

**EFEKTIFITAS PENERAPAN POSISI MIRING KANAN KIRI
PADA PESIEN *STROKE* TERHADAP PERKEMBANGAN
LUKA DEKUBITUS DI RUANG GARDENA
RSD dr. SOEBANDI JEMBER**

KARYA ILMIAH AKHIR



Disusun oleh :

Rahmat Tulloh Amin

NIM. 22101040

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS dr. SOEBANDI
JEMBER
2023**

**EFEKTIFITAS PENERAPAN POSISI MIRING KANAN KIRI
PADA PESIEN *STROKE* TERHADAP PERKEMBANGAN
LUKA DEKUBITUS DI RUANG GARDENA
RSD dr. SOEBANDI JEMBER**

KARYA ILMIAH AKHIR

Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Ners



Disusun oleh :

Rahmat Tulloh Amin

NIM. 22101040

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS dr. SOEBANDI
JEMBER
2023**

LEMBAR PERSETUJUAN

Judul : EFEKTIFITAS PENERAPAN POSISI MIRING KANAN KIRI
PADA PASIEN STROKE TERHADAP PERKEMBANGAN LUKA DUKUBITUS DI RUANG
GARDENA RSD dr.SOE BANDI JEMBER

Nama : Rahmat Tulloh Amin

Jurusan : Profesi Ners

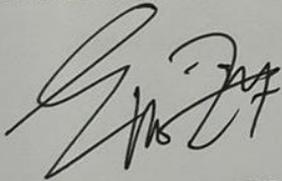
Fakultas : Ilmu Kesehatan

Dosen Pembimbing : Ina Martiana, S.Kep., Ns., M.Kep

.NIDN : 0728039203

Menyetujui,

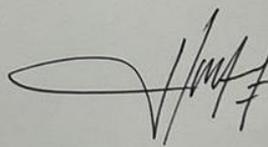
Ketua Prodi Profesi Ners



Emi Eliya Astutik, S.Kep., Ns., M.Kep
NIDN. 0720028703

Menyetujui,

Dosen Pembimbing



Ina Martiana, S.Kep., Ns., M.Kep
NIDN. 0728039203

LEMBAR PENGESAHAN

**EFEKTIFITAS PENERAPAN POSISI MIRING KANAN KIRI PADA PASIEN STROKE
TERHADAP PERKEMBANGAN LUKA DUKUBITUS DI RUANG GARDENA RSD
dr.SOE BANDI JEMBER**

Di Ruang GARDENA-RSUD dr.Soebandi Jember

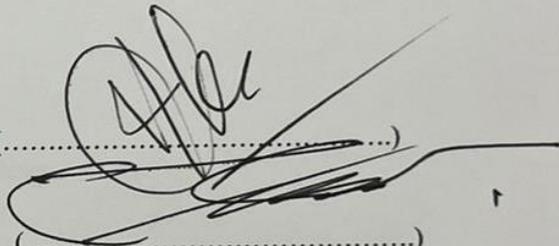
KARYA ILMIAH AKHIR NERS

**Disusun Oleh :
Rahmat Tulloh Amin
NIM. 22101040**

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dalam ujian sidang karya ilmiah akhir ners pada tanggal 29 Bulan 12 Tahun 2023 dan telah di terima sebagai bagian persyaratan yang di perlukan untuk meraih gelar Ners pada Program Studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas dr. Soebandi Jember

DEWAN PENGUJI

Penguji 1 : Sujarwanto, S.Kep., Ns., M.Si
197102211996031003

(.....)


Penguji 2 : Andi Eka Pranata, S.ST., S.Kep., Ns., M.Kes
0722098602

(.....)

Penguji 3 : Ina Martiana, S.Kep., Ns., M.Kep
0728039203

(.....)


Menyetujui,
Ketua Prodi Profesi Ners



Emi Ehya Astutik, S.Kep.,Ns.,M.Kep

NIDN. 07020028703

PERNYATAAN ORISINILITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Rahmat Tulloh Amin
NIM : 22101040
Program Studi : Profesi Ners

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah akhir yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau hasil tulisan orang lain.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan karya ilmiah akhir ini adalah karya orang lain atau ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam karya ilmiah akhir, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Jember, 08 Desember 2023

Yang menyatakan,



Rahmat Tulloh Amin
22101040

LEMBAR PERSEMBAHAN

Segala puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan Rahmat dan Hidayahnya yang selalu memberikan kemudahan, petunjuk, keyakinan dan kelancaran sehingga saya dapat menyelesaikan penyusunan karya ilmiah akhir ini tepat pada waktunya. karya ilmiah akhir ini saya persembahkan untuk:

1. Terima kasih kepada ayahanda Abdul Rohim, Ibunda Nurli Sumiati, yang telah memberikan kasih sayang penuh, support, dan do'a sehingga saya mampu menyelesaikan pendidikan S1 Ilmu Keperawatan di Universitas dr. Soebandi Jember.
2. Terima kasih kepada Istri Tercinta Adinda Oktavia Putri yang telah memberikan support, dan do'a sehingga saya mampu menyelesaikan pendidikan S1 Ilmu Keperawatan di Universitas dr. Soebandi Jember.
3. Terima kasih kepada Kakak Ns.Dafiq Imam Maulidi S.Kep, Ns Sulton Hidayat S.Kep Dan Keluarga Besar saya yang telah memberikan support, dan do'a sehingga saya mampu menyelesaikan pendidikan S1 Ilmu Keperawatan di Universitas dr. Soebandi Jember.
4. Bapak/Ibu Dosen Universitas dr. Soebandi Jember yang telah mengajar, memberikan arahan dan membimbing saya selama 5 tahun dalam menempuh pendidikan S1 Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners.
5. Almamater yang saya banggakan Universitas dr. Soebandi.
6. Pembimbing utama saya Ibu Ina Martiana, S.Kep., Ns., M.Kep.yang telah membantu dan membimbing penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini dengan sepenuh hati, sehingga dapat terselesaikan dengan baik.
7. Keluarga besar Himpunan Mahasiswa Islam (HMI) Cabang Jember Komisariat Kesehatan yang sudah menjadi wadah pembelajaran, relasi baru diluar kampus serta ruang proses berfikir sehingga memudahkan penyelesaian skripsi dengan sebaik-baiknya.
8. Semua orang yang menanyakan kapan saya lulus.

MOTTO

“Jangalah kamu (merasa) lemah dan jangan (pula) kamu bersedih hati,
padahal kamulah orang-orang yang paling tinggi (derajatnya) jika kamu
orang beriman”

(QS. Ali Imran : 139)

”Siapa yang menempuh jalan untuk mencari ilmu, maka Allah akan
mudahkan baginya jalan menuju surga”

(HR. Muslim)

Nikmati Proses,Jangan Protes,Pasti Beres

(Rahmat Tulloh Amin)

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, segala puji dan syukur bagi Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat serta hidayah-Nya sehingga penyusunan karya ilmiah akhir ini dapat terselesaikan. Karya ilmiah akhir ini disusun untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Profesi Ners Program Studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas dr. Soebandi dengan judul **“Efektifitas penerapan posisi miring kanan kiri pada pasien stroke terhadap perkembangan luka dekubitus di ruang gardena RSD dr. Soebandi Jember”**. Peneliti menyadari bahwa penyusunan karya ilmiah akhir ini tidak akan terwujud tanpa adanya bantuan dan dorongan baik moral maupun material dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini peneliti menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Ns. Emi Eliya Astutik, S.Kep., M.Kep selaku Ketua Program Studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas dr. Soebandi yang telah membantu, memberikan arahan, dan memotivasi penulis untuk selalu bersemangat menuntaskan Profesi Ners tepat waktu.
2. Ina Martiana, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing dan penguji yang membantu bimbingan dan memberikan masukan dan saran demi kesempurnaan penelitian yang sudah di lakukan.

Penulis tentu menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih jauh dari kata sempurna. Demi kesempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini, saran dan kritik yang membangun sangat diharapkan. Akhir kata penulis mengucapkan terima kasih.

Jember, 13 November 2023

Rahmat Tulloh Amin

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN JUDUL DALAM	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
PERNYATAAN ORISINILITAS	v
LEMBAR PERSEMBAHAN	vi
MOTTO	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan	3
1.3.1 Tujuan Umum.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus.....	3
1.4 Manfaat Penelitian.....	4
1.4.1 Manfaat Bagi Penulis	4
1.4.2 Manfaat Bagi Institusi Keperawatan	4
1.5 Keaslian Penelitian	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 KONSEP PENYAKIT	7
2.1.1 Definisi	7
2.1.2 Etiologi	8
2.1.3 Klasifikasi	8
2.1.4 Patofisiologi	9
2.1.5 Pathway/W.O.C.....	12
2.1.6 Manifestasi klinis.....	13
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang.....	15
2.1.8 Penatalaksanaan.....	18

2.1.9 Komplikasi	23
BAB 3 GAMBARAN KASUS	25
3.1 PENGKAJIAN.....	25
BAB 4 PEMBAHASAN	62
4.1. Analisis Karakteristik Pasien	62
4.2. Analisis Masalah Keperawatan.....	63
4.3. Analisis Intervensi Keperawatan	64
4.4. Analisis Implementasi Keperawatan.....	65
4.5. Analisis Evaluasi Hasil Intervensi	67
BAB 5 KESIMPULAN	69
5.1 Kesimpulan	69
5.2 Saran	69
DAFTAR PUSTAKA	71

BAB 1

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Cerebro Vascular Accident (CVA) atau Stroke yaitu salah satu penyakit serius yang bisa dikatakan dapat mengancam keselamatan jiwa. *Cerebro Vascular Accident (CVA)* merupakan suatu gangguan atau masalah kerusakan pada otak akibat dari tersumbatnya aloran darah atau suplai darah ke otak yang menyebabkan deficit neurologis mendadak akibat dari iskemia dan hemoragik sirkulasi saraf otak Nurarif & Kusuma, (2021). Stroke adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan perubahan neurologis yang disebabkan oleh adanya gangguan suplai darah kebagian otak. Dua jenis stroke yang utama adalah iskemik dan hemoragik. Stroke iskemik disebabkan adanya penyumbatan akibat gumpalan aliran darah baik itu sumbatan karena thrombosis (penggumpalan darah yang menyebabkan sumbatan di pembuluh darah) atau embolik (pecahnya gumpalan darah / benda asing yang ada di dalam pembuluh darah sehingga dapat menyumbat pembuluh darah ke dalam otak) kebagian otak. Perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang subaraknoid adalah penyebab dari stroke hemoragik (Joyce & Jane, 2018).

Jenis Stroke dapat dibagi menjadi dua kelompok berdasarkan penyebabnya yaitu stroke hemoragik dan stroke iskemik. Stroke perdarahan terjadi akibat perdarahan atau rusaknya pembuluh darah otak. Sedangkan stroke iskemik adalah akibat suplai darah ke otak terhambat atau terhenti. Stroke iskemik adalah tipe yang paling sering ditemukan, 85% dari seluruh kasus stroke. Sedangkan stroke perdarahan mencakup 15% dari seluruh kasus stroke Yustina, (2021). Pasien stroke yang mengalami defisit jangka panjang dapat berpengaruh terhadap fungsi mobilisasinya. Mobilisasi yang menurun bahkan bisa terjadi imobilisasi yang dialami pasien dapat menyebabkan pasien harus bedrest dalam waktu cukup lama. Bedrest yang lama memungkinkan terjadi penekanan daerah tertentu sehingga dapat terjadi iskemia jaringan sehingga akhirnya dapat menimbulkan ulkus dekubitus (Tarwoko, 2019).

Ulkus dekubitus memiliki efek negatif yang luar biasa pada pasien dapat berupa rasa nyeri yang berkepanjangan, sepsis, hilangnya pekerjaan atau aktifitas, perubahan harga diri, citra tubuh, cacat fungsional, perubahan kualitas hidup dan beban keuangan yang menuntut sumber daya dari sistem perawatan ulkus dekubitus. Yustina, (2021). Perawatan pasien dengan ulkus dekubitus memerlukan sumberdaya perawat yang banyak, disiplin dan punya komitmen terhadap pencegahan ulkus dekubitus tersebut. Dimana selama ini hanya sebagian rumah sakit yang mempunyai pelayanan khusus pada pasien stroke baik stroke iskemia maupun stroke perdarahan atau unit stroke sendiri. Sehingga pelayanan perawatan pasien stroke masih bercampur dengan pelayanan penyakit yang lain. Dengan meningkatnya pasien stroke yang mengalami gangguan mobilisasi fisik dan keterbatasan jumlah perawat dalam unit perawatan tersebut, dapat menyebabkan kurang optimalnya perawatan pasien. Kurang optimalnya perawatan pasien stroke dengan gangguan mobilisasi fisik dapat meningkatkan kejadian ulkus dekubitus.

Ulkus dekubitus dapat muncul 3 hari sejak terpapanya kulit oleh tekanan, hal tersebut dipengaruhi oleh banyak factor diantaranya : penurunan mobilitas, aktivitas berkurang, menurunnya sensori persepsi sebagai faktor dimensi terhadap tekanan. Sedangkan dari dimensi toleransi jaringan terdiri dari faktor interinsik (rendahnya nutrisi, tekanan arteriolar yang rendah) dan faktor ekstrinsik (kelembaban yang tinggi, gesekan) Febrina, (2022). Mobilisasi dengan cara miring kanan dan miring kiri merupakan sebuah tindakan keperawatan yang dapat mencegah timbulnya ulkus dekubitus. Tindakan mobilisasi yang dimaksud bukanlah hanya perubahan posisi menurut jangka waktu tertentu, akan tetapi perubahan posisi yang dimaksud adalah mobilisasi yang dapat memfasilitasi kecukupan aliran oksigen dan nutrisi pada jaringan kulit dan dibawah kulit Primalia et al., (2020).

Dengan tindakan keperawatan mobilisasi miring kanan dan miring kiri pada posisi 30 derajat memiliki tekanan yang paling minimal dibandingkan posisi kemiringan derajat yang lain. Tekanan yang minimal ini akan memperlambat terjadinya perkembangan ulkus dekubitus. Oleh karena itu peneliti akan

menggunakan bantalan khusus berupa bedridden patient turning device. Bedridden patient turning device ini adalah alat yang dapat membantu pasien mengubah posisi di tempat tidur, membalikkan badan dengan posisi yang diinginkan seperti posisi 30 derajat, sehingga akan membantu meningkatkan aliran darah, menghindari atrofi otot, dan ulkus dekubitus Febrina, (2022). Tujuan penelitian ini adalah Menganalisis pengaruh mobilisasi miring kanan dan kiri dengan menggunakan bedridden patient turning device terhadap ulkus dekubitus pada pasien stroke.

Rumusan Masalah

Bagaimana efektifitas penerapan posisi miring kanan kiri pada pasien stroke terhadap perkembangan luka dekubitus di ruang gardena RSD dr. Soebandi ?

Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis efektifitas penerapan posisi miring kanan kiri pada pasien stroke terhadap perkembangan luka dekubitus di ruang gardena RSD dr. Soebandi.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengkaji efektifitas penerapan posisi miring kanan kiri pada pasien stroke terhadap perkembangan luka dekubitus.
- b. Memaparkan hasil analisa data efektifitas penerapan posisi miring kanan kiri pada pasien stroke terhadap perkembangan luka dekubitus.
- c. Memaparkan hasil intervensi keperawatan penerapan posisi miring kanan kiri pada pasien stroke terhadap perkembangan luka dekubitus.
- d. Memaparkan hasil implementasi keperawatan penerapan posisi miring kanan kiri pada pasien stroke terhadap perkembangan luka dekubitus.
- e. Memaparkan hasil evaluasi keperawatan penerapan posisi miring kanan kiri pada pasien stroke terhadap perkembangan luka dekubitus.
- f. Memaparkan hasil analisis inovasi keperawatan (sebelum dan sesudah tindakan) penerapan posisi miring kanan kiri pada pasien stroke terhadap perkembangan luka dekubitus.

Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat bagi penulis

Hasil penelitian ini di harapkan dapat menambah ilmu pengetahuan dan mampu menerapkan teori yang di dapat dalam perkuliahan maupun di Lahan praktik.

1.4.2 Manfaat bagi institusi Keperawatan

Hasil penelitian ini di harapkan dapat menjadi refrensi dalam ilmu keperawatan dan dapat menjadi dasar untuk mengembangkan upaya pemerintah dalam memberikan pengaruh positif bagi perawat dalam membantu dan mendukung kesembuhan pasien DM dalam pengobatan.

1.5 Keaslian Penelitian

Keaslian penelitian yang di lakukan oleh penelitian berbeda dengan penelitian yang seharusnya adalah sebagai berikut :

Tabel 1.5 keaslian penelitian

Perbedaan	Penelitian	Penelitian	Penelitian	Penelitian	Hasil
Judul	Pengaruh mobilisasi kanan kiri dengan menggunakn bedridden patient turning device terhadap ulkus decubitus pada pasien stroke	Penerapan Posisi Miring Kanan dan Miring Kiri (Ambulasi) terhadap Pencegahan Dekubitus pada Pasien Stroke Hemoragik	Pencegahan decubitus pasien stroke homoragik setelah 24 jam serangan di sroke center rsud ngudi waluyo wlingi.	Pengaruh Perubahan Posisi Terhadap Risiko Terjadinya Dekubitus di Rumah Sakit PGI Cikini	Efektifitas penerapan posisi miring kanan kiri pada pasien stroke terhadap perkembangan luka dekubitus di ruang gardena RSD dr. Soebandi Jember
Penulis	Abdul Manan, R. Khairiyatul Afiyah, Abdul Muhith.	Setiawan, Susyanti,, Pratama, M.Y	Dewi Rachmawati, Etika Ma'rifatul Ulum, Tri Cahyo Sepdian.	Bythia Mayangsari, Yenny	Rahmat Tulloh Amin
Tahun	2024	2023	2019	2020	2023
Variabel	Pengaruh mobilisasi kanan kiri dengan menggunakn bedridden patient turning device terhadap ulkus decubitus pada pasien stroke	Penerapan Posisi Miring Kanan dan Miring Kiri (Ambulasi) terhadap Pencegahan Dekubitus pada Pasien Stroke Hemoragik	Posisi semi fowler Pencegahan decubitus pasien stroke homoragik setelah 24 jam serangan di sroke	Pengaruh Perubahan Posisi Terhadap Risiko Terjadinya Dekubitus	penerapan posisi miring kanan kiri pada pasien stroke terhadap perkembangan luka dekubitus
Metode Penelitian	<i>Quasi Eksperimental</i>	Studi kasus	Studi kasus	<i>pendekatan purposive sampling</i>	studi literature review
Hasil Penelitian	Tidak ada perbedaan kejadian ulkus dekubitus antara kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan	Didapatkan gambaran bahwa ambulasi dini miring kiri dan kanan sangat bermanfaat dalam mencegah dekubitus sehingga harus diterapkan oleh perawat kepada pasien	Hasil studi kasus menunjukkan pemberian mobilisasi/alih baring setiap 2 jam dan pemberian massage kulit pada area yang tertekan terbukti efektif menurunkan risiko	Kesimpulan penelitian ini adalah, ada pengaruh yang signifikan tindakan perubahan posisi dalam mencegah terjadinya	Hasil dalam penelitian ini terdapat keefektifan penerapan posisi mika miki stroke terhadap perkembangan luka dekubitus

Perbedaan	Penelitian	Penelitian	Penelitian	Penelitian	Hasil
		stroke hemoragik.	dekubitus yang dibuktikan dengan kenaikan skor skala Norton.	dekubitus	

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan Stroke atau *Cerebro Vascular Accident*. pada konsep penyakit akan diuraikan pengertian, etiologi, anatomi dan fisiologi *Cerebro*, patofisiologi, klasifikasi, tanda dan gejala, komplikasi, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan, dan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Cerebro Vascular Accident*.

2.1 KONSEP PENYAKIT

2.1.1 Definisi

Stroke atau *Cerebro Vascular Accident (CVA)* yaitu salah satu penyakit serius yang bisa dikatakan dapat mengancam keselamatan jiwa. *Cerebro Vascular Accident (CVA)* merupakan suatu gangguan atau masalah kerusakan pada otak akibat dari tersumbatnya aloran darah atau suplai darah ke otak yang menyebabkan deficit neurologis mendadak akibat dari iskemia dan hemoragik sirkulasi saraf otak (Hui, Tadi, and Patti 2022).

Stroke adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan perubahan neurologis yang disebabkan oleh adanya gangguan suplai darah kebagian otak. Dua jenis stroke yang utama adalah iskemik dan hemoragik. Stroke iskemik disebabkan adanya penyumbatan akibat gumpalan aliran darah baik itu sumbatan karena thrombosis (penggumpalan darah yang menyebabkan sumbatan di pembuluh darah) atau embolik (pecahnya gumpalan darah / benda asing yang ada di dalam pembuluh darah sehingga dapat menyumbat pembuluh darah kedalam

otak) kebagian otak. Perdarahan kedalam jaringan otak atau ruang subaraknoid adalah penyebab dari stroke hemoragik (Joyce & Jane, 2014).

2.1.2 Etiologi

Etiologi Stroke menurut (Herly, Ayubbana, and Hs 2021) adalah

1. Thrombus Penggumpalan mulai terjadi dari adanya kerusakan pada bagian garis edoteliat dari pembuluh darah. Aterosklerosis menyebabkan zat lemak bertumpuk dan membentuk plak pada dinding pembuluh dara. Plak ini akan terus membesar dan menyebabkan penyempitan (stenosis) pada arteri. Stenosis ini yang menghambat aliran darah yang biasanya lancar pada arteri.
2. Embolisme Sumbatan pada arteri cerebral yang disebabkan oleh embolus menyebabkan stroke embolik. Embolus dibagian luar otak, kemudian terlepas dan mengalir melalui sirkulasi serebral sampai embolus tersebut melekat pada pembuluh darah dan menyumbat arteri.
3. Perdarahan Perdarahan intraserebral paling banyak disebabkan oleh adanya ruptur arteriosklerosis dan hipertensi pembuluh darah yang bisa menyebabkan perdarahan ke jaringan otak. Stroke yang disebabkan dari perdarahan sering kali menyebabkan spasme pembuluh darah serebral dan iskemik pada serebral karena darah yang berada diluar pembuluh darah membuat membuat iritasi pada jaringan.

2.1.3 Klasifikasi

Stroke di bedakan menjadi 2 macam yaitu stroke hemoragik dan stroke iskemik atau non-hemoragik (Prabowo and Rahmanti 2019).

1. Stroke hemoragik yaitu dimana otak mengalami kebocoran atau pecahnya pembuluh darah di dalam otak, sehingga darah menggenangi atau menutupi ruang-ruang jaringan sel 11 otak (Feigin, 2007).
2. Stroke iskemik atau non-hemoragik stroke yang disebabkan oleh suatu gangguan peredaran darah otak berupa obstruksi atau sumbatan yang menyebabkan hipoksia pada otak dan tidak terjadi perdarahan (AHA, 2015).

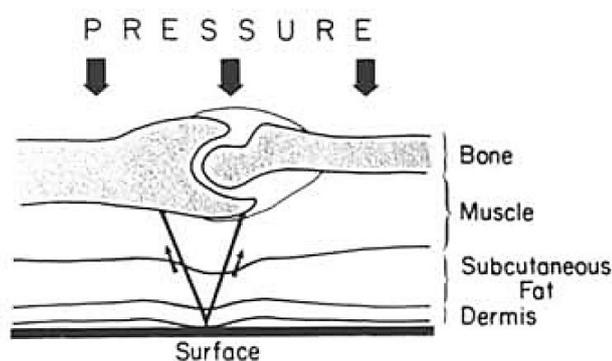
Tabel 2.1.3 Derajat Ulkus Dekubitus

Klasifikasi	Deskripsi
Derajat 1	Zona tekanan dengan kemerahan yang tidak memucat dengan tekanan ujung jari, dengan kulit yang masih utuh
Derajat 2	Ulkus dekubitus dengan erosi kulit, lepuh, hilangnya sebagian epidermis dan / atau dermis, atau kehilangan kulit
Derajat 3	Ulkus dekubitus dengan hilangnya semua lapisan kulit dan kerusakan atau nekrosis jaringan subkutan, yang dapat meluas hingga ke fascia di bawahnya.
Derajat 4	Ulkus dekubitus dengan nekrosis otot, tulang, atau struktur pendukung seperti tendon atau kapsul sendi

2.1.4 Patofisiologi

Banyak faktor yang berperan dalam terbentuknya ulkus dekubitus. Beberapa faktor memiliki peran yang besar seperti tekanan, gaya geser, gesekan, dan kelembaban (Rachmawati, Ulum, and Sepdianto 2019). Peningkatan tekanan pada bagian tubuh yang menonjol mengakibatkan terbentuknya gradien tekanan tiga dimensi seperti pada gambar :

Gambar 2.1.4 Gradien tekanan tiga dimensi

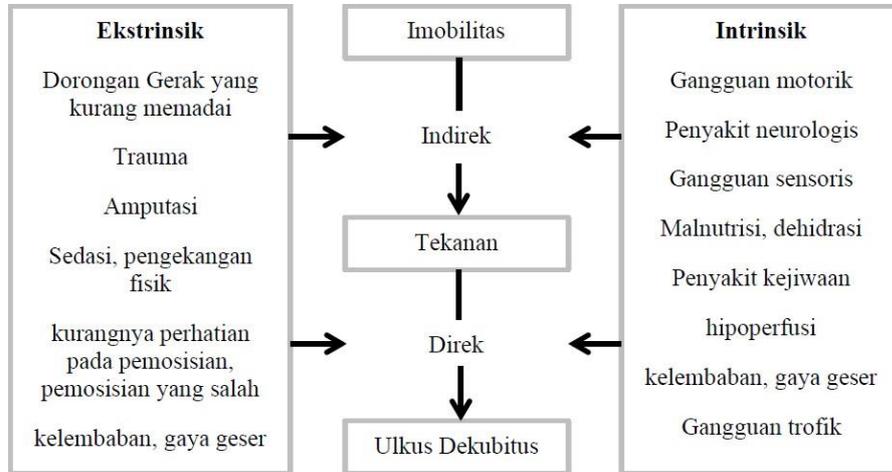


Ulkus dekubitus biasanya terbentuk saat berat badan memberikan gaya ke bawah pada kulit dan jaringan subkutan yang terletak antara tonjolan tulang dan permukaan luar (seperti kasur, bantalan kursi roda, maupun perangkat medis). Diperkirakan gaya yang menghasilkan tekanan eksternal lebih dari tekanan pengisian kapiler arteri (sekitar 32 mmHg), dan lebih dari tekanan aliran keluar kapiler vena (sekitar 8 hingga 12 mmHg) akan menghambat aliran darah dan menyebabkan hipoksia jaringan. Tekanan pada permukaan tubuh yang menonjol dapat meningkatkan tekanan kapiler di dalam jaringan sehingga mengakibatkan gangguan sirkulasi. Hipoksia jaringan terjadi, jaringan mengalami kerusakan, dan akhirnya nekrosis. Diperkirakan 30 hingga 240 menit merupakan durasi kritis iskemia jaringan yang dapat menyebabkan terbentuknya ulkus dekubitus. Toleransi jaringan juga berperan penting; waktu reperfusi jaringan setelah tekanan eksternal hilang menentukan seberapa besar iskemia jaringan dan penyembuhan luka.

Pengaruh fisik lain yang dapat merusak kulit dan berkontribusi pada terbentuknya ulkus dekubitus adalah gesekan pada permukaan kulit, gaya geser, dan kelembaban. Gesekan dan gaya geser (seperti saat berbaring miring) dapat mempengaruhi lapisan kapiler lokal dan berkontribusi pada hipoksia jaringan. Saat berbaring miring, gaya gravitasi ke bawah dilawan oleh gesekan, yang mencegah orang tersebut tergelincir di tempat tidur. Meskipun kulit tidak bergeser dari alasnya, struktur internal seperti otot dan tulang yang tidak bersentuhan dengan permukaan luar akan bergeser ke bawah karena gravitasi. Gaya ini dapat mengganggu aliran darah karena pembuluh darah yang terperangkap di antara kulit dan tulang terdistorsi atau tertekan. Kelembapan (dari keringat atau inkontinensia) dapat merusak kulit, membuatnya lebih rentan rusak dengan gesekan dan reposisi. Kelembapan tidak menyebabkan cedera tekanan, tetapi dapat meningkatkan pembentukan luka kronis dengan melunakkan lapisan atas kulit (maserasi) dan mengubah lingkungan kimia kulit (perubahan pH) (Manan, Afiyah, and Muhith 2024).

Faktor risiko dapat diklasifikasikan sebagai intrinsik (terkait dengan pasien) atau ekstrinsik (terkait dengan lingkungan pasien). Kondisi yang menempatkan pasien pada risiko termasuk gangguan motorik dan kondisi lain yang mengganggu mobilitas, seperti kontraktur, gangguan kesadaran atau persepsi, atau persepsi nyeri yang berkurang, seperti di bawah anestesi umum. Selain itu, penyakit kardiovaskular (penyakit oklusi arteri perifer, gagal jantung kongestif) dan berbagai jenis masalah gizi (malnutrisi, penggantian cairan yang tidak adekuat) dapat mengganggu suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan perifer.

Gambar 2.1.4 Patofisiologi ulkus dekubitus



2.1.5 Pathway/W.O.C

2.1.6 Manifestasi klinis

Manifestasi yang timbul dapat berbagai macam tergantung dari berat ringannya lesi dan juga topisnya. Menurut (Rachmawati, Ulum, and Sepdianto 2019)

Berikut ini merupakan manifestasi yang umum terjadi pada penderita stroke :

- 1) Kehilangan motorik Stroke adalah penyakit motor neuron atas dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Karena neuron atas melintas, gangguan kontrol motor voluter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motor paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu bagian tubuh). Bila stroke menyerang bagian kiri otak, terjadi hemiplegia kanan. Bila yang terserang adalah bagian kanan otak, yang terjadi adalah hemiplegi kiri dan yang lebih ringan disebut hemiperesis kiri.
- 2) Kehilangan komunikasi Disfungsi bahasa dan komunikasi dapat dimanifestasikan sebagai berikut:
 - Disartria (kesulitan berbicara), ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti (bicara pelo atau cedal) yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara.
 - Disfasia atau afasia (bicara defektif atau kehilangan bicara), yang terutama ekspresi atau reseptif.

- Apraksia (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya) seperti dilihat ketika penderita stroke mengambil sisir dan berusaha menyisir rambutnya.
- 3) Gangguan persepsi Persepsi adalah ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Stroke dapat mengakibatkan:
- Disfungsi persepsi visual Terjadi karena gangguan jarak sensori primer diantara mata dan korteks visual.
 - Gangguan hubungan visual spasial (mendapatkan gangguan dua atau lebih objek dalam area spasial). Sering terjadi pada klien hemiplegia kiri. Penderita mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk memcocokkan pakaian ke bagian tubuh.
 - Kehilangan sensori Kehilangan sensorori dapat berupa kerusakan sentuhan ringan atau mungkin berat dengan kehilangan proprioepsi (kemampuan untuk merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh) serta kesulitan dalam menginterpretasikan stimulus visual dan auditorius.
 - Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologis Bila kerusakan terjadi pada lobus frontal, mempelajari kapasitas, memori, atau fungsi intelektual kortikal yang lebih tinggi mungkin rusak. Disfungsi ini dapat dibuktikan dalam lapang perhatian terbatas, kesulitan dalam pemahaman, lupa, dan kurang motivasi yang menyebabkan penderita menghadapi masalah frustrasi. Masalah

psikologik lain juga umumnya terjadinya dimanifestasikan oleh labilitas emosional, frustrasi, dendam dan kurang berkerjasama.

