

**APLIKASI PENGGUNAAN MATRAS ANTI DEKUBITUS UNTUK  
MENGATASI KERUSAKAN INTEGRITAS KULIT PADA PASIEN  
STROKE**

Karya Tulis Ilmiah

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



Disusun Oleh :

Maylina Anugrahwati

NPM : 16.0601.0059

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG

2019

## HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah

### **APLIKASI PENGGUNAAN MATRAS ANTI DEKUBITUS UNTUK MENGATASI KERUSAKAN INTEGRITAS KULIT PADA STROKE**

Karya Tulis Ilmiah ini telah diperiksa dan disetujui oleh pembimbing, serta dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.

Magelang, 18 Juli 2019

Pembimbing I



Ns. Sodik Kamal., M.Sc

NIK. 108006063

Pembimbing II

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

Ns. Robiul Fitri Masithoh.,M.Kep

NIK. 118306083

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh :

Nama : Maylina Anugrahwati

NPM : 16.0601.0059

Program Studi : Program Studi Keperawatan (D3)

Judul KTI : Aplikasi Penggunaan Matras Anti Dekubitus Untuk Mengatasi Kerusakan Integritas Kulit Pada Stroke

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Tim Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya pada Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.

TIM PENGUJI :

Penguji Utama: Ns. Margono, M.Kep (.....)

Penguji : Ns. Sodiq Kamal, M.Sc (.....)

Pendamping I

Penguji : Ns. Robiul Fitri Masithoh, M.Kep (.....)

Pendamping II

Ditetapkan di : Magelang

Tanggal : 30 Juli 2019

Mengetahui

Dekan



Puguh Widiyanto, S.Kp., M.Kep

NIK. 947308063

## **KATA PENGANTAR**

Assalamu'alaikum wr.wb

Segala puji bagi Allah yang telah melimpahkan rahmat dan hidayahNya yang telah memberikan kemudahan sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan tepat waktu dengan judul “ APLIKASI PENGGUNAAN MATRAS ANTI DEKUBITUS UNTUK MENGATASI KERUSAKAN INTEGRITAS KULIT PADA PASIEN STROKE”. Penulis menyusun Karya Tulis Ilmiah ini sebagai syarat untuk mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang. Penulis dalam penyusunan ini menyadari perlunya bantuan dari beberapa pihak baik material maupun spiritual, sehingga laporan ini dapat diselesaikan tepat waktu.

Penulis pada kesempatan ini mengucapkan terimakasih kepada :

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

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

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

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

Wassalamualaikum wr.wb

Magelang 15 Juli 2019

Penulis

## DAFTAR ISI

|  |             |
|--|-------------|
| <b>HALAMAN JUDUL</b> .....             | <b>i</b>    |
| <b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....       | <b>ii</b>   |
| <b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....        | <b>iii</b>  |
| <b>KATA PENGANTAR</b> .....            | <b>iv</b>   |
| <b>DAFTAR ISI</b> .....                | <b>vi</b>   |
| <b>DAFTAR GAMBAR</b> .....             | <b>viii</b> |
| <b>DAFTAR TABEL</b> .....              | <b>ix</b>   |
| <b>BAB1 PENDAHULUAN</b> .....          | <b>1</b>    |
| 1.1 Latar Belakang.....                | 1           |
| 1.2 Tujuan Karya Tulis Ilmiah .....    | 3           |
| 1.3 Pengumpulan Data.....              | 4           |
| 1.4 Manfaat.....                       | 4           |
| <b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....    | <b>5</b>    |
| 2.1 Stroke.....                        | 5           |
| 2.2 Konsep Luka Dekubitus .....        | 11          |
| 2.3 Konsep Matras Anti Dekubitus ..... | 15          |
| 2.4 Konsep Asuhan Keperawatan.....     | 16          |
| 2.5 Pathway Stroke .....               | 25          |
| <b>BAB 3 LAPORAN KASUS</b> .....       | <b>26</b>   |
| 3.1 Pengkajian.....                    | 26          |
| 3.2 Analisa Data .....                 | 29          |
| 3.3 Diagnosa Keperawatan .....         | 29          |
| 3.4 Intervensi.....                    | 30          |
| 3.5 Implementasi (Tindakan) .....      | 31          |
| 3.6 Evaluasi .....                     | 32          |
| <b>BAB 4 PEMBAHASAN</b> .....          | <b>35</b>   |
| 4.1 Pengkajian.....                    | 35          |
| 4.2 Diagnosa Keperawatan .....         | 36          |
| 4.3 Intervensi.....                    | 37          |
| 4.4 Implementasi .....                 | 38          |
| 4.5 Evaluasi .....                     | 39          |

