi dan *massage* ini dapat diaplikasikan pada pasien apapun diagnose medisnya asal tidak ada kontra indikasi.
3. Bagi institusi pendidikan agar meningkatkan bimbingan dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang komprehensif khususnya pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik.
4. Bagi mahasiswa agar selalu mengasah dan memperdalam ilmu yang telah diperoleh sehingga dapat bermanfaat di masyarakat dalam pemberian asuhan keperawatan yang komprehensif dan profesional.

DAFTAR PUSTAKA

- Ganong, W.F, 2003, Buku Ajar Fisiologi Kedokteran Edisi 20, Penerbit Buku Kedokteran EGC : Jakarta.h
- Huda, Nuh. 2012. *Pengaruh Posisi Miring Untuk Mengurangi Luka Tekan Pada Pasien Dengan Gangguan Persyarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat Djunaedi,dkk (2006). *Ulkus Dekubitus* (Cermin Dunia Kedokteran no.64)
- Junaidi, Iskandar. 2012. *STROKE: Waspadai Ancamannya*. CV Andi. Yogyakarta.
- Lumbantobing, S.M. (2006). *Neurologi klinik : pemeriksaan fisik dan mental*. Cetakan ke-8. Jakarta : Balai Penerbit FKUI.
- Misbach, Rasyid, soertidewi. 2007. *Penyakit Jantung Koroner dan Serangan Jantung Pencegahan Penyembuhan dan Rehabilitas edisi kedua*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Misbach, J. 2001. *Stroke in Indonesia: A Frist Large Prospective hospital based study of acute stroke in 28 hospital in Indonesia*.
- M, Carolina dan Margareth asirait. 2013. *Pengaruh Merubah Posisi dan Massase Kulit pada Pasien Stroke terhadap terjadinya Luka Dekubitus*, Jurnal Keperawatan. 117-125.
- Nanda Internasional. 2016. *Diagnosa Keperawatan 2015-2017*. Jakarta : EGC.
- Potter & Perry. 2005. *Buku Ajar Fundal Mental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik*. Edisi 4. Jakarta : EGC.
- Pupung. 2009. *Efek Massage pada Peredaran Darah, Limpa, Kulit dan Jaringan Otot*.
- Pudiasuti, Ratna Dewi. 2011. *Penyakit Pemicu Stroke*. Nuha Medika. Yogyakarta
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2013). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementrian RI Tahun (2010).
- Suriadi. 2004. *Perawatan Luka. Cetakan 1*. Jakarta: Sagung Seto
- Satyanegara, 2012, *Ilmu Bedah Syaraf*, Penerbit PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Wijanarko. 2010, *Efektifitas range of motion (rom) aktif pasif* . Jurnal keperawatan.