- Disfungsi kandung kemih Setelah stroke, klien dapat mengalami inkontinensia urinarius sementara karena kebingungan dan ketidakmampuan mengungkapkan kebutuhan.

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Setiawan, Susyanti, and Pratama 2023) pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan yaitu sebagai berikut :

1. **Angiografi serebral** Membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti perdarahan arteriovena atau adanya ruptur dan untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskular. Angiografi otak adalah penyuntikan suatu bahan yang tampak dalam citra sinar-X kedalam arteri-arteri otak. Pemotretan dengan sinar-X kemudian dapat memperlihatkan pembuluh-pembuluh darah di kepala dan leher. Angiografi otak menghasilkan gambar paling akurat mengenai arteri dan vena dan digunakan untuk mencari penyempitan atau perubahan patologis lain, misalnya aneurisma. Namun, tindakan ini memiliki resiko kematian pada satu dari setiap 200 orang yang diperiksa (Simangunsong, 2011).
2. **Lumbal Pungsi** adalah tindakan memasukkan jarum pungsi ke dalam ruang sub arachnoid meninges medula spinalis pada daerah cauda equina melalui daerah segmen lumbalis columna vertebralis dengan teknik yang ketat dan aseptik. Posisi pasien yaitu posisi tidur miring

dengan fleksi maksimal dari lutut, paha, dan kepala semua mengarah ke perut, kepala dapat diberi bantal tipis. Hasil dari pemeriksaan lumbal pungsi yaitu tekanan yang meningkat dan disertai bercak darah pada cairan lumbal menunjukkan adanya hemoragi pada subaraknoid atau perdarahan pada intrakranial. Peningkatan jumlah protein menunjukkan adanya proses inflamasi. Hasil pemeriksaan likuor merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (xantokrom) sewaktu hari-hari pertama.

3. **CT Scan (Computerized Tomography Scanning)** Pemindaian ini memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia, dan posisinya secara pasti. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan hiperdens fokal, kadang pepadatan terlihat di ventrikel, atau menyebar ke permukaan otak, CT scan dapat memberi hasil negatif - semu (yaitu, tidak memperlihatkan adanya kerusakan) hingga separuh dari semua kasus stroke iskemik (Simangunsong, 2011).
4. **MRI (Magnetic Resonance Imaging)** menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan besar / luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik. Mesin MRI menggunakan medan magnetik kuat untuk menghasilkan dan mengukur interaksi antara gelombang-gelombang magnet dan nukleus

di atom yang bersangkutan (misalnya nukleus Hidrogen) di dalam jaringan kepala. Pemindaian dengan MRI biasanya berlangsung sekitar 30 menit. (Simangunsong, 2011).

5. **USG Doppler** Untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis).
6. **EEG** Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.
7. **EKG** digunakan untuk mencari tanda-tanda kelainan irama jantung atau penyakit jantung sebagai kemungkinan penyebab stroke. Prosedur EKG biasanya membutuhkan waktu hanya beberapa menit serta aman dan tidak menimbulkan nyeri (Simangunsong, 2011).
8. **Pemeriksaan darah dan urine**, Pemeriksaan ini dilakukan secara rutin untuk mendeteksi penyebab stroke dan untuk menyingkirkan penyakit lain yang mirip stroke. Pemeriksaan yang direkomendasikan:
 - Hitung darah lengkap Merupakan tes rutin untuk menentukan jumlah sel darah merah, sel darah putih, trombosit dalam darah. Hematokrit dan hemoglobin adalah ukuran jumlah sel darah merah. Hitung darah lengkap dapat digunakan untuk mendiagnosis anemia atau infeksi. Hitung darah lengkap digunakan untuk melihat penyebab stroke seperti trombositosis, trombositopenia, polisitemia, anemia (termasuk sikle cell disease).

- Tes koagulasi Tes ini mengukur seberapa cepat bekuan darah. Tes yang paling penting dan evaluasi darurat stroke adalah glukosa (atau gula darah), karena tingkat glukosa darah yang tinggi atau terlalu rendah dapat menyebabkan gejala yang mungkin keliru untuk stroke. Sebuah glukosa darah puasa digunakan untuk membantu dalam diagnosis diabetes yang merupakan faktor risiko untuk stroke. Tes kimia darah lainnya untuk mengukur serum elektrolit, ion – ion dalam darah (natrium, kalium, kalsium) atau memeriksa fungsi hati atau ginjal.
- Serologi untuk sifilis.
 - Glukosa darah untuk melihat DM, hipoglikemia, atau hiperglikemia.
 - Lipid serum untuk melihat faktor risiko stroke
 - Analisis urine mencakup penghitungan sel dan kimia urine untuk mengidentifikasi infeksi dan penyakit ginjal

2.1.8 Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan medis Terapi pada penderita stroke non hemoragik menurut (Hui, Tadi, and Patti 2022) bertujuan untuk meningkatkan perfusi darah ke otak, membantu lisis bekuan darah dan mencegah trombosis lanjutan, melindungi jaringan otak yang masih aktif dan mencegah cedera sekunder lain, beberapa terapinya adalah :

- Terapi trombolitik : menggunakan recombinant tissue plasminogen activator (RTPA) yang berfungsi memperbaiki aliran darah dengan menguraikan bekuan darah, tetapi terapi ini harus dimulai dalam waktu 3 jam sejak manifestasi klinis stroke timbul dan hanya dilakukan setelah kemungkinan perdarahan atau penyebab lain disingkirkan.
- Terapi antikoagulan : terapi ini diberikan bila penderita terdapat resiko tinggi kekambuhan emboli, infark miokard yang baru terjadi, atau fibrilasi atrial.
- Terapi antitrombosit : seperti aspirin, dipiridamol, atau klopidothrombolol dapat diberikan untuk mengurangi pembentukan trombus dan memperpanjang waktu pembekuan.
- Terapi suportif : yang berfungsi untuk mencegah perluasan stroke dengan tindakannya meliputi penatalaksanaan jalan nafas dan oksigenasi, pemantauan dan pengendalian tekanan darah untuk mencegah perdarahan lebih lanjut, pengendalian hiperglikemi pada pasien diabetes sangat penting karena kadar glukosa yang menyimpang akan memperluas daerah infark.

2. Penatalaksanaan Keperawatan

1. Terapi Non Farmakologi

➤ Perubahan Gaya Hidup Terapeutik

Modifikasi diet, pengendalian berat badan, dan peningkatan aktivitas fisik merupakan perubahan gaya hidup terapeutik

yang penting untuk semua pasien yang berisiko aterotrombosis. Pada pasien yang membutuhkan terapi obat untuk hipertensi atau dislipidemia, obat tersebut harus diberikan, bukannya digantikan oleh modifikasi diet dan perubahan gaya hidup lainnya Agustina (2014). Diet tinggi buah-buahan sitrus dan sayuran hijau berbunga terbukti memberikan perlindungan terhadap stroke iskemik pada studi Agustina (2014).

- Aktivitas fisik Aktivasi fisik meningkatkan risiko penyakit jantung dan stroke setara dengan merokok, dan lebih dari 70% orang dewasa hanya melakukan sedikit latihan fisik atau bahkan tidak sama sekali, semua pasien harus diberitahu untuk melakukan aktivitas aerobik sekitar 30- 45 menit setiap hari dalam Agustina (2014). Latihan fisik rutin seperti olahraga dapat meningkatkan metabolisme karbohidrat, sensitivitas insulin dan fungsi kardiovaskular (jantung). Latihan juga merupakan komponen yang berguna dalam memaksimalkan program penurunan berat badan, meskipun pengaturan pola makan lebih efektif dalam menurunkan berat badan dan pengendalian metabolisme (Agustina, 2014).

2. Rehabilitasi Pemberian Stimulasi Dua Dimensi

- Pengertian rehabilitasi Rehabilitasi merupakan dasar dari program pemulihan penderita stroke (Wang, 2014). Rehabilitasi stroke merupakan sebuah program komprehensif yang terkoordinasi antara medis dan rehabilitasi yang bertujuan untuk mengoptimalkan dan memodifikasi kemampuan fungsional yang ada (Fitriani, 2016).
- Tujuan rehabilitasi Tujuan Rehabilitasi medis menurut (Ariyani and Nurlaily 2023) yaitu: Untuk Mengoptimalkan dan memodifikasi kemampuan fungsional kemudian untuk Memperbaiki fungsi motorik, wicara, kognitif dan fungsi lain yang terganggu selanjutnya Membantu melakukan kegiatan aktivitas sehari-hari dan juga untuk Readaptasi sosial dan mental untuk memulihkan hubungan interpersonal dan aktivitas sosial
- Kegiatan rehabilitasi pemberian stimulasi dua dimensi Menurut (Krisnawati, Faidah, and Purwandari 2022) program rehabilitasi mencakup berbagai macam kegiatan untuk melatih kembali fungsi tubuh pasien yang lemah akibat stroke yang dialami
- Bentuk latihan fungsional tangan dengan cara menggenggam sebuah benda berbentuk silindris seperti tisu

gulung pada telapak tangan, yang bertujuan untuk .
Kegiatan yang dapat dilakukan dalam rehabilitasi medik pasien stroke meliputi:

(a) Latihan rentang gerak aktif dengan cylindrical grip

Pengertian latihan rentang gerak aktif asistif dengan cylindrical grip adalah latihan rentang gerak aktif merupakan latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki pergerakan sendi untuk meningkatkan masa otot dan kekuatan otot (Mayangsari 2020)

(b) Terapi musik Pengertian terapi musik adalah terapi yang

menggunakan musik secara terapeutik terhadap fungsi fisik, fisiologis, kognitif dan fungsi sosial (American Music Therapy Association). Musik merupakan seni mengatur suara dalam waktu yang berkelanjutan, terpadu dan menggugah komposisi melalui melodi, harmoni, ritme, dan timbre atau warna nada (Snyder, 2011). Tujuan dan manfaat terapi musik Tujuan dan manfaat dari terapi musik yaitu untuk mengembalikan fungsi individu sehingga dapat mencapai kualitas hidup yang lebih baik, melakukan pencegahan, pengobatan, dan rehabilitasi dengan pemberian terapi karena musik dianggap mempunyai kekuatan untuk menyembuhkan

(Fitriani, 2016). Jenis musik yang diberikan untuk pasien stroke Jenis musik yang diberikan untuk pasien stroke adalah musik yang lembut dan getaran yang lambat (Fitriani, 2016)

2.1.9 Komplikasi

Komplikasi pada stroke non hemoragik adalah (Firdayanti, 2014):

1. Berhubungan dengan imobilisasi: infeksi pernafasan, nyeri pada daerah tertekan, konstipasi.
2. Berhubungan dengan paralise: nyeri punggung, dislokasi sendi, deformitas, terjatuh.
3. Berhubungan dengan kerusakan otak: epilepsy, sakit kepala.
4. Hidrosefalus

Sedangkan komplikasi yang paling umum dan penting dari stroke non hemoragik meliputi edema serebral, transformasi hemoragik, dan kejang (Manan, Afiyah, and Muhith 2024)

1. Edema serebral yang signifikan setelah stroke non hemoragi kini terjadi meskipun agak jarang (10-20%) (Herly, Ayubbana, and Hs 2021).
2. Indikator awal stroke non hemoragik yang tampak pada CT scan tanpa kontras adalah intrakranin dependen untuk potensi pembengkakan dan kerusakan. Manitol dan terapi lain untuk mengurangi tekanan intracranial dapat dimanfaatkan dalam situasi darurat, meskipun kegunaannya dalam pembengkakan sekunder stroke non hemoragik lebih lanjut belum diketahui.

Beberapa pasien mengalami transformasi hemoragik pada infark mereka. Hal ini diperkirakan terjadi pada 5% dari stroke non hemoragik yang tidak rumit, tanpa adanya trombolitik. Transformasi hemoragik tidak selalu dikaitkan dengan penurunan neurologis dan berkisar dari peteki kecil sampai perdarahan hematoma yang memerlukan evakuasi.

3. Insiden kejang berkisar 2-23% pada pasca-stroke periode pemulihan. Post-stroke non hemoragik biasanya bersifat fokal tetapi menyebar. Beberapa pasien yang mengalami serangan stroke berkembang menjadi chronic seizure disorders. Kejang sekunder dari stroke stroke non hemoragik harus dikelola dengan cara yang sama seperti gangguan kejang lain yang timbul sebagai akibat neurologis injury.

BAB 3

GAMBARAN KASUS

3.1 PENGKAJIAN

A. IDENTITAS DIRI KLIEN

1. Tanggal/jam/MRS : 05 Mei 2023
2. Ruang : Ruang Gardena Kelas 3, RSD dr Soebandi, Jember
3. Diagnosa Medis : *CVA trombotik*
4. Tgl/ jam : 16.25 WIB

Inisial Nama	: Tn. S	Suami/ istri/ orangtua
Umur	: 68 tahun	Nama : Ny. L
Jenis kelamin	: Laki-laki	Pekerjaan : IRT
Agama	: Islam	Alamat : Ledokombo, Jember
Suku/ bangsa	: Jawa	
Bahasa	: Jawa, Indonesia	Penanggung jawab
Pendidikan	: SD	Nama : Ny. L
Pekerjaan	: Petani	Alamat : Ledokombo, Jember
Status	: Kawin	
Alamat	: Ledokombo, Jember	

A. Anamnesa Pra Assessment

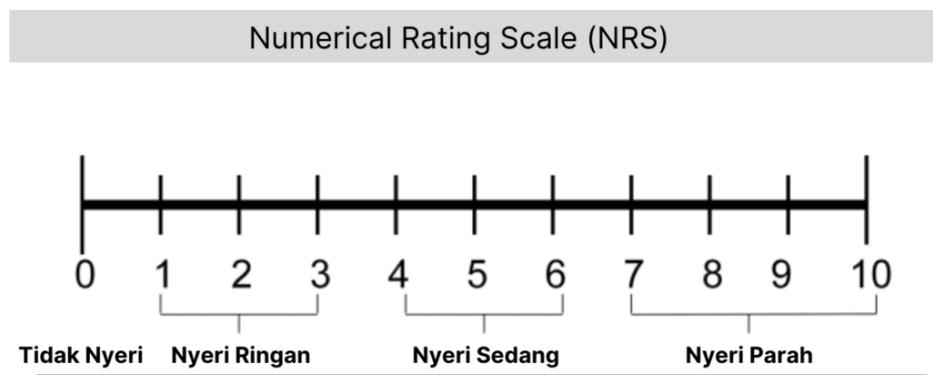
1. Keluhan Utama
Tidak sadarkan diri
2. Riwayat Penyakit Sekarang
Pasien datang tidak sadarkan diri sejak 2 minggu yang lalu, terdapat luka di bagian punggung pasien, sempat kejang 2 kali, keluarga klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sejak 5 tahun yang lalu dan diabetes mellitus sejak 2 tahun.
 - a. GCS : E...4../V..5.../M..6...
 - b. Kesadaran : composmentis
 - c. Tekanan Darah : 160/90 mmHg
 - d. Nadi : 87x menit

- e. Suhu : 36,9
- f. RR : 20x/menit

3. Riwayat Alergi Obat :
Tidak ada

4. Nyeri (Vas Scale) :

- Durasi Nyeri :
P:
Q:
R:
S:
T:



Ringan: 1-3, Sedang: 4-6,

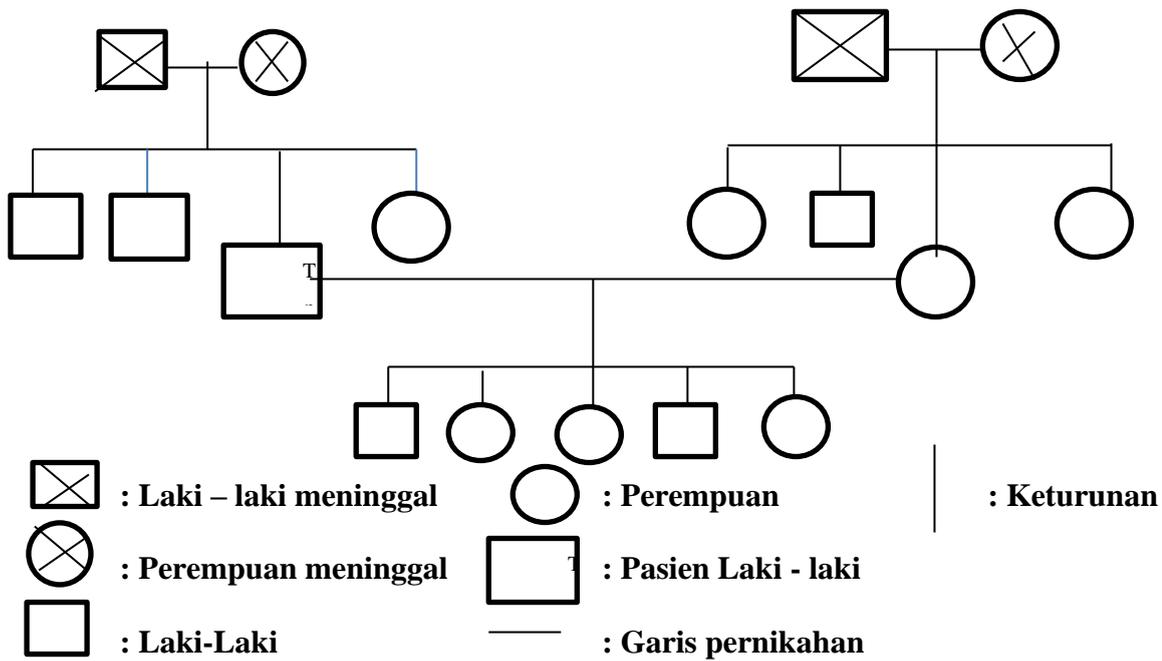
5. Riwayat penyakit dahulu

Hipertensi sejak 5 tahun dan Diabetes Mellitus sejak 2 tahun yang lalu.

6. Riwayat penyakit keluarga

Keluarga klien mengatakan tidak ada riwayat penyakit DM dan HT dalam keluarga.

Genogram



7. Resiko Jatuh (Morse Scale)

Resiko Jatuh (Morse Scale) √ (Cheklist) pada kotak skor		Skor
Riwayat Jatuh yang baru atau dalam 3 bulan terakhir	Tidak	0=
	Ya	25=25
Diagnosis medis sekunder >1	Tidak	15=
	Ya	0 =0
Alat bantu jalan	Bed rest	0=0
	Penompang tongkat	15=
	Furnitur	30=
Memakai terapi heparin lock/iv	Tidak	0=
	Ya	20=20
Cara berjalan/ Berpindah	Normal/bedrest/imobilisasi	0=
	Lemah	10=10
	Terganggu	20=
Status mental	Orientasi sesuai kemampuan	0=0
	Lupa keterbatasan	15==
Kesimpulan : 0-24 (tidak berisiko), >24-45 (risiko sedang), >45 (risiko tinggi)		
Skor Total: 55 (Resiko Tinggi)		

B. Pengkajian Pola Aktifitas Sehari-hari/Activity Daily Live (ADL)

1. Nutrisi dan cairan

a. Pola makan

- Diit khusus saat ini : ada/ **tidak ada**

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Saring/ cair | <input type="checkbox"/> Lunak | <input type="checkbox"/> Bubur kasar |
| <input type="checkbox"/> Tinggi kalori | <input type="checkbox"/> Tinggi protein | <input type="checkbox"/> Rendah protein |
| <input type="checkbox"/> Rendah garam | <input type="checkbox"/> Rendah lemak | <input type="checkbox"/> √Nasi biasa |

Jumlah kalori / hari : **5 sendok**

- Cara makan

- Per oral (biasa) 3 / hari**
- Per sonde :cc / hari. Diberikan.....X / hari
- Total parental nutrisi, berupa.....cc / hari

- Makanan pantangan : **Tidak ada**

- Nafsu makan saat ini : **Menurun**

- Frekuensi makan 3X/ hari. Porsi yang dihabiskan 5 sendok

- Keluhan / masalah makan saat ini :

- Mual
- MuntahX/ hari, jumlah.....cc, ket:.....
- Sakit dimulut
- Lain lain, sebutkan

Deskripsi singkat mengenai keluhan yang dirasakan

Tidak ada keluhan

- Riwayat makan sebelum sakit :

Nafsu makan : **Normal**
Frekuensi : **3x sehari**
Jenis makanan : **Nasi biasa**
Utama : **Nasi**
Kudapan/ makanan : -
Ringan
Jumlah kalori yang :
dikonsumsi per hari

Makanan pantangan : **Makanan asin**
 Riwayat alergi : **Tidak ada alergi makanan**
 makanan
 Kebiasaan makan : **Jarang sekali makan diluar**
 Diluar

b. Pola minum

KETERANGAN	SEBELUM SAKIT	SAAT SAKIT
Jenis minuman	Air putih	Air putih
Jumlah minum/ hari	7 gelas/hari	5 gelas/hari
Keluhan/ masalah Minum	Tidak ada masalah	Tidak ada masalah
Minum minuman Beralkohol	-	-

Masalah yang ditemukan :

Tidak ada masalah pada pola minum pasien

2. Eliminasi

a. ELIMINASI URINE

KETERANGAN	SEBELUM SAKIT	SAAT SAKIT
Frekuensi BAK/hari	7x / hari	5x/hari
Jumlah Urine/ hari	1500 ml	Terpasang kateter, urine setiap 24 jam kurang lebih 1200 ml
Warna Urine	Jernih	Kuning pekat
Bau	amonia	amonia

▪ Masalah BAK saat ini :

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> √Tidak ada masalah | <input type="checkbox"/> Pancaran kencing tidak lancer (menetes) |
| <input type="checkbox"/> Nyeri saat kencing | <input type="checkbox"/> Perasaan tidak puas setelah kencing |
| <input type="checkbox"/> Sering kencing | <input type="checkbox"/> Retensi urine |
| <input type="checkbox"/> Kencing darah | <input type="checkbox"/> Terpasang kateter menetap |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kencing nanah | <input type="checkbox"/> cystotomi |
| Ngompol | Lain lain, sebutkan: |

Deskripsi singkat mengenai keluhan yang dirasakan

Tidak ada masalah

b. ELIMINASI ALVI

KETERANGAN	SEBELUM SAKIT	SAAT SAKIT
Frekuensi BAB	2x/hari	1x/hari
Warna	Warna kecokelatan	Kuning kecokelatan
Konsistensi	Padat	padat
Bau	Khas	khas

▪ Masalah BAB saat ini :

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> √Tidak ada masalah | <input type="checkbox"/> Inkontinensia alvi |
| <input type="checkbox"/> Feses campur darah | <input type="checkbox"/> Colostomy |
| <input type="checkbox"/> Melena | <input type="checkbox"/> Penggunaan obat obat pencahar |
| <input type="checkbox"/> Konstipasi | <input type="checkbox"/> Lain lain, sebutkan..... |

Deskripsi singkat mengenai keluhan yang dirasakan

Tidak ada masalah

Masalah yang ditemukan :

Tidak ada masalah

3. ISTIRAHAT

KETERANGAN	SEBELUM SAKIT	SAAT SAKIT
Jml jam tidur siang	Jarang tidur siang	2x/hari
Jml jam tidur malam	7 jam	8 jam
Alat pengantar tidur	-	-
Obat yg digunakan	-	-
Perasaan waktu bangun	Tampak segar	lemas

Lingkungan tempat tidur yang disukai :

Pasien tidak suka keramaian

Gangguan tidur yang pernah dialami : **tidak ada**

- Jenis :
- Lama :
- Upaya untuk mengatasi :

Gangguan tidur yang dialami saat ini

▪ **Jenis**

- Sulit jatuh tidur Tidak merasa bugar setelah bangun tidur
- Sulit tidur lama Lain lain, sebutkan :-.....
- Terbangun dini

- Deskripsi lengkap tentang gangguan tidur yang sedang dialami :
Tidak ada

Masalah yang ditemukan :

.....

.....

4. Aktifitas dan Personal Higiene

a. Pola aktivitas di rumah

- **Jenis : pasien sehari hari bekerja dan mencari pakan ternak**
- **Keluhan yang pernah dirasakan dalam menjalankan aktivitas rutin :
Tidak ada masalah**
- **Upaya untuk mengatasi :
Istirahat dan dibawa tidur**
- **Penggunaan waktu senggang :
Santai santai di teras rumah**

b. Pola aktivitas di rumah sakit

No.	Aktivitas	0	1	2	3	4
1	Mandi				√	
2	Menyikat gigi				√	
3	Merias wajah				√	
4	Menyisir rambut				√	
5	Berpakaian				√	
6	Perawatan kuku				√	
7	Perawatan rambut				√	
8	Toileting				√	
9	Makan dan minum				√	
10	Mobilitas diatas tempat tidur				√	

Masalah yang ditemukan :

.....

.....

7. Pola hubungan peran

Hubungan pasien dan keluarga terjalin dengan baik. selama di RS istri dan keluarganya bergantian untuk menjaga dan membantu keperluan pasien.

Masalah yang ditemukan :

Tidak ada masalah

8. Pola fungsi seksual – seksualitas

Pasien mengatakan untuk saat ini tidak memikirkan kebutuhan seksualnya

9. Pola mekanisme koping

Pasien mengatakan untuk saat ini pasien gelisah dan takut penyakitnya semakin parah.

Masalah yang ditemukan :

Ansietas

10. Pola nilai dan kepercayaan

Pasien mengatakan beragama islam, sebelum sakit pasien aktif mengikuti kegiatan keagamaan di desanya seperti pengajian dan sholawatan. Saat ini ketika pasien di rawat pasien belum melaksanakan sholat sama sekali

Masalah yang ditemukan :

.....

C. Pemeriksaan Fisik Head To Toe

1. Kelulahan yang dirasakan saat ini/ Saat pengkajian di lakukan:

Pasien mengatakan nyeri pada kepala.

2. Pemeriksaan Umum (TTV Dasar)

- c. GCS : **E...4../V..5.../M..6...**
- d. Kesadaran : **composmentis**
- c. Tekanan Darah : **160/90 mmHg**
- d. Nadi : **87x menit**
- e. Suhu : **36**
- f. RR : **20x/menit**

3. Pemeriksaan Kepala

(Lingkari salah satu sesuai dengan kondisi yang ditemukan pada klien):

Inspeksi

- a. Bentuk Kepala : (**Bulat/ Lonjong/ Benjol**)
- b. Ukuran Kepala : (**normocephali/ makrocephali/ microcephali**)
- c. Kondisi Kepala : (**Simetris/ Tidak**)
- d. Kulit Kepala : (**Ada Luka/ Tidak**), (**Bersih/ Kotor**), (**Berbau/ Tidak**),
(Ada Ketombe/
tidak Tidak)
Lainnya.....
- e. Rambut :
 - 1) Penyebaran/ Pertumbuhan Rambut : **Rata/ Tidak**
 - 2) Keadaan Rambut : **Rontok, Pecah-Pecah, Kusam**
 - 3) Warna Rambut : **Hitam / Merah / Beruban /**
Menggunakan Cat Rambut
 - 4) Bau Rambut : **Berbau/ Tidak**
- f. Wajah
 - 1) Warna Kulit Wajah : **Pucat/ Kemerahan/ Kebiruan**
 - 2) Struktur Wajah : **Simetris/ Tidak**
 - 3) Sembab : **Ada/ Tidak**

Palpasi

- a. Ubun-Ubun : **Datar/ Cekung/ Cembung**
- b. Benjolan : **Ada/ Tidak**

Data Tambahan :nyeri kepala dan terdapat luka
.....

4. Pemeriksaan

Mata Inspeksi dan

Palpasi

- a. Kesimetrisan : **Simetris/ tidak**
- b. Protesa mata : **Ya/ tidak**
- c. Palpebra:

- 1) Edema : *Ada/ Tidak*
 - 2) Lesi : *Ada/ Tidak*
 - 3) Benjolan : *Ada/ Tidak*
 - 4) Ptosis : *Ada/ Tidak*
 - 5) Bulu Mata : *Rontok/ Tidak, Kotor/ Bersih*
 - d. Konjungtiva : *Pucat/ Merah/ Hiperemis, Edema/ Tidak*
 - e. Sclera : *Putih/ Kuning*
 - f. Pupil:
 - 1) Refleks Cahaya : *Baik/ Tidak*
 - 2) Respon : *Miosis/ Midreasis*
 - 3) Ukuran : *Isokor/ Anisokor*
 - g. Kornea dan Iris
 - 1) Peradangan : *Ada/ Tidak*
 - 2) Gerakan Bola Mata : *Normal/ Tidak*
 - h. Tes Ketajaman Penglihatan
 - a. Visus Kanan : 6
 - b. Visus Kiri : 5
 - i. Tekanan Bola Mata (Tonometer) : **Tidak ada**
 - j. Luas Lapang Pandang : *Normal/ Abnormal*
 - k. Penggunaan alat bantu : **Tidak ada**
- Data Tambahan** :
-

5. Pemeriksaan

Hidung Inspeksi

- a. Os Nasal & Septum Nasal : *Deviasi/ Normal*
- b. Orifisium Nasal : *(Ada Sekret/ Tidak Ada), (Ada Sumbatan/ Tidak Ada)*
- c. Selaput Lendir : *Kering/ Lembab/ Basah (Hipersekresi), (Ada Perdarahan/ Tidak Ada)*
- d. Tes Penciuman : *Normal/ Abnormal*
- e. Pernapasan Cuping Hidung : *Ada/ Tidak*

Palpasi

- a. Nasal : *(Bengkak/ Tidak), (Nyeri/ Tidak), (Krepitasi/ Tidak)*

Data Tambahan :

.....

6. Pemeriksaan

TelingaInspeksi dan Palpasi

- a. Bentuk Telinga : *Simetris/Tidak*
- b. Ukuran Telinga : *Lebar/ Sedang/ Kecil*
- c. Kelenturan Daun Telinga : *Lentur/tidak*
- d. Os Mastoid : *(Hiperemis/ Normal), (Nyeri/ Tidak), (Benjolan/Tidak)*

Inspeksi

- a. Lubang Telinga : *(Ada Serumen/ Tidak), (Ada Benda Asing/ Tidak), (Ada Perdarahan/ Tidak), (Membran Timpani Utuh/Pecah)*
- b. Tes Pendengaran : *Normal/ Abnormal*
 - 1) *Rinne s+/-,d +/-*
 - 2) *Weber lateralisasi sd*
 - 3) *Swabach memanjang memendek*

Data Tambahan : Tidak ada

7. Pemeriksaan Mulut dan

FaringInspeksi

- a. Bibir : *(Cyanosis/ Tidak), (Kering/ Basah), (Ada Luka/ Tidak), (Ada Labioschiziz/ Tidak)*
- b. Gusi dan Gigi : *(Normal/ Tidak), (Ada Sisa Makanan/ Tidak), (Ada Caries Gigi/Tidak. Jika ada caries, uraikan secara rinci ukuran dan mulai kapan terjadinya).....*
Ada Karang Gigi/ Tidak (Jika ada, uraikan banyaknya dan lokasinya),
Ada Perdarahan/ Tidak (Jika ada, jelaskan sumber perdarahan dan banyaknya)..... ,

Ada Abses/ **Tidak** (Jika ada, uraikan sejak kapan, apa penyebabnya dan lokasinya).....