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| <b>BAB 5 PENUTUP</b> .....  | 41 |
| 5.1 Kesimpulan .....        | 41 |
| 5.2 Saran.....              | 42 |
| <b>DAFTAR PUSTAKA</b> ..... | 43 |

## DAFTAR GAMBAR

|  |    |
|--|----|
| Gambar 1. Bagian otak.....             | 5  |
| Gambar 2 Anatomi Fisiologi Kulit ..... | 11 |
| Gambar 3. Stadium dekubitus .....      | 14 |
| Gambar 4. Pathway Stroke.....          | 25 |
| Gambar 5. Luka.....                    | 39 |
| Gambar 6. Hasil .....                  | 40 |



## DAFTAR TABEL

|  |    |
|--|----|
| Tabel 1. Pengkajian Luka.....  | 18 |
| Tabel 2. Standar Operasional Pelaksanaan Penggunaan Matras Dekubitus ..... | 21 |

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1. Standar Operasional Prosedur Penggunaan Matras Anti Dekubitus

Lampiran 2. Dokumentasi

Lampiran 3 . Asuhan Keperawatan

Lampiran 4. Lembar Konsul Karya Tulis Ilmiah

Lampiran 5. Formulir Pengajuan Judul Karya Tulis Ilmiah

Lampiran 6. Surat Pernyataan

Lampiran 7. Undangan Ujian Karya Tulis Ilmiah

Lampiran 8. Formulir Bukti Penerimaan Naskah

Lampiran 9. Formulir Bukti ACC

Lampiran 10. Lembar Oponen

Lampiran 11. Formulir Pengajuan Ujian Karya Tulis Ilmiah

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Stroke adalah salah satu penyakit serebrovaskuler yang sering terjadi di Negara maju maupun berkembang salah satunya di Indonesia. Stroke menjadi masalah penyakit yang sangat penting di Indonesia dimana masalah stroke dapat berpengaruh dengan gangguan mobilitas fisik seseorang sehingga tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari (Fahra, 2017). Stroke dapat menyebabkan gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan syaraf yang mengakibatkan terhambatnya aliran darah ke otak yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di otak, penyempitan pembuluh darah dan adanya penyumbatan dalam pembuluh darah otak. Stroke dapat ditandai dengan hilangnya fungsi system syaraf pusat fokal atau global seperti kelemahan salah satu sisi tubuh, hemiparesis adalah salah satu dari disfungsi motorik yang terjadi secara cepat (mendadak) atau 24 jam lebih yang bisa mengakibatkan kecacatan bahkan kematian (Junaidi, 2011).

Stroke salah satu penyakit terbanyak ketiga setelah kanker dan jantung serta merupakan penyakit penyebab kecacatan tertinggi di dunia menurut AHA (*American Heart Assosiaction*) (Dinatai, 2013). Studi melaporkan bahwa dalam 20 tahun terakhir terlihat peningkatan beban stroke terjadi secara global. WHO mengestimasi peningkatan jumlah pasien stroke di beberapa Negara Eropa sebesar 1,1 juta pertahun pada tahun 2000 menjadi 1,5 juta pertahun pada tahun 2025. Indonesia menduduki peringkat tertinggi penderita stroke di Asia Tenggara, sehingga stroke menjadi masalah yang sangat penting dan mendesak. Berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan atau gejala prevelansi stroke di Indonesia Riset Kesehatan Dasar 2018 menjelaskan prevalensi Stroke tertinggi di Indonesia yaitu Kalimantan timur (10,9 per mil), dan Jawa Tengah (11 per mil). Sedangkan prevalensi stroke di Kota Magelang pada tahun 2012 sebesar 0,33% dengan jumlah kasus sebanyak 388 kasus (Dinkes, 2012).

Tanda terjadi serangan stroke adalah terjadinya *Transient Ischemic Attack* (TIA) yang serupa dengan angina pada serangan jantung. TIA adalah serangan defisit neurologik yang mendadak akibat iskemia otak fokal yang cenderung membaik dengan kecepatan dan tingkat penyembuhan bervariasi tetapi biasanya dalam 24 jam (Ramadhanis, 2009). Stroke ditandai dengan adanya kelemahan otot tubuh yang tidak dapat digerakan seperti kelumpuhan sebagian atau seluruh ekstremitas tubuh (Soebandi & Jember, 2017). Berbagai upaya dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya dekubitus, berdasarkan panduan praktik klinik yang dikeluarkan oleh *American Health of Care Plan Resources* (AHCPR), intervensi keperawatan yang digunakan untuk mencegah terjadinya dekubitus terdiri dari tiga kategori yaitu perawatan kulit dan penanganan dini meliputi mengkaji risiko klien terkena dekubitus, perbaikan keadaan umum penderita, pemeliharaan, perawatan kulit yang baik, pencegahan terjadinya luka dengan berbaring yang berubah-ubah. Intervensi kedua yaitu penggunaan berbagai papan, matras atau alas tempat tidur yang baik. Intervensi yang ketiga yaitu edukasi pada klien dan sistem pendukung (Widodo, 2017).

Salah satu komplikasi dari penderita stroke adalah terjadinya luka tekan atau dekubitus yang dikarenakan adanya imobilisasi. Dekubitus adalah kerusakan kulit yang diakibatkan oleh tekanan, pergeseran atau gesekan tulang yang menonjol atau kombinasi dari beberapa hal tersebut dan mengalami tirah baring lebih dari 48 jam yang mengalami keterbatasan aktivitas (Kurniawati, Masithoh, 2016). Faktor risiko seseorang terkena dekubitus adalah orang dengan stroke yang mengalami tirah baring dari data depkes RI (2009). Kejadian dekubitus di internasional sebesar (1,9-63%), kejadian dekubitus di ASEAN (Jepang, Korea, China) 2,1-18% (Aini & Purwaningsih, 2014). Prevalensi kejadian dekubitus pada pasien stroke berdasarkan penelitian yang dilakukan di Inggris pada tahun 2010 oleh Langhorne dan kawan-kawannya adalah 56 orang (21%) dari 265 orang mengalami dekubitus. Di Indonesia kejadian luka tekan atau dekubitus cukup tinggi yaitu 33,3%, dan sebesar 37,4% yang disebabkan oleh stroke (Kurniawati, Masithoh 2016).

Intervensi untuk mengurangi tekanan merupakan bagian penting untuk pencegahan terjadinya luka tekan atau dekubitus dengan permukaan pendukung (matras, prosedur, sistem tempat tidur). Kejadian dekubitus pada klien dengan imobilisasi dapat dicegah dengan cara-cara seperti perawatan kulit dan penanganan secara dini yang meliputi mengkaji risiko klien terkena dekubitus, perbaikan keadaan umum penderita, pemeliharaan, perawatan kulit yang baik, dan yang kedua yaitu meminimalisasi tekanan dengan matras atau alas tempat tidur yang baik (Susilowati, 2017). Dari penjelasan diatas penulis tertarik untuk melakukan aplikasi matras anti dekubitus pada pasien stroke untuk mengatasi kerusakan integritas kulit di wilayah Magelang, karna dengan penggunaan matras anti dekubitus menjadi alternatif yang efektif untuk mencegah dan mengurangi luka tekan atau dekubitus (McInnes, Cullum, 2015).

## **1.2 Tujuan Karya Tulis Ilmiah**

### **1.2.1 Tujuan Umum**

Mampu mengaplikasikan penanganan dan mencegah dekubitus dengan aplikasi matras anti dekubitus pada pasien stroke.

### **1.2.2 Tujuan Khusus**

1.2.1.1 Mampu mengidentifikasi pengkajian keperawatan secara tepat pada pasien stroke dengan dekubitus.

1.2.1.2 Mampu merumuskan diagnosa keperawatan terhadap kejadian stroke dengan dekubitus.

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

1.2.1.4 Mampu melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana asuhan keperawatan yang telah disusun pada kejadian dekubitus pada pasien stroke.

1.2.1.5 Mampu melakukan evaluasi tindakan keperawatan sesuai rencana asuhan keperawatan pada pasien stroke dengan dekubitus.

1.2.1.6 Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan yang telah dilakukan terhadap pasien stroke dengan dekubitus.