- c. Lidah
- 1) Warna : **Merah/ Putih**, lainnya.....
 - 2) Hygiene : (Kotor/ **Bersih**), (Ada Bercak Putih/ **Tidak**)
- d. Orofaring : (Ada Bau Napas/ **Tidak**), (Ada Peradangan/ **Tidak**), (Ada palatoschiziz/ **Tidak**), (Ada Luka/ **Tidak**), (Uvula Simetris/ **Asimetris**), (Ada Peradangan Tonsil/ **Tidak**), (Ada Pembesaran Tonsil/ **Tidak**), (Selaput Lendir Kering/ **Basah**), (Ada Perubahan Suara/ **Tidak**), (Ada Dahak/ **Tidak**), (Ada Benda Asing/ **Tidak**)
- e. Tes Perasa : **Normal/ Abnormal**
Data Tambahan : Tidak ada

8. Pemeriksaan

Leher Inspeksi dan Palpasi

- a. Posisi trachea : **Deviiasi/ Tidak**
 - b. Kelenjar Thyroid : **Ada Pembesaran/ Tidak**
 - c. Kelenjar Limfe : **Ada Pembesaran/ Tidak**
 - d. Vena Jugularis : **Ada bendungan/ Tidak**
 - e. Denyut Carotis : **Adekuat/ Inadekuat**
- Data Tambahan : Tidak ada**

9. Pemeriksaan Integumen dan

Kuku Inspeksi dan Palpasi

- a. Warna Kulit : **Putih/ Hitam/ Cokelat, Kuning Langsat, Kuning Sawo Matang, lainnya**
- b. Hygiene Kulit : **Bersih/ Kotor**
- c. Hygiene Kuku : **Bersih/ Kotor**
- d. Akral : **Hangat/ Dingin/ Panas**
- e. Kelembaban : **Lembab/ Kering/ Basah**
- f. Tekstur Kulit : **Halus/ Kasar**

- g. Turgor : < **2 detik** / > 2 detik
- h. Kuku : *Ada Clubbing of Finger* / **Tidak Ada**
- i. Warna kuku : **Merah muda** / sianosis/ pucat
- j. Capillary Refill Time : < **2 detik** / > 2 detik
- k. Kelainan Pada Kulit (sebutkan jika ada) : **Terdapat ulkus dekubitus**

Data Tambahan : luka ulkus decubitus dengan drajat 2, di tandai dengan erosi kulit, lepuh, hilangnya sebagian epidermis, dermis, dan kehilangan kulit dengan lebar 3x2 cm.

10. Pemeriksaan Payudara dan

Ketiak Inspeksi

- a. Pembengkakan : *Ada* / **Tidak**
- b. Kesimetrisan : *Simetris* / **tidak**
- c. Warna Payudaran & Aerola Mammae : **Normal** / *Hiperpigmentasi*
- d. Retraksi Payudaran & Putting : *Ada* / **Tidak**
- e. Lesi : *Ada* / **Tidak**
- f. Pembengkakan Kelenjar Limfe di Aksila : *Ada* / **Tidak**

Palpasi

- a. Benjolan : *Ada* / **Tidak**, lokasi
- b. Nyeri : *Ada* / **Tidak**, lokasi
- c. Secret yang Keluar : *Ada* / **Tidak**, Jenisnya.

Data Tambahan: Tidak ada

11. Pemeriksaan

Thoraks

Pemeriksaan Paru

Inspeksi

- a. Bentuk thoraks : **Normal Chest** / *Pigeon Chest/ Funnel Chest/ Barrel Chets, Simetris/ Asimetris*
- b. Pola Napas : **Reguler** / *Irreguler*
- c. Retraksi Intercostae : *Ada* / **Tidak**
- d. Retraksi Suprasternal : *Ada* / **Tidak**
- e. Tanda-Tanda Dyspneu : *Ada* / **Tidak**

f. Batuk : *Produktif/ Kering/ Whooping/ Tidak Ada*

Palpasi

a. Fokal fremitus : (Tulis hasilnya) **simetris**

Perkusi

a. Suara perkusi : (Tulis hasilnya) **sonor**

Auskultasi

a. Suara Auskultasi : (Tulis hasilnya) **vesikuler**

Pemeriksaan Jantung

Inspeksi dan Palpasi Prekordium:

Ictus Cordis: terlihat/**tidak**

Perkusi

a. Batas Jantung : (Tulis hasilnya) : **Batas jantung kiri umumnya terdapat pada intercostal space (ICS) 4-6 linea midklavikularis kiri dan batas kanan jantung pada linea parasternalis kanan. Batas atas jantung umumnya terdapat pada ICS 2 kanan linea parasternalis kanan**

b. Kesimpulan ukuran jantung: : (Tulis hasilnya): **250-300 gram**

Auskultasi

a. S1 dan SII : **tunggal/ganda**

b. S III dan S IV : **ada/tidak (lup dub)**

Data Tambahan : Tidak ada

12. Pemeriksaan

Abdomen Inspeksi

a. Bentuk Abdomen : **Flat/ Cekung/ Cembung**

b. Benjolan/ Massa : **Ada Benjolan/ Tidak (Jika ada, uraikan tentang bentuk dan lokasinya)**

c. Spider nervi : **Ada/ Tidak Ada**

Auskultasi

a. Bising Usus

1) Frekuensi per menit : **12x/menit**

2) Kualitas : **Adekuat/ Inadekuat**

Palpasi

- a. Nyeri : *Ada/ Tidak Ada*
- b. Benjolan : *Ada/ Tidak Ada*
- c. Turgor Kulit : *<2 detik*
- d. Palpasi Hepar :
 - 1) Hasil : *Teraba/ Tidak Teraba (jika teraba, uraikan ukuran, karakteristik permukaan dan pinggir hepar, konsistensi, adakah nyeri tekan)*
 - Kesimpulan : *Hepatomegali/ Tidak*
- e. Palpasi Lien:
 - 1) Hasil : *Teraba/ Tidak Teraba (jika teraba, uraikan ukuran menurut garis Schuffner)*
 - 2) Kesimpulan : *Splenomegali/ Tidak*
- f. Palpasi Acites
 - 1) Hasil : *Ada/ Tidak Ada*
- g. Palpasi Ginjal
 - 1) Hasil : *Teraba/ Tidak Teraba (jika teraba, uraikan karakteristiknya)*
 - 2) Kesimpulan : *Pembesaran Ginjal/ Tidak*

Perkusi

- a. Bunyi Perkusi : *Timpani/ Hipertimpani/ Dullness/ Pekak*
- b. Perkusi Acites : *Ada (Shifting Dullness)/ Tidak Ada Acites*
- c. Perkusi ginjal : *nyeri/tidak*

Data Tambahan : Tidak ada

13. Pemeriksaan Kelamin dan

Sekitar Klien Laki-Laki

Inspeksi

- a. Distribusi rambut Pubis : *Merata/ Tidak Merata*
- b. Hygiene Mons Pubis : *Bersih/ Kotor*
- c. Kulit Penis dan Skrotum, : *(Ada Lecet/ Tidak), (Ada Pembengkakan/ Tidak, Ada), (Benjolan/ Tidak), (phimosis/ tidak), (paraphimosis/ tidak)*
- d. Meatus Urethra : *(berlubang/ Tidak), (Ada Sekresi Cairan/ Tidak)*

(hipospadia/epispadia/norma), (jika ada, sebutkan jenisn)

Palpasi

- a. Penis : (Ada Benjolan/ **Tidak**)
- b. Skrotum : **Ada Benjolan/ Tidak**
- c. Testis : nyeri/ **Tidak**,
- d. Jumlah testis : **1 atau 2**
- e. Prostat : **ada pembengkakan prostat / Nyeri/ tidak nyeri**
- f. Inguinalis : **Ada benjolan/ Tidak**
- g. Denyut Femoralis : **Teraba/ Tidak**
- h. Pasien terpasang kateter**

Klien

Perempuan

Inspeksi

- a. Distribusi rambut Pubis : *Merata/ Tidak Merata*
- b. Hygiene Pubis : *Bersih/ Kotor*
- c. Kulit Sekitar Pubis : *(Ada Lesi/ Tidak), (Ada Erithema/ Tidak), (Ada Fluor Albus/ Tidak), (Ada Bisul/ Tidak)*
- d. Labia Mayora dan Minora : *Ada Lecet/ Tidak, Ada Peradangan/ Tidak*
- e. Klitoris : *Ada Lesi/ Tidak*
- f. Meatus Urethra : *berlubang/ Tidak, Ada Sekresi Cairan/ Tidak*
- g. Rabas vagina : *ada/tidak*

Palpasi

- a. Daerah Inguinal : *Ada Benjolan/ Tidak*
- b. Denyut Femoralis : *Teraba/ Tidak Teraba*

14. Pemeriksaan

Anus Inspeksi

- a. Lubang Anus : **Ada/ Tidak Ada**
- b. Perdarahan : **Ada/ Tidak**
- c. Haemorhoid : **Ada/ Tidak**
- d. Tumor : **Ada/ Tidak**
- e. Polip : **Ada/ Tidak**
- f. Fissura Ani : **Ada/ Tidak**

- g. Fistel : *Ada/ Tidak*
- h. Perineum : *Ada Jahitan/ Tidak, Ada Luka/ Tidak, Ada Benjolan/ Tidak, Ada Pembengkakan/ Tidak*

Palpasi

- a. Nyeri Tekan : *Ada/ Tidak*
- b. Kontraksi Sfingter : *Adekuat/ Inadekuat*
- c. Rectal touche : *BPH/tidak*

15. Pemeriksaan

Muskuloskeletal Inspeksi

- a. Bentuk Vertebrae : *Normal/ Skoliosis/ Lordosis/ Kifosis/ Kifoskoliosis*
- b. Kesimetrisan Tulang : *Simetris/ Asimetris*
- c. Pergerakan Otot Tidak Disadari : *Ada/ tidak*
- d. ROM : *Aktif/ pasif*
- e. Simetrisitas Otot : *(Bandingkan kanan dan kiri, tuliskan hasilnya)*
.....

Palpasi

- a. Edema Ekstremitas : *Ada/ Tidak (lokasi jika ada)*
- b. Kategori Edema (jika ada) : *(Tulis hasilnya)*
- c. Kekuatan Otot :

3	3
3	3

Data Tambahan :

.....

16. Pemeriksaan

Neurologi Tanda

Meningeal Sign

- a. Kaku Kuduk : **Negatif**
- b. Tanda Brudzinski I : **Negatif**
- c. Tanda Brudzinski II : **Negatif**
- d. Tanda Kernig : **Negatif**

Uji Syaraf Kranialis

- a. Nervus Olfactorius (I) : **Normal**
- b. Nervus Opticus (II) : **Normal**
- c. Nervus Oculomotorius (III) : **Normal**
- d. Nervus Trochlearis (IV) : **Normal**
- e. Nervus Trigeminus (V) : **Normal**
- f. Nervus Abducens (VI) : **Normal**
- g. Nervus Facialis (VII) : **Normal**
- h. Nervus Auditorius (VIII) : **Normal**
- i. Nervus Glossopharingeal (IX) : **Normal**
- j. Nervus Vagus (X) : **Normal**
- k. Nervus Accesorius (XI) : **Normal**
- l. Nervus Hypoglossal (XII) : **Normal**

Fungsi Motorik

Tidak ada kelainan motorik, ekstermitas kanan dan kiri, atas dan bawah simetris

Fungsi Sensorik

Tidak ada kelainan fungsi sensorik

Refleks Fisiologis

- Refleks Pectoralis : **Positif**
- Refleks Biceps ; **Positif**
- Refleks Triceps : **Positif**
- Refleks Brachialis : **Positif**
- Refleks Fleksor Jari : **Positif**
- Refleks Patella : **Positif**

Refleks Patologis

- Refleks Babinski : **Negatif**
- Refleks Chaddock : **Negatif**
- Refleks Schaeffer : **Negatif**

Refleks Oppenheim	: Negatif
Refleks Gordon	: Negatif
Refleks Bing	: Negatif
Refleks Gonda	: Negatif

D. PEMERIKSAAN PENUNJANG

1. Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan
Glukosa Puasa	391 mg/dL
FAAL HATI	
Albumin	2,4 g/dL
ELEKTORLIT	
Natrium	129,8 mmol/L
Kalium	3,52 mmol/L
Klorida	96,2 mmol/L

2. Foto Rongen/USG/ECG/dll

CT SCAN



Lesi hiperdens pada thalamus kanan di sertai perdarahan intraventrikular pada ventrikel lateral, Ventrikel III disertai ukuran ventrikel melebar.

E. PENATALAKSANAAN DAN TERAPI

No	Jenis Terapi	Dosis	Rute	Indikasi
1.	Infus D10 7 tpm	1500 mg	IV	1. digunakan pada pasien yang memiliki riwayat sirosis hati, gagal ginjal, kadar natrium yang rendah, kadar magnesium yang rendah, tes toleransi glukosa, kadar kalium rendah, tingkat kalsium yang rendah, dan kehilangan cairan dan kondisi lainnya
2.	Injeksi Dexa 1 ampul	2x1	IV	2. untuk mencegah pelepasan zat yang menyebabkan peradangan dalam tubuh
3.	Injeksi Ceftriaxone 2x1	2x1 mg	IV	3. Untuk mengobati infeksi yang terjadi akibat bakteri
4.	KCL 1 FL Drip PZ 500 cc habis dalam 24 jam	3x500 mg	IV	4. Untuk mengatasi atau mencegah hipokalemia (kekurangan kalium).
5.	Oksigen	3 LPM	Nasal	5. Untuk mendukung kebutuhan oksigen pada pasien yang dapat bernafas spontan tapi membutuhkan dukungan oksigen tambahan misalnya pada kondisi hipoksia ringan sampai sedang.
6.	Insulin	20 Unit	IM	6. Untuk mengontrol gula darah guna mencegah berbagai komplikasi akibat penyakit diabetes.