### **1.3 Pengumpulan Data**

Pengumpulan data adalah prosedur yang dilakukan untuk mendapatkan data yang diperlukan adapun cara pengumpulan data data menurut (Sugiyono, 2017).

#### 1.3.1 Observasi

Penulis melakukan pengumpulan data dengan cara pengamatan pasien secara langsung pada klien dengan mengamati mencegah dan merawat luka dekubitus.

#### 1.3.2 Wawancara

Penulis melakukan pengumpulan data dengan cara Tanya jawab langsung pada pasien dan keluarga dengan pertanyaan terbuka, seperti bagaimana cara keluarga merawat luka dekubitus pada klien.

#### 1.3.3 Dokumentasi

Penulis melakukan pendokumentasian data yang telah diperoleh dalam bentuk foto maupun data.

### **1.4 Manfaat**

#### 1.4.1 Profesi keperawatan

Hasil karya tulis ilmiah ini dapat menambah pengetahuan dan masukan dalam pengembangan ilmu keperawatan dimasa yang akan datang pada pencegahan dekubitus pasien stroke.

#### 1.4.2 Institusi Pendidikan

Dapat menambah referensi dalam memberikan asuhan keperawatan pada luka tekan pada pasien stroke.

#### 1.4.3 Klien dan Keluarga

Asuhan keperawatan diberikan untuk memberi manfaat bagi klien dalam penanganan dan pencegahan dekubitus.

#### 1.4.4 Masyarakat

Hasil penulisan ini dapat dijadikan sumber informasi dimasyarakat, sebagai penanganan luka dekubitus pada pasien stroke.

#### 1.4.5 Penulis

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

## **BAB 2**

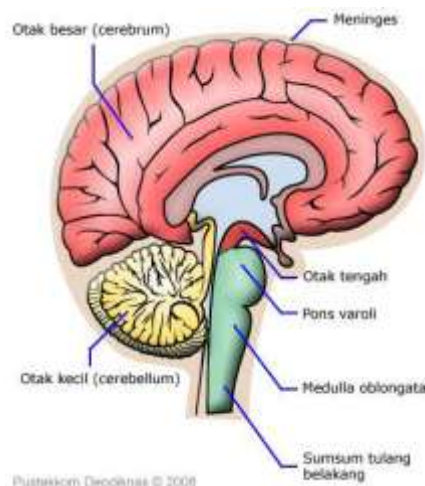
### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Stroke**

##### **2.1.1 Pengertian**

Stroke adalah sindrom klinis yang ditandai dengan berkembangnya defisit neurologis secara tiba-tiba terhadap peristiwa pembuluh darah (Ramadhanis, 2009). WHO mendefinisikan stroke adalah terputusnya aliran darah ke otak yang diakibatkan pecahnya darah ke otak, sehingga kebutuhan nutrisi dan oksigen ke otak menjadi berkurang (Nur & Sufian, 2016). Menurut WHO stroke merupakan tanda-tanda klinis yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal atau global karena adanya sumbatan atau pecahnya pembuluh darah di otak dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih (Arifianto, 2014). Dari beberapa pendapat diatas dapat disimpulkan stroke adalah sindrom klinis yang disebabkan karena terputusnya aliran darah ke otak, sehingga kebutuhan nutrisi dan oksigen ke otak menjadi berkurang dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih.

##### **2.1.2 Anatomi Fisiologi Otak**



Gambar 1. Bagian otak  
(Sumber : Suwardi, 2014)

Otak merupakan bagian tubuh yang sangat penting karena sebagai pusat pengatur segala kegiatan manusia. Otak terletak didalam rongga tengkorak. Otak manusia mencapai 2% dari berat tubuh atau sekitar 1400 gram , otak memerlukan 25% oksigen dan menerima 1,5% curah jantung.

Menurut (Syaifuddin 2012), otak terbagi menjadi beberapa bagian yaitu :

#### 2.1.2.1 Serebrum

Serebrum disebut juga otak besar yang mempunyai dua belahan yaitu hemisfer kiri dan hemisfer kanan yang dihubungkan oleh masa substansia alba yang disebut korpus kolosum. Fungsi serebrum adalah mengatur fungsi sensori dan motorik.

#### 2.1.2.2 Korteks Serebri

Korteks serebri adalah lapisan permukaan hemisfer yang tersusun dari substansi grisea. Korteks serebri disebut girus yang berlipat-lipat dan celah diantara dua lekuk disebut sulkus. Beberapa daerah tertentu dari korteks serebri mempunyai fungsi yang spesifik.

#### 2.1.2.3 Lobus Frontalis

Lobus frontalis terletak didepan serebrum , di lobusfrontalis terdapat area bronca yang berfungsi untuk mengontrol aktivitas bicara, area asosiasi berfungsi menerima informasi dari seluruh bagian otak dan menggabungkan beberapa informasi menjadi sebuah pikiran.

#### 2.1.2.4 Lobus Parietalis

Lobus Parietalis berfungsi untuk menerima rangsangan untuk mengetahui bagian tubuh dalam sensasi raba dan pendengaran.

#### 2.1.2.5 Lobus Oksipitalis

Lobus oksipitalis merupakan pusat asosiasi visual utama yang menerima informasi dari retina dan menginterpretasikan pengelihatannya dalam membedakan warna dan mengkoordinasi gerakan dan keseimbangan.

#### 2.1.2.6 Lobus Temporalis

Lobus temporalis berfungsi menginterpretasikan sensasi kecap, bau dan pendengaran serta menyimpan memori.



#### 2.1.2.7 Serebelum

Serebelum disebut juga otak kecil yang berfungsi mengkoordinasi penyesuaian secara tepat dan otomatis dengan menjaga keseimbangan tubuh. Serebelum merupakan pusat reflek yang mengkoordinasi dan memperhalus gerakan-gerakan otot.

#### 2.1.2.8 Batang Otak

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

### 2.1.3 Etiologi Stroke

#### 2.1.3.1 Faktor-faktor yang menyebabkan stroke

- a. Usia : semakin banyak usia seseorang maka semakin beresiko terkena stroke
- b. Keturunan : adanya riwayat keluarga yang terkena stroke
- c. Riwayat terserang stroke
- d. Jenis kelamin : pria lebih beresiko terserang stroke dibandingkan wanita

#### 2.1.3.2 Faktor yang dapat diubah

- a. Hipertensi
- c. Jantung
- d. Polisetamia
- e. Obesitas
- f. Perokok

### 2.1.4 Klasifikasi Stroke

Menurut Arfianto(2014) :

#### 2.1.4.1 Stroke Haemorrhagic

Stroke haemorrhagic adalah stroke yang disebabkan pecahnya pembuluh darah sehingga menghambat aliran darah ke otak. Menurut letaknya stroke haemorrhagic dibagi menjadi dua

- a. Perdarahan Intracerebral (PIS) adalah perdarahan yang terjadi didalam jaringan otak

- b. Perdarahan Subaraknoid (PSA) adalah perdarahan yang terjadi didalam selaput otak

#### 2.1.4.2 Stroke Non Haemoragic (stroke iskemik)

Stroke Non Haemoragic adalah stroke yang diakibatkan oleh penyumbatan didalam pembuluh darah arteri yang menuju ke otak. Stroke Non Haemoragic terbagi menjadi tiga

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

#### 2.1.5 Patofisiologi Stroke

Otak dapat terganggu ketika area otak kehilangan pasokan darah karena adanya oklusi pembuluh darah. Suplai darah ke otak dapat berubah pada gangguan fokal (thrombus emboli, perdarahan dan spasme vaskuler) atau oleh karena gangguan umum (Hypoksia karena gangguan paru dan jantung), Penyebabnya meliputi terjadinya oklusi vaskular atau penyumbatan pembuluh darah ( embolus atau trombus ), oklusi pembuluh yang bertahap (ateroma), dan oklusi parsial pembuluh pulmonalis. Emboli dan trombi otak yang sering mengalami oklusi, namun aterosklerosis dan hipertensi adalah proses dominan yang mendasari. Aterosklerosis cenderung sebagai faktor penting terhadap otak. Thrombus dapat berasal dari flak arteriosklerotik atau darah dapat beku pada area yang stenosis, dimana aliran darah akan terjadi turbulensi. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan oedema dan nekrosis diikuti thrombosis dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intra serebral yang sangat luas akan menyebabkan kematian dibandingkan dari keseluruhan penyakit cerebrovaskuler. Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang cerebral. Perubahan disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversibel (Huether, 2017).