Jember, 05 Mei 2023

Pemeriksa,

(Rahmat Tulloh Amin)

ANALISA DATA

No	Data (Tanda & Gejala, Faktor Resiko)	Penyebab	Masalah
1	<p>Data Subjektif:</p> <p>Pasien post koma dari UGD, setelah pindah ke ruangan gardena pasien mengeluh pusing, mual dan muntah</p> <p>Data Objektif:</p> <p>TD : 160/90 mmHg S: 36 C Rr: 20x/menit Nadi: 87x/menit Riwayat penyakit dahulu HT dan DM Kejang +</p>	<p style="text-align: center;">CVA ↓ Aliran darah ke otak menurun ↓ Gangguan Metabolisme ↓ Asam laktat meningkat ↓ Perfusi Jaringan serebral tidak efektif</p>	<p>Perfusi serebral tidak efektif (D.0017)</p>

<p>2.</p>	<p>Data Subjektif: Pasien post koma dari UGD, setelah pindah ke ruangan gardena pasien mengeluh pusing, mual dan muntah</p> <p>DO: Kadar gula darah puasa 391 TD : 160/90 mmHg S: 36 C Rr: 20x/menit Nadi: 87x/menit Riwayat penyakit dahulu HT dan DM</p>	<p>Faktor Resiko ↓ Sel B pankreas terganggu ↓ Produksi insulin menurun ↓ Hiperglikemi ↓ Ketidakstabilan glukosa darah</p>	<p>Ketidakstabilan glukosa darah (D.0027)</p>
-----------	--	---	---

<p>3.</p>	<p>Data Subjektif: Pasien post koma dari UGD, setelah pindah ke ruangan gardena pasien mengeluh pusing, mual dan muntah</p> <p>DO: Kadar gula darah puasa 391 TD : 160/90 mmHg S: 36 C Rr: 20x/menit Nadi: 87x/menit</p> <p>Riwayat penyakit dahulu HT dan DM</p> <p>Terdapa luka decubitus dengan derajat 2, Terdapat erosi kulit, lepuh, hilangnya sebagian epidermis, dermis, dan kehilangan kulit dengan lebar 3x2 cm</p>	<p style="text-align: center;">CVA ↓ Hambatan mobilitas fisik ↓ Tirah baring lama ↓ Ulkus dekubitus ↓ Gangguan Integritas kulit dan Jaringan</p>	<p>Gangguan Integritas kulit dan Jaringan (D.0129)</p>
-----------	--	--	--

DIAGNOSA KEPERAWATAN

No	DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN
1	Perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan pasien tidak sadarkan diri dan kejang Kode : D.0017
2	Ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia ditandai dengan GDP pasien 391 mg/dL Kode : D. 0027
3	Gangguan Integritas kulit dan Jaringan berhubungan dengan luka ulkus decubitus dengan drajat 2. Kode : D. 0129

INTERVENSI KEPERAWATAN

Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI								
<p>Perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan pasien tidak sadarkan diri Kode : D.0017</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5x24 jam masalah risiko perfusi serebral tidak efektif bisa teratasi.</p> <p>Perfusi Serebral (L.02014)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Indikator</th> <th style="width: 50px;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tingkat kesadaran</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>Tekanan intracranial</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>Nilai rata-rata tekanan darah</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <p>1: Menurun/meningkat/memburuk 2: Cukup menurun/cukup meningkat/cukup memburuk 3: Sedang 4: Cukup meningkat/cukup menurun/cukup membaik 5: Meningkatkan/menurun/membaik</p>	Indikator		Tingkat kesadaran	5	Tekanan intracranial	5	Nilai rata-rata tekanan darah	5	<p>Manajemen Tekanan (I.06198) Peningkatan Intrakranial</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun). <p>T:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 2. Cegah terjadinya kejang <p>K:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemeriksaan CT scan kepala
Indikator										
Tingkat kesadaran	5									
Tekanan intracranial	5									
Nilai rata-rata tekanan darah	5									

Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI										
<p>Gangguan Integritas kulit dan Jaringan berhubungan dengan luka ulkus decubitus dengan drajat 2. Kode : D. 0129</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5x24 jam masalah Gangguan Integritas kulit dan Jaringan bisa teratasi dengan kriteria hasil: Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125)</p> <table border="1" data-bbox="752 491 1413 710"> <thead> <tr> <th data-bbox="752 491 1279 531">Indikator</th> <th data-bbox="1283 491 1413 531">ST</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="752 534 1279 574">Kerusakan jaringan</td> <td data-bbox="1283 534 1413 574">5</td> </tr> <tr> <td data-bbox="752 577 1279 617">Kerusakan lapisan kulit</td> <td data-bbox="1283 577 1413 617">5</td> </tr> <tr> <td data-bbox="752 620 1279 660">Kemerahan</td> <td data-bbox="1283 620 1413 660">5</td> </tr> <tr> <td data-bbox="752 663 1279 703">Jaringan Parut</td> <td data-bbox="1283 663 1413 703">5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <ol data-bbox="891 751 1176 930" style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	Indikator	ST	Kerusakan jaringan	5	Kerusakan lapisan kulit	5	Kemerahan	5	Jaringan Parut	5	<p>Perawatan Integritas Kulit L.11353</p> <p>O:</p> <ol data-bbox="1509 459 1957 528" style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit. <p>T:</p> <ol data-bbox="1509 603 1957 708" style="list-style-type: none"> 2. Ubah posisi tiap 30 menit 3. Bersihkan area luka tiap 2 hari sekali <p>E:</p> <ol data-bbox="1509 794 1957 1043" style="list-style-type: none"> 4. Anjurkan minum air yang cukup 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6. Ajarkan keluarga untuk memberikan posisi miki miki tiap 30 menit sekali <p>K:</p> <ol data-bbox="1509 1086 1957 1118" style="list-style-type: none"> 7. Kolaborasi dukungan keluarga
Indikator	ST											
Kerusakan jaringan	5											
Kerusakan lapisan kulit	5											
Kemerahan	5											
Jaringan Parut	5											

Diagnosa Keperawatn	SLKI	SIKI								
<p>Ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia ditandai dengan GDP pasien 391 Kode : D. 0027</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5x24 jam masalah Kestabilan kadar glukosa darah bisa teratasi dengan kriteria hasil: Kestabilan Glukosa Darah (L.05022)</p> <table border="1" data-bbox="752 504 1391 683"> <thead> <tr> <th data-bbox="752 504 1261 547">Indikator</th> <th data-bbox="1261 504 1391 547">ST</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="752 547 1261 592">Kesadaran</td> <td data-bbox="1261 547 1391 592">5</td> </tr> <tr> <td data-bbox="752 592 1261 636">Pusing</td> <td data-bbox="1261 592 1391 636">5</td> </tr> <tr> <td data-bbox="752 636 1261 683">Kadar glukosa dalam darah</td> <td data-bbox="1261 636 1391 683">5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	Indikator	ST	Kesadaran	5	Pusing	5	Kadar glukosa dalam darah	5	<p>Manajemen Hiperglikemia I.03115</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Monitor glukosa darah 3. Monitor intake dan output cairan <p>T:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan asupan cairan oral <p>E:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 2. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga <p>K:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian insulin' 2. Kolaborasi pemberian cairan intravena
Indikator	ST									
Kesadaran	5									
Pusing	5									
Kadar glukosa dalam darah	5									

	DIAGNOSA KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI		EVALUASI				TTD Perawat												
	Resiko Perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan pasien tidak sadarkan diri Kode : D.0017	05/05/2023 08.00 08.10 08.15 08.17	<ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi skala luka decubitus dalam drajat 2. Respon: pasien cukup kooperatif saat dilakukan pengkajian Mengajarkan posisi miring kanan-kiri Respon: pasien cukup kooperatif saat di ajarkan posisi miring kanan-kiri Memantau tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun Respon: pasien mampu menjawab bahwa pasien mengalami pusing. TD pasien 160/90 mmHg Mencegah terjadinya kejang Berkolaborasi dengan tim medis lainnya pemeriksaan CT scan Kepala 	<p>S: pasien mengatakan pusing</p> <p>O: Nafas spontan, ku lemah, Mual +, Muntah +, Nyeri +, GCS 456 TD: 160/90 mmHg N: 99x/menit</p> <p>A:</p> <table border="1" data-bbox="1285 719 1933 836"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>SA</th> <th>ST</th> <th>SC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tingkat kesadaran</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Nilai rata-rata tekanan darah</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>				Indikator	SA	ST	SC	Tingkat kesadaran	2	5	4	Nilai rata-rata tekanan darah	2	5	4	
Indikator	SA	ST	SC																	
Tingkat kesadaran	2	5	4																	
Nilai rata-rata tekanan darah	2	5	4																	

<p>Ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia ditandai dengan GDP pasien 391 Kode : D. 0027</p>	<p>06/05/2023 09.20 09.25 09.30 09.35 09.40</p>	<p>1. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia Respon: pasien datang dengan tidak sadakan diri</p> <p>2. Monitor glukosa darah Respon: GDS terakhir pasien HIGH</p> <p>3. Monitor intake dan output cairan</p> <p>4. Berikan asupan cairan oral</p> <p>5. Menganjurkan pasien memonitor kadar glukosa darah secara mandiri Respon: pasien mengatakan sebelum dirujuk ke RS pasien biasanya rutin melakukan cek kadar glukosa darah ke praktik mandiri perawat</p> <p>6. Kolaborasi pemberian cairan Respon: pemberian KCL 1 FL Drip PZ 500 cc habis dalam 24 jam</p>	<p>S: pasien mengatakan pusing berkurang</p> <p>O: Nafas spontan, ku lemah, Mual +, Muntah -, Nyeri +, GCS 456 GDP: 281 mg/dL TD: 190/90 mmHg N: 99x/menit RR: 20x/menit SPO 97% A:</p> <table border="1" data-bbox="1279 675 1912 914"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>S</th> <th>A</th> <th>R</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kesadaran</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pusing</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kadar glukosa dalam darah</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: lanjutkan Intervensi</p>	Indikator	S	A	R	T	Kesadaran	2				Pusing	2				Kadar glukosa dalam darah	2				
Indikator	S	A	R	T																				
Kesadaran	2																							
Pusing	2																							
Kadar glukosa dalam darah	2																							
<p>Gangguan Integritas kulit dan Jaringan berhubungan</p>	<p>05/05/2023 08.00</p>	<p>1. Mengidentifikasi skala luka decubitus dalam drajat 2. Respon: pasien cukup kooperatif saat dilakukan pengkajian</p>	<p>S: Terdapat luka decubitus drajat 2</p> <p>O: Nafas spontan, ku lemah, Mual+, Muntah+, kerusakan integritas kulit +, erosi kulit +, lepuh +, kemerahan+, sebagian dermis dan dermis hilang,</p>																					

	<p>dengan luka ulkus decubitus dengan drajat 2. Kode: D.0129</p>	<p>08.10 08.15 08.17</p>	<p>2. Memberikan posisi miring kanan-kiri setiap 30 menit Respon: pasien cukup tegang saat di ajarkan posisi miring kanan-kiri</p> <p>3. Melakukan edukasi kepada keluarga mengenai manfaat mika miki Respon: keluarga pasien cukup memahami saat menerima edukasi</p> <p>4. Memberikan injeksi ceftriaksone 2x1 Respon: pasien cukup kooperatif saat di lakukan injeksi</p>	<p>lebar luka 3x2 cm GCS 456 TD: 160/90 mmHg N: 99x/menit A:</p> <table border="1" data-bbox="1285 411 1930 643"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>SA</th> <th>S T</th> <th>SC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kerusakan jaringan</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kerusakan lapisan kulit</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Jaringan parut</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi</p>	Indikator	SA	S T	SC	Kerusakan jaringan	2	5	2	Kerusakan lapisan kulit	2	5	2	Kemerahan	2	5	3	Jaringan parut	2	5	2	
Indikator	SA	S T	SC																						
Kerusakan jaringan	2	5	2																						
Kerusakan lapisan kulit	2	5	2																						
Kemerahan	2	5	3																						
Jaringan parut	2	5	2																						
	<p>Gangguan Integritas kulit dan Jaringan berhubungan dengan luka ulkus decubitus dengan drajat 2. Kode: D.0129</p>	<p>06/05/2023 08.00 08.10 08.15</p>	<p>1. Memberikan posisi miring kanan-kiri setiap 30 menit Respon: pasien cukup kooperatif dan lebih tenang saat di ajarkan posisi miring kanan-kiri</p> <p>2. Melakukan edukasi kepada keluarga mengenai cara melakukan posisi mika miki Respon: keluarga pasien cukup</p>	<p>S: Terdapat luka decubitus drajat 2</p> <p>O: Nafas spontan, ku lemah, Mual+, Muntah+, kerusakan integritas kulit +, erosi kulit +, lepuh +, kemerahan+, sebagian dermis dan dermis hilang, lebar luka 3x2 cm GCS 456 TD: 160/90 mmHg N: 99x/menit</p>																					

		08.17	<p>kooperatif saat menerima edukasi</p> <p>3. Melakukan kolaborasi perawatan luka ulkus decubitus Respon: pasien cukup kooperatif saat di lakukan rawat luka</p> <p>4. Memberikan injeksi ceftriaksone 2x1 Respon: pasien cukup kooperatif saat di lakukan injeksi</p>	<p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>SA</th> <th>S T</th> <th>SC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kerusakan jaringan</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kerusakan lapisan kulit</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Jaringan parut</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>	Indikator	SA	S T	SC	Kerusakan jaringan	2	5	2	Kerusakan lapisan kulit	2	5	2	Kemerahan	2	5	3	Jaringan parut	2	5	2	
Indikator	SA	S T	SC																						
Kerusakan jaringan	2	5	2																						
Kerusakan lapisan kulit	2	5	2																						
Kemerahan	2	5	3																						
Jaringan parut	2	5	2																						
	<p>Gangguan Integritas kulit dan Jaringan berhubungan dengan luka ulkus decubitus dengan drajat 2. Kode: D.0129</p>	<p>07/05/2023</p> <p>20.00</p> <p>20.10</p> <p>21.15</p> <p>22.17</p>	<p>1. Memberikan posisi miring kanan-kiri setiap 30 menit Respon: pasien sudah lebih tenang saat di ajarkan posisi miring kanan-kiri</p> <p>2. Mengajarkan kepada keluarga mengenai cara melakukan posisi miki miki setiap 30 menit Respon: keluarga pasien cukup kooperatif dan mau melakukan</p> <p>3. Memberikan injeksi</p>	<p>S: Terdapat luka decubitus drajat 2</p> <p>O: Nafas spontan, ku lemah, Mual+, Muntah - , kerusakan integritas kulit +, erosi kulit +, lepuh sudah berkurang +, kemerahan berkurang+, sebagian dermis dan dermis hilang, lebar luka 3x2 cm GCS 456 TD: 160/90 mmHg N: 99x/menit</p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>SA</th> <th>S T</th> <th>SC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kerusakan jaringan</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	SA	S T	SC	Kerusakan jaringan	2	5	3													
Indikator	SA	S T	SC																						
Kerusakan jaringan	2	5	3																						

			ceftriaksone 2x1 Respon: pasien cukup kooperatif saat di lakukan injeksi	<table border="1"> <tr> <td>Kerusakan lapisan kulit</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Jaringan parut</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </table> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>	Kerusakan lapisan kulit	2	5	2	Kemerahan	2	5	3	Jaringan parut	2	5	2								
Kerusakan lapisan kulit	2	5	2																					
Kemerahan	2	5	3																					
Jaringan parut	2	5	2																					
	Gangguan Integritas kulit dan Jaringan berhubungan dengan luka ulkus decubitus dengan drajat 2. Kode: D.0129	08/05/2023 14.00 16.10 19.15 20.17	1. Memantau cara keluarga memberikan posisi miring kanan-kiri setiap 30 menit Respon: pasien cukup kooperatif saat di ajarkan posisi miring kanan-kiri 2. Melakukan kolaborasi perawatan luka ulkus decubitus Respon: pasien cukup kooperatif saat di lakukan rawat luka 3. Memberikan injeksi ceftriaksone 2x1 Respon: pasien cukup kooperatif saat di lakukan injeksi	S: Terdapat luka decubitus drajat 2 O: Nafas spontan, ku lemah, Mual-, Muntah-, kerusakan integritas kulit +, erosi kulit berkurang +, lepuh berkurang+, kemerahan berkurang+, sebagian dermis dan dermis hilang, lebar luka 3x2 cm GCS 456 TD: 150/80 mmHg N: 99x/menit A: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>SA</th> <th>S T</th> <th>SC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kerusakan jaringan</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Kerusakan lapisan kulit</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Jaringan parut</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>	Indikator	SA	S T	SC	Kerusakan jaringan	2	5	3	Kerusakan lapisan kulit	2	5	3	Kemerahan	2	5	4	Jaringan parut	2	5	3
Indikator	SA	S T	SC																					
Kerusakan jaringan	2	5	3																					
Kerusakan lapisan kulit	2	5	3																					
Kemerahan	2	5	4																					
Jaringan parut	2	5	3																					

	<p>Gangguan Integritas kulit dan Jaringan berhubungan dengan luka ulkus decubitus dengan drajat 1. Kode: D.0129</p>	<p>09/05/2023</p> <p>08.00</p> <p>08.10</p> <p>08.15</p> <p>08.17</p>	<p>1. Memantau cara keluarga memberikan posisi miring kanan-kiri setiap 30 menit Respon: pasien cukup kooperatif saat di ajarkan posisi miring kanan-kiri</p> <p>2. Memberikan injeksi ceftriaksone 2x1 Respon: pasien cukup kooperatif saat di lakukan injeksi</p>	<p>S: Terdapat luka decubitus drajat 1</p> <p>O: Nafas spontan, ku lemah, Mual-, Muntah-, kerusakan integritas kulit sebagian +, erosi kulit berkurang +, lepuh berkurang +, kemerahan berkurang+, sebagian dermis dan dermis hilang, lebar luka 2x2 cm GCS 456 TD: 150/80 mmHg N: 99x/menit A:</p> <table border="1" data-bbox="1285 635 1930 865"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>SA</th> <th>S T</th> <th>SC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kerusakan jaringan</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kerusakan lapisan kulit</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Jaringan parut</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Hentikan intervensi px lanjut rawat jalan</p>	Indikator	SA	S T	SC	Kerusakan jaringan	2	5	4	Kerusakan lapisan kulit	2	5	3	Kemerahan	2	5	4	Jaringan parut	2	5	3
Indikator	SA	S T	SC																					
Kerusakan jaringan	2	5	4																					
Kerusakan lapisan kulit	2	5	3																					
Kemerahan	2	5	4																					
Jaringan parut	2	5	3																					

BAB 4

PEMBAHASAN

4.1. Analisis Karakteristik Pasien

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap, dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu Arisandi, (2021). Pengkajian yang dilakukan sesuai dengan teori meliputi identitas pasien, keluhan utama, riwayat kesehatan pasien, pola aktivitas sehari-hari, data psikososial, data status mental pasien, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan penatalaksanaan terapi.