Penyebab utama stroke haemoragic adalah hipertensi yang mengakibatkan ruptur pembuluh darah serebral yaitu pengembangan pembuluh darah otak yang semakin rapuh dan pecah. Jaringan otak yang terkena akan mengalami kecacatan, dan berpindah tempat, mengalami kecacatan, terkompresi, berpindah tempat dan mengalami iskemia, edema dan peningkatan intrakranial dan nekrosis. Selain itu stroke haemoragic juga disebabkan oleh tumor, gangguan koagulasi, dan trauma. Pembuluh darah yang pecah dapat menyebabkan perdarahan pada subaraknoid atau ventrikel otak, yang dapat menyebabkan hematoma serebral yang mengakibatkan peningkatan TIK. Adanya peningkatan TIK mengakibatkan penurunan kesadaran yang kemudian menimbulkan vasospasme arteri serebral, sehingga terjadi infark jaringan karena tidak bisa dialiri oleh darah. Akibatnya terjadi gangguan perfusi jaringan serebral yang menyebabkan defisit neurologi (Huether, 2017).

## **2.1.6 Komplikasi Stroke**

### **2.1.6.1 Pengertian**

Komplikasi stroke merupakan penyakit- penyakit yang mungkin muncul pada pasien stroke. Komplikasi stroke meliputi infeksi thorax, konstipasi, pneumonia, (*Urinary Tract Infection*), Depresi, Kejang, stroke berulang, jantung kongestif, luka tekan (Dekubitus).

2.1.6.2 Infeksi Thorax adalah peristiwa masuk dan penggandaan mikroorganisme pada penjamu rentan yang terjadi melalui kode transmisi kuman yang tertentu, cara transmisi mikroorganisme dapat terjadi melalui darah, udara baik droplet maupun airborne, dan dengan kontak langsung yang terjadi di thorax.

2.1.6.3 Pneumonia adalah peradangan parenkim paru yang disebabkan oleh mikroorganisme bakteri, virus, jamur, parasit.

2.1.6.4 Infeksi saluran kemih adalah infeksi yang terjadi di sepanjang saluran kemih, termasuk ginjal itu sendiri, akibat poliferasi suatu mikroorganisme. Sebagian besar infeksi saluran kemih disebabkan oleh bakteri, tetapi jamur dan virus juga dapat menjadi penyebabnya.

2.1.6.5 Konstipasi adalah perubahan dalam frekuensi dan konsistensi dibandingkan dengan pola defekasi individu yang bersangkutan, yaitu frekuensi defekasi kurang dari tiga kali per minggu dan konsistensi tinja lebih keras dari biasanya.

2.1.6.6 Depresi yang ditandai gejala-gejala seperti:

1. Kurang nafsu makan atau penurunan berat badan yang cukup berarti
2. Gangguan tidur
3. Agitasi atau sebaliknya melambatkan psikomotor (gerak).
4. Hilang minat atau rasa senang dalam semua kegiatan (yang biasa dikerjakannya) dan waktu senggang (hobi).
5. Berkurangnya energi, mudah lelah
6. Hilangnya semangat dan kegairahan hidup
7. Perasaan tak berguna, menyalahkan diri sendiri, atau perasaan bersalah berlebihan
8. Harga diri dan kepercayaan diri berkurang, rasa rendah diri.
9. Pandangan masa depan suram dan pesimistis
10. Keluhan atau tanda-tanda berkurangnya kemampuan berfikir atau konsentrasi, perlambat proses pikir atau tidak mampu
11. Iritabel, mudah tersinggung atau marah, Rasa sedih, murung, hancur luluh, putus asa, merasa

### **2.1.7 Pemeriksaan penunjang**

2.1.7.1 Pemeriksaan darah lengkap (LED)

2.1.7.2 Pemeriksaan ureum, elektrolit, glukosa dan lipid

2.1.7.3 Rontgen Thorax dan EKG

2.1.7.4 CT scan kepala MRI dan lumbal fungsi

### **2.1.8 Penatalaksanaan Stroke**

2.1.8.1 Mempertahankan saluran pernafasan dengan penghisapan lendir dan oksigenasi

2.1.8.2 Mengendalikan tekanan darah berdasarkan kondisi pasien

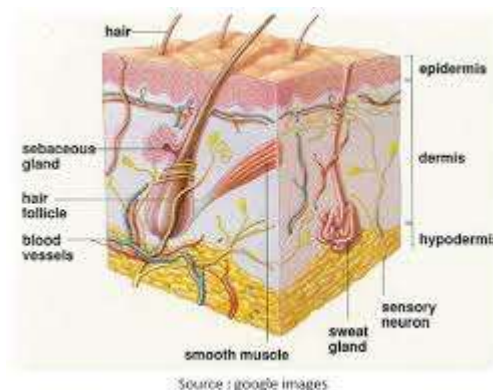
### 2.1.8.3 Menempatkan posisi yang tepat