Salah satu fokus utama pengkajian pada pasien dengan *CVA*. Pengkajian pada kasus ini di dapatkan pasien merupakan seorang yang berjenis kelamin laki-laki, dengan berinsial nama Tn.S berusia 68 tahun, beragama islam, berpendidikan terakhir SD Pasien bekerja sebagai petani. Pada saat dilakukan pengkajian keluhan klien Pasien datang tidak sadarkan diri sejak 2 minggu yang lalu, terdapat luka di bagian punggung pasien, sempat kejang 2 kali, keluarga klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sejak 5 tahun yang lalu dan diabetes mellitus sejak 2 tahun. Pasien juga mengatakan sangat jarang mengukur gula darah sewaktu. Pasien juga mengaku adanya keluhan sering haus dan sering BAK malam

hari lebih dari 3 kali (tidak memperhatikan seberapa banyak kencing yang keluar).

4.2. Analisis Masalah Keperawatan

Gambaran masalah keperawatan utama yang muncul pada pasien Tn.S adalah Masalah keperawatan utama adalah Resiko Perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan pasien tidak sadarkan diri. Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan Pasien post koma dari UGD, setelah pindah ke ruangan gardena pasien mengeluh pusing, mual dan muntah.

Secara teori *CVA* dapat diartikan dengan sindrom klinis yang ditunjukkan oleh adanya onset mendadak defisit neurologis yang menetap setidaknya selama 24 jam, adanya keterlibatan fokal dari system saraf pusat dan mengakibatkan gangguan sirkulasi serebral Simom, (2019). Stroke juga bisa sebagai suatu kondisi klinis akut akibat adanya gangguan serebral, yang menetap lebih dari 24 jam Razmus et al., (2018). Jenis *CVA* dapat dibagi menjadi dua kelompok berdasarkan penyebabnya yaitu stroke hemoragik dan stroke iskemik. *CVA* perdarahan terjadi akibat perdarahan atau rusaknya pembuluh darah otak. Sedangkan stroke iskemik adalah akibat suplai darah ke otak terhambat atau terhenti. Stroke iskemik adalah tipe yang paling sering ditemukan, 85% dari seluruh kasus stroke. Sedangkan stroke perdarahan mencakup 15% dari seluruh kasus stroke Yustina, (2021). Pasien *CVA* yang mengalami deficit jangka panjang dapat berpengaruh terhadap fungsi mobilisasinya. Mobilisasi yang menurun bahkan bisa terjadi imobilisasi yang dialami pasien dapat menyebabkan pasien harus bedrest dalam waktu cukup lama. Bedrest yang lama memungkinkan terjadi penekanan daerah tertentu sehingga dapat terjadi iskemia jaringan sehingga akhirnya dapat menimbulkan ulkus dekubitus (Tarwoko, 2019).

4.3. Analisis Intervensi Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian berdasarkan data-data yang muncul, diangkat masalah keperawatan Resiko Perfusi serebral tidak efektif dengan intervensi utama Perfusi serebral. Asuhan keperawatan menggunakan acuan sesuai dengan standar keperawatan SLKI dan SIKI.

Secara teori Ulkus dekubitus memiliki efek negatif yang luar biasa pada pasien dapat berupa rasa nyeri yang berkepanjangan, septikemia, hilangnya pekerjaan atau aktifitas, perubahan harga diri, citra tubuh, cacat fungsional, perubahan kualitas hidup dan beban keuangan yang menuntut sumber daya dari sistem perawatan ulkus dekubitus Yustina, (2021). Perawatan pasien dengan ulkus dekubitus memerlukan sumberdaya perawat yang banyak, disiplin dan punya komitmen terhadap pencegahan ulkus dekubitus tersebut. Dimana selama ini hanya sebagian rumah sakit yang mempunyai pelayanan khusus pada pasien stroke baik stroke iskemia maupun stroke perdarahan atau unit stroke sendiri. Sehingga pelayanan perawatan pasien stroke masih bercampur dengan pelayanan penyakit yang lain. Dengan meningkatnya pasien stroke yang mengalami gangguan mobilisasi fisik dan keterbatasan jumlah perawat dalam unit perawatan tersebut, dapat menyebabkan kurang optimalnya perawatan pasien. Kurang optimalnya perawatan pasien stroke dengan gangguan mobilisasi fisik dapat meningkatkan kejadian ulkus dekubitus.

Ulkus dekubitus dapat muncul 3 hari sejak terpapanya kulit oleh tekanan, hal tersebut dipengaruhi oleh banyak factor diantaranya : penurunan mobilitas, aktivitas berkurang, menurunnya sensori persepsi sebagai faktor dimensi terhadap tekanan. Sedangkan dari dimensi toleransi jaringan terdiri dari faktor interinsik (rendahnya nutrisi, tekanan arteriolar yang rendah) dan faktor ekstrinsik (kelembaban yang tinggi, gesekan) Febrina, (2022). Mobilisasi dengan cara miring kanan dan miring

kiri merupakan sebuah tindakan keperawatan yang dapat mencegah timbulnya ulkus dekubitus. Tindakan mobilisasi yang dimaksud bukanlah hanya perubahan posisi menurut jangka waktu tertentu, akan tetapi perubahan posisi yang dimaksud adalah mobilisasi yang dapat memfasilitasi kecukupan aliran oksigen dan nutrisi pada jaringan kulit dan dibawah kulit Primalia et al., (2020). dengan tindakan keperawatan mobilisasi miring kanan dan miring kiri pada posisi 30 derajat memiliki tekanan yang paling minimal dibandingkan posisi kemiringan derajat yang lain. Tekanan yang minimal ini akan memperlambat terjadinya perkembangan ulkus dekubitus. Oleh karena itu peneliti akan menggunakan bantal khusus berupa bedridden patient turning device. Bedridden patient turning device ini adalah alat yang dapat membantu pasien mengubah posisi di tempat tidur, membalikkan badan dengan posisi yang diinginkan seperti posisi 30o, sehingga akan membantu meningkatkan aliran darah, menghindari atrofi otot, dan ulkus dekubitus (Febrina, 2022).

4.4. Analisis Implementasi Keperawatan

Setelah dilakukan implementasi selama 5x dalam 5 hari pada pasien Tn. S dengan menggunakan teknik Mika-Miki pasien terlihat kooperatif dengan kondisi luka ulkus dekubitus mulai membaik, dari awal derajat 2 ditandai dengan erosi kulit, lepuh, hilangnya sebagian epidermis, dermis, dan kehilangan kulit dengan lebar 3x2 cm, TD: 160/90 mmHg, N: 87X/mnt, R: 20x/mnt, S : 36,7 C, Spo2 : 97%. GDA : 391 mg/dL, mulai membaik dengan derajat 1 erosi kulit, lepuh, kemerahan, dan kehilangan kulit dengan lebar 2x2 cm, TD: 150/80 mmHg, N: 98X/mnt, R: 20x/mnt, S : 36,8 C, Spo2 : 96%. GDA : 281 mg/dL.

Secara teori Mobilisasi dengan cara miring kanan dan miring kiri merupakan sebuah tindakan keperawatan yang dapat mencegah timbulnya ulkus dekubitus. Tindakan mobilisasi yang dimaksud bukanlah hanya perubahan posisi menurut jangka waktu tertentu, akan tetapi perubahan posisi yang dimaksud adalah mobilisasi yang dapat memfasilitasi kecukupan aliran oksigen dan nutrisi pada jaringan kulit dan dibawah kulit Primalia et al., (2020). dengan tindakan keperawatan mobilisasi miring kanan dan miring kiri pada posisi 30 derajat memiliki tekanan yang paling minimal dibandingkan posisi kemiringan derajat yang lain. Tekanan yang minimal ini akan memperlambat terjadinya perkembangan ulkus dekubitus. Oleh karena itu peneliti akan menggunakan bantalan khusus berupa bedridden patient turning device. Bedridden patient turning device ini adalah alat yang dapat membantu pasien mengubah posisi di tempat tidur, membalikkan badan dengan posisi yang diinginkan seperti posisi 30o, sehingga akan membantu meningkatkan aliran darah, menghindari atrofi otot, dan ulkus dekubitus (Febrina, 2022).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Bythia Mayangsari dan Yenny di Rumah sakit PGI Cikini menggunakan Skala Braden digunakan untuk menilai risiko dekubitus sebelum dan sesudah dilakukan tindakan perubahan posisi. Hasil penelitian menunjukkan rerata usia responden 62.9 tahun, dan sebagian besar berjenis kelamin perempuan (70%). Rerata kejadian dekubitus sebelum dilakukan tindakan adalah 13.6 ± 1.43 , terkategori sedang dan setelah dilakukan tindakan rerata risiko dekubitus terkategori ringan, (15.10 ± 0.74). Hasil uji T menunjukkan nilai $p < 0.05$ pada rerata risiko terjadinya dekubitus setelah dilakukan tindakan perubahan posisi. Kesimpulan penelitian ini adalah, ada pengaruh yang signifikan tindakan perubahan posisi dalam mencegah terjadinya dekubitus.

4.5. Analisis Evaluasi Hasil Intervensi

Analisis Evaluasi Hasil Intervensi keperawatan 5x24 jam sebelum dan sesudah di lakukan penerapan posisi miring kanan kiri pada pasien *stroke* terhadap perkembangan luka decubitus di ruang gardena RSD dr.Soebandi Jember.

Tabel 4.4 Perkembangan luka decubitus

Tanggal	Hari ke 1 – Hari ke 5																				
<p>05/05/23</p>	<p>S: Terdapat luka decubitus drajat 2</p> <p>O: Nafas spontan, ku lemah, Mual+, Muntah+, kerusakan integritas kulit +, erosi kulit +, lepuh +, kemerahan+, sebagian dermis dan dermis hilang, lebar luka 3x2 cm GCS 456 TD: 160/90 mmHg N: 99x/menit</p> <p>A:</p> <table border="1" data-bbox="548 1056 1195 1283"> <thead> <tr> <th data-bbox="548 1056 943 1129">Indikator</th> <th data-bbox="943 1056 1019 1129">SA</th> <th data-bbox="1019 1056 1096 1129">S T</th> <th data-bbox="1096 1056 1195 1129">SC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="548 1129 943 1167">Kerusakan jaringan</td> <td data-bbox="943 1129 1019 1167">2</td> <td data-bbox="1019 1129 1096 1167">5</td> <td data-bbox="1096 1129 1195 1167">2</td> </tr> <tr> <td data-bbox="548 1167 943 1205">Kerusakan lapisan kulit</td> <td data-bbox="943 1167 1019 1205">2</td> <td data-bbox="1019 1167 1096 1205">5</td> <td data-bbox="1096 1167 1195 1205">2</td> </tr> <tr> <td data-bbox="548 1205 943 1243">Kemerahan</td> <td data-bbox="943 1205 1019 1243">2</td> <td data-bbox="1019 1205 1096 1243">5</td> <td data-bbox="1096 1205 1195 1243">3</td> </tr> <tr> <td data-bbox="548 1243 943 1283">Jaringan parut</td> <td data-bbox="943 1243 1019 1283">2</td> <td data-bbox="1019 1243 1096 1283">5</td> <td data-bbox="1096 1243 1195 1283">2</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>	Indikator	SA	S T	SC	Kerusakan jaringan	2	5	2	Kerusakan lapisan kulit	2	5	2	Kemerahan	2	5	3	Jaringan parut	2	5	2
Indikator	SA	S T	SC																		
Kerusakan jaringan	2	5	2																		
Kerusakan lapisan kulit	2	5	2																		
Kemerahan	2	5	3																		
Jaringan parut	2	5	2																		
<p>06/05/23</p>	<p>S: Terdapat luka decubitus drajat 2</p> <p>O: Nafas spontan, ku lemah, Mual+, Muntah+, kerusakan integritas kulit +, erosi kulit +, lepuh +, kemerahan+, sebagian dermis dan dermis hilang, lebar luka 3x2 cm GCS 456 TD: 160/90 mmHg N: 99x/menit</p>																				

	<p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>SA</th> <th>S T</th> <th>SC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kerusakan jaringan</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kerusakan lapisan kulit</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Jaringan parut</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>	Indikator	SA	S T	SC	Kerusakan jaringan	2	5	2	Kerusakan lapisan kulit	2	5	2	Kemerahan	2	5	3	Jaringan parut	2	5	2
Indikator	SA	S T	SC																		
Kerusakan jaringan	2	5	2																		
Kerusakan lapisan kulit	2	5	2																		
Kemerahan	2	5	3																		
Jaringan parut	2	5	2																		
07/05/23	<p>S: Terdapat luka decubitus drajat 2</p> <p>O: Nafas spontan, ku lemah, Mual-, Muntah-, kerusakan integritas kulit +, erosi kulit berkurang +, lepuh berkurang+, kemerahan berkurang+, sebagian dermis dan dermis hilang, lebar luka 3x2 cm GCS 456 TD: 150/80 mmHg N: 99x/menit</p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>SA</th> <th>S T</th> <th>SC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kerusakan jaringan</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Kerusakan lapisan kulit</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Jaringan parut</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>	Indikator	SA	S T	SC	Kerusakan jaringan	2	5	3	Kerusakan lapisan kulit	2	5	3	Kemerahan	2	5	4	Jaringan parut	2	5	3
Indikator	SA	S T	SC																		
Kerusakan jaringan	2	5	3																		
Kerusakan lapisan kulit	2	5	3																		
Kemerahan	2	5	4																		
Jaringan parut	2	5	3																		
08/05/23	<p>S: Terdapat luka decubitus drajat 2</p> <p>O: Nafas spontan, ku lemah, Mual-, Muntah-, kerusakan integritas kulit +, erosi kulit berkurang +, lepuh berkurang+, kemerahan berkurang+, sebagian dermis dan dermis hilang, lebar luka 3x2 cm GCS 456 TD: 150/80 mmHg N: 99x/menit</p>																				

	<p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>SA</th> <th>S T</th> <th>SC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kerusakan jaringan</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Kerusakan lapisan kulit</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Jaringan parut</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>	Indikator	SA	S T	SC	Kerusakan jaringan	2	5	3	Kerusakan lapisan kulit	2	5	3	Kemerahan	2	5	4	Jaringan parut	2	5	3
Indikator	SA	S T	SC																		
Kerusakan jaringan	2	5	3																		
Kerusakan lapisan kulit	2	5	3																		
Kemerahan	2	5	4																		
Jaringan parut	2	5	3																		
<p>09/05/23</p>	<p>S: Terdapat luka decubitus drajat 1</p> <p>O: Nafas spontan, ku lemah, Mual-, Muntah-, kerusakan integritas kulit sebagian +, erosi kulit berkurang +, lepuh berkurang +, kemerahan berkurang+, sebagian dermis dan dermis hilang, lebar luka 2x2 cm</p> <p>GCS 456</p> <p>TD: 150/80 mmHg</p> <p>N: 99x/menit</p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>SA</th> <th>S T</th> <th>SC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kerusakan jaringan</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kerusakan lapisan kulit</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Jaringan parut</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Hentikan intervensi px lanjut rawat jalan</p>	Indikator	SA	S T	SC	Kerusakan jaringan	2	5	4	Kerusakan lapisan kulit	2	5	3	Kemerahan	2	5	4	Jaringan parut	2	5	3
Indikator	SA	S T	SC																		
Kerusakan jaringan	2	5	4																		
Kerusakan lapisan kulit	2	5	3																		
Kemerahan	2	5	4																		
Jaringan parut	2	5	3																		

Secara teori Ulkus dekubitus memiliki efek negatif yang luar biasa pada pasien dapat berupa rasa nyeri yang berkepanjangan, sepsis, hilangnya pekerjaan atau aktifitas, perubahan harga diri, citra tubuh, cacat fungsional, perubahan kualitas hidup dan beban keuangan yang menuntut sumber daya dari sistem perawatan ulkus dekubitus Yustina, (2021). Perubahan posisi merupakan faktor penting dalam pencegahan dekubitus, pendapat ahli secara tradisional menyarankan reposisi setiap 2 jam, sekarang rekomendasi ini semakin ditinggalkan oleh karena peningkatan standar kasur rumah sakit dan penggunaan matras khusus untuk dekubitus. Tetapi sampai saat ini belum ada kesepakatan tentang frekuensi optimal dalam perubahan posisi, karena kurangnya bukti untuk dapat dijadikan acuan praktek keperawatan (Chapman, 2017).

Perawatan pasien dengan ulkus dekubitus memerlukan sumberdaya perawat yang banyak, disiplin dan punya komitmen terhadap pencegahan ulkus dekubitus tersebut. Dimana selama ini hanya sebagian rumah sakit yang mempunyai pelayanan khusus pada pasien stroke baik stroke iskemia maupun stroke perdarahan atau unit stroke sendiri. Sehingga pelayanan perawatan pasien stroke masih bercampur dengan pelayanan penyakit yang lain. Dengan tindakan keperawatan mobilisasi miring kanan dan miring kiri pada posisi 30 derajat memiliki tekanan yang paling minimal dibandingkan posisi kemiringan derajat yang lain. Tekanan yang minimal ini akan memperlambat terjadinya perkembangan ulkus dekubitus. Oleh karena itu peneliti akan menggunakan bantalan khusus berupa bedridden patient turning device. Bedridden patient turning device ini adalah alat yang dapat membantu pasien mengubah posisi di tempat tidur, membalikkan badan dengan posisi yang diinginkan seperti posisi 30o, sehingga akan membantu meningkatkan aliran darah, menghindari atrofi otot, dan ulkus dekubitus (Febrina, 2022).

Menurut pendapat peneliti menyebutkan bahwa penanganan ulkus dekubitus dengan tindakan miring kanan kiri merupakan faktor penting dalam pencegahan dekubitus, pendapat ahli secara tradisional menyarankan reposisi setiap 2 jam, sekarang rekomendasi ini semakin ditinggalkan oleh karena peningkatan standar kasur rumah sakit dan penggunaan matras khusus untuk dekubitus. Tetapi sampai saat ini belum ada kesepakatan tentang frekuensi optimal dalam perubahan posisi, karena kurangnya bukti untuk dapat dijadikan acuan praktek keperawatan. Oleh karena itu pemberian aktivitas miring kanan kiri merupakan salah satu cara yang efektif dalam mengelola pasien ulkus dekubitus. Miring kanan kiri adalah suatu latihan atau gerakangerakan yang dilakukan oleh perawat dan keluarga pasien secara bergantian atau bersamaan sama untuk mengubah posisi pasien *CVA*. Maka peranan keluarga juga cukup penting dalam memberikan dukungan dan motivasi kepada klien tentang khususnya pasien ulkus dekubitus dalam mematuhi diet dan therapy karena semakin baik peran yang dimainkan oleh keluarga dalam penatalaksanaan rehabilitasi medik pada pasien maka semakin cepat pula proses penyembuhan pasien serta perubahan pola hidup menjadi lebih sehat untuk kedepannya bagi pasien dan keluarga.

BAB 5

KESIMPULAN

5.1. Kesimpulan

- a) Sebelum dilakukan implementasi selama 3x dalam 5 hari pada pasien Tn. S dengan menggunakan teknik Mika-Miki pasien terlihat gelisah dengan kondisi luka ulkus dekubitus derajat 2 TD: 160/90 mmHg, N: 87X/mnt, R: 20x/mnt, S : 36,9 C, Spo2 : 96%. GDA : 391 mg/dL
- b) Setelah dilakukan implementasi selama 3x dalam 5 hari pada pasien Tn. S dengan menggunakan teknik Mika-Miki pasien terlihat kooperatif dengan kondisi luka ulkus dekubitus mulai membaik, dari awal derajat 2 mulai membaik dengan derajat 1 TD: 150/80 mmHg, N: 98X/mnt, R: 20x/mnt, S : 36,8 C, Spo2 : 98%. GDA : 281 mg/dL
- c) Intervensi *Miring Kanan, Miring Kiri* efektif untuk menurunkan drajat luka decubitus pada pasien *Cva Trombotik*.

5.2. Saran

- a) Bagi Pasien

Tindakan keperawatan teknik *Miring Kanan, Miring Kiri* yang telah diberikan perawat dapat dijadikan pedoman dalam penatalaksanaan dengan masalah keperawatan menurunkan drajat luka *ulkus dekubitus*.

- b) Bagi Perawat

Pengkajian pada pasien dilakukan secara *head to-toe* dan selalu berfokus pada keluhan pasien saat pengkajian (*here ang now*). Sehingga ditemukan titik masalah dan dapat diterapkan tindakan mandiri perawat dalam. Terapi *Miring Kanan, Miring Kiri* berpengaruh pada penurunan drajat luka ulkus decubitus pada penderita *Cva Trombotik*.

c) Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat memperbanyak fasilitas dalam proses pendidikan dan melengkapi perpustakaan dengan buku-buku keperawatan, khususnya buku tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar aman & nyaman (nyeri akut).

DAFTAR PUSTAKA

- Ariyani, Lina Dwi, and Ari Pebru Nurlaily. 2023. "PENERAPAN ALIH BARING UNTUK MENCEGAH TERJADINYA DEKUBITUS PADA PASIEN BEDREST Lina." 10. https://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/4876/1/NASKAH_PUBLIKASI_NERS_16_LINA_DWI_ARIYANI_SN221090.pdf.
- Herly, Hasraf N, Sapti Ayubbana, and Senja Atika Sari Hs. 2021. "Pengaruh Posisi Miring Untuk Mengurangi Resiko Dekubitus Pada Pasien Stroke." *Jurnal Cendikia Muda* 1(September): 293–98.
- Hui, Channing, Prasanna Tadi, and Laryssa Patti. 2022. "Ischemic Stroke." *StatPearls*: 1–14.
- Krisnawati, Dwi, Noor Faidah, and Nila Putri Purwandari. 2022. "Pengaruh Perubahan Posisi Terhadap Kejadian Decubitus Pada Pasien Tirah Baring Lama Di Ruang Irin Rumah Sakit Mardi Rahayu Kudus." *The Shine Cahaya Dunia D-III Keperawatan* 7(1): 15–26. <https://ejournal.annurpurwodadi.ac.id/index.php/TSCD3Kep/article/view/332>.
- Manan, Abdul, R. Khairiyatul Afiyah, and Abdul Muhith. 2024. "Pengaruh Mobilisasi Miring Kanan Dan Kiri Dengan Menggunakan Bedridden Patient Turning Device Terhadap Ulkus Dekubitus Pada Pasien Stroke." *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal: Januari 2024* 14(1): 137–46.
- Mayangsari, Bythia. 2020. "Pengaruh Perubahan Posisi Terhadap Risiko Terjadinya Dekubitus Di Rumah Sakit PGI Cikini." *Jurnal Keperawatan Cikini* 1(2): 35–41. <https://jurnal.akperrscikini.ac.id/index.php/JKC>.
- Prabowo, A, and A Rahmanti. 2019. "... Pengaruh Posisi Lateral Inklin 300 Terhadap Pencegahan Dekubitus Pada Pasien Stroke Di Ruang Cempaka

Rs Pantiwilasa Citarum” *Jurnal ...* 4(1): 1–6.
<https://jurnal.stikeskesdam4dip.ac.id/index.php/SISTHANA/article/view/4539>
<https://jurnal.stikeskesdam4dip.ac.id/index.php/SISTHANA/article/download/45/39>.

Rachmawati, Dewi, Etika Ma’rifatul Ulum, and Tri Cahyo Sepdianto. 2019. “Pencegahan Dekubitus Pasien Stroke Hemorrhagic Setelah 24 Jam Serangan Di Stroke Center Rsud Ngudi Waluyo Wlingi.” *Dunia Keperawatan* 7(2): 118.

Setiawan, I, D Susyanti, and M Y Pratama. 2023. “Penerapan Posisi Miring Kanan Dan Miring Kiri (Ambulasi) Terhadap Pencegahan Dekubitus Pada Pasien Stroke Hemoragik.” *SCRIPTA SCORE Scientific ...* 4(2): 78–82.
<https://talenta.usu.ac.id/scripta/article/view/10511>.

Lampiran 1 SOP Miring Kanan Kiri

 <p style="text-align: center;">PSIK Universitas dr. Soebandi Jember</p>	PEMBERIAN MOBILISASI (SIMS) MIRING KANAN / MIRING KIRI		
PROSEDUR TETAP	NO DOKUMEN:	NO REVISI:	HALAMAN:
	TANGGAL TERBIT	DITETAPKAN OLEH:	
PENGERTIAN	Mobilisasi dengan posisi sims adalah teknik pemberian posisi dengan memiringkan tubuh ke kanan atau ke kiri dengan posisi tubuh masih tetap berbaring.		

TUJUAN	<ul style="list-style-type: none"> a. Mencegah rasa tidak nyaman pada otot b. Mempertahankan tonus otot. c. Mencegah terjadinya komplikasi immobilisasi, seperti ulkus decubitus, kerusakan saraf superficial, kerusakan pembuluh darah dan kontraktur. d. Untuk memudahkan tindakan pemberian enema. e. Memudahkan perawatan dan pemeriksaan pada area perineal.
INDIKASI	<ul style="list-style-type: none"> a. Klien dengan paralisis atau kelemahan. b. Klien yang mengalami penurunan kesadaran. c. Klien yang akan diberikan obat melalui anus. d. Klien yang akan dilakukan pemeriksaan rectal atau anus. e. Klien yang akan dilakukan tindakan huknah.
KONTRAINDIKASI	<ul style="list-style-type: none"> a. Klien dengan cedera cervikal b. Klien dengan fraktur ekstremitas atas atau fraktur clavikula
PERSIAPAN KLIEN	<ul style="list-style-type: none"> a. Berikan salam, perkenalkan diri anda, dan tanyakan kondisi klien. b. Jelaskan tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan, berikan kesempatan kepada klien untuk bertanya dan jawab seluruh pertanyaan klien. c. Menjelaskan langkah-langkah tindakan.
PERSIAPAN ALAT	<ul style="list-style-type: none"> a. Bantal atau guling seperlunya b. Handuk atau bantal pasir
CARA KERJA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beri tahu bahwa tindakan akan segera dimulai. 2. Cek alat-alat yang akan digunakan 3. Dekatkan alat-alat disisi klien. 4. Cuci tangan 5. Buatlah posisi tempat tidur yang memudahkan untuk bekerja (sesuai dengan tinggi perawat). 6. Pindahkan klien ke posisi tempat tidur dengan arah yang berlawanan dengan posisi yang diinginkan. 7. Klien dalam keadaan berbaring, kemudian miringkan ke kiri/kanan dengan posisi badan setengah telungkup dan kaki kiri lurus lutut, paha kanan ditekuk diarahkan ke dada. 8. Miringkan klien sampai posisi agak tengkurap.

	<ol style="list-style-type: none"> 9. Tempatkan bantal kecil di bawah kepala. 10. Letakkan tangan kiri diatas kepala dan tangan kanan diatas tempat tidur. 11. Letakkan bantal di ruang antara dada, abdomen, lengan atas dan tempat tidur. 12. Letakkan bantal di ruang antara abdomen, pelvis, paha atas dan tempat tidur. 13. Pastikan bahwa bahu dan pinggul berada pada bidang yang sama. 14. Letakkan gulungan handuk atau bantal pasir di bawah telapak kaki. 15. Kaji respon klien 16. Berikan reinforcement positif pada klien 17. Cuci tangan. 18. Observasi posisi dan pindahkan posisi klien pada sisi yang berlawanan tiap 2 jam.
HASIL	<ol style="list-style-type: none"> a. Subyektif <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien merasa lebih nyaman 2) Klien merasa badannya tidak kaku-kaku b. Obyektif <ol style="list-style-type: none"> a. pasien nampak mobilisasi miring kanan miring kiri tiap 2 jam. b. tidak nampak tanda decubitus. c. tonus otot baik, tidak ada kontraktur.
HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan agar tempat tidur yang digunakan dapat memberikan support yang baik bagi tubuh. 2. Pastikan bahwa alas tidur tetap rapi bersih dan kering. 3. Observasi keadaan pasien tiap 2 jam. 4. Jadwalkan perubahan posisi selama 24 jam (tiap 2 jam ganti posisi).

Lampiran 2. Dokumentasi





Lampiran 3. Curriculu Vite

CURRICULUM VITE



A. Bodata Peneliti

Nama

: Rahmat Tulloh Amin S.Kep

NIM : 22101040
Jenis Kelamin : Laki-laki
Tempat tanggal lahir : Lumajang, 19 November 2000
Kebangsaan : Indonesia
Status : Mahasiswa
Agama : Islam
Alamat : DSN Jatiarum
Desa Jatiarjo
Kecamatan Kunir
Kabupaten Lumajang
No. telpon : 082329631723
Email : kmart.klinik21@gmail.com

B. Riwayat Pendidikan

1. TK : TK Nurul Islam 2007-2009
2. SD : MI Nurul Islam 2009-2012
3. SMP : SMP Nurul Islam 2012-2015
4. SMA : SMN Negeri 1 kunir Lumajuang 2015-2018
5. Perguruan Tinggi : S1 Ilmu Keperawatan Universitas dr.Soebandi

C. Organisasi

1. Ketua Pencak Silat Tapak Suci (TS) Cabang Kunir Pemda 032 Lumajang (2016-2017)
2. Anggota Himpunan Mahasiswa Islam (HMI) Cabang Jember Komisarat Kesehatan (2019-Sekarang)
3. Pengurus Di Himpunan Mahasiswa Islam (HMI) Cabang Jember Komisarat Kesehatan (2020/2021)

4. Mentri Perdagangan Badan Eksekutif Mahasiswa (BEM) stikes
dr.Soebandi Jember (2019-2020)
5. Sekertaris Jendral Dewan Perwakilan Mahasiswa (SEKJEN DPM) Stikes
dr.Soebandi Jember (2020-2021)