## 2.2 Konsep Luka Dekubitus

### 2.2.1 Pengertian

Dekubitus adalah kerusakan kulit pada suatu area dan dasar jaringan yang disebabkan oleh tekanan tulang menonjol, sebagai akibat dari tekanan, pergeseran, gesekan lokal atau kombinasi dari beberapa hal tersebut (EPUAP,2014). Ulkus dekubitus adalah suatu cedera lokal yang terjadi pada kulit yang disebut juga luka tekan atau dekbitus (Shi, Dumville, & Cullum, 2018). Dekubitus adalah suatu area yang mengalami nekrosis dan iasanya terjadi pada permukaan tulang yang menonjol, sebagai akibat dari tekanan dalam jangka waktu yang lama yang menyebabkan peningkatan tekanan kapiler (Rustina, 2015). Luka tekan merupakan masalah yang sangat serius terutama bagi pasien yang menjalaniperawatanlama lebihdari 48 jam dengan keterbatasan aktifitas (Kurniawati, Masithoh, 2016). Dekubitus adalah salah satu bahaya terbesar pada tirah baring. Dalam sehari-hari masyarakat menyebutkan sebagai akibat tidur. Ulkus dekubitus bisa terjadi dengan cepat (Aini & Purwaningsih, 2014).

### 2.2.2 Anatomi Fisiologi



Gambar2 Anatomi Fisiologi Kulit  
(Sumber : Suwardi, 2014)

Kulit merupakan organ yang penting tubuh diantaranya adalah sebagai pertahanan dalam berbagai kondisi lingkungan, sebagai barier infeksi, mengontrol suhu (termoregulasi), sensasi, ekskresi, metabolisme. Fungsi proteksi kulit adalah melindungi dari kehilangan cairan elektrolit, trauma mekanik, ultraviolet, dan sebagai barier dari invasi mikroorganisme patogen.

#### 2.2.2.1 Epidermis

Epidermis adalah lapisan paling luar dan paling tipis dari kulit. Epidermis tidak memiliki pembuluh darah dan sistem persyarafan. Fungsi epidermis adalah sebagai sistem imun yang pertama dari tubuh manusia lapisan terluar dari kulit yang terbagi atas 5 stratum yaitu :

- a. Stratum korneum (lapisan tanduk) : lapisan kulit yang terdiri dari sel gepeng yang mati, tidak berinti, protoplasmanya berubah menjadi keratin (zat tanduk).
- b. Stratum ludisium : terletak dibawah lapisan korneum, lapisan gepeng tanpa inti, protoplasmanya berubah menjadi protein yang disebut eleidin. Lapisan ini lebih jelas tampak di telapak tangan dan kaki.
- c. Stratum germinativum atau disebut juga stratum basale adalah lapisan paling dalam dari epidermis yang berlokasi dekat dermis. Sel ini merupakan sel hidup berinti karena mendapatkan difusi oksigen dan nutrisi dari dermis.
- d. Stratum spinosum adalah lapisan setelah stratum germinativum dan memiliki inti sel keratinosit besar. Lapisan ini merupakan hasil pembelahan sel yang berkaitan dan melakukan migrasi sel ke arah atas.
- e. Stratum granulosum mengandung sel granular (granula lamelar) dan keratin. Pada lapisan ini, sel berinti mulai mati dan terus terdorong ke atas.

#### 2.2.2.2 Dermis

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

- a. Papilare berfungsi sebagai penguat dari epidermis dalam satu ikatan membran. Flexus pembuluh darah dari papilare memberikan asupan nutrisi dan oksigen ke epidermis melalui BMZ yang disebut *papillary loops/flexus*.
- b. Retikulare memiliki pembuluh darah perifer yang banyak dan berikatan yang disebut cutaneous flexus. Kolagen di sekresi oleh fibroblas dan berfungsi sebagai protein pemberi kekuatan dan fleksibilitas (*tensile and strrength*).

#### 2.2.2.3 Hipodermis

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

### **2.2.3 Etiologi terjadinya dekubitus menurut Koziar, Barbara (2016) dalam buku Ajar Fundamental Keperawatan**

2.2.3.1 Faktor Intrinsik : penuaan, status gizi, underweight atau overweight, anemia, Hipoalbuminemia, penyakit-penyakit neurologi dan penyakit-penyakit yang merusak pembuluh darah, keadaan hidrasi atau cairan tubuh.

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

### **2.2.4 Klasifikasi Dekubitus menurut berdasarkan EPUAP 2014**

#### 2.2.4.1 Stadium satu (derajat 1)

Eritema tidak pucat pada kulit utuh , terdapat lesi yang membesar, kulit tidak berwarna, kulit hangat atau keras juga dapat menjadi indkator.

#### 2.2.4.2 Stadium II (derajat 2)

Hilangnya sebagian ketebalan kulit yang meliputi epidermis atau dermis ,secara klinis terlihat lecet atau berlubang dangkal.

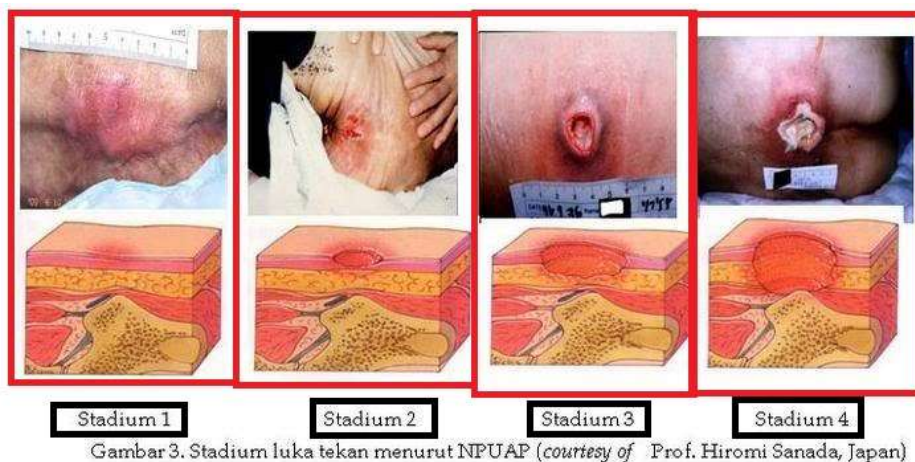
#### 2.2.4.3 Stadium III (derajat 3)

Hilangnya seluruh ketebalan kulit meliputi jaringan subkutan yang rusak atau nekrotik yang mungkin akan meluas, tetapi tidak melampaui yang dalam dengan atau tanpa merusak jaringan.

#### 2.2.4.4 Stadium IV(derajat 4)

Hilangnya seluruh ketebalan kulit disertai dekstruksi ekstensif kerusakan jaringan atau kerusakan otot.

Stadium dekubitus berdasarkan NPUAP 2014.



Gambar 3. Stadium dekubitus  
(Sumber: NPUAP, 2014)

### 2.2.5 Faktor Resiko Terjadinya Dekubitus

#### 2.2.5.1 Faktor diagnosa medis atau diagnosa medis sebelumnya

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

#### 2.2.5.2 Faktor karakteristik demografi pasien

Contohnya: jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, riwayat perkawinan, status ekonomi klien



#### 2.2.5.3 Faktor karakteristik antropometri pasien

Contohnya : tinggi dan berat badan pasien, penurunan berat badan

#### 2.2.5.4 Faktor status nutrisi pasien

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

#### 2.2.5.5 Faktor status psikologi pasien

Contohnya : depresi atau stress

#### 2.2.5.6 Faktor fisiologi pasien

Contohnya : tekanan darah, suhu, kadar glukosa

#### 2.2.5.7 Faktor status fungsional pasien

Contohnya: inkontenisia urine

#### 2.2.5.8 Faktor status kesadaran dan aktivitas pasien

Contohnya: penurunan kesadaran, penurunan kemampuan aktivitas

#### 2.2.5.9 Faktor perilaku sosial pasien

Contohnya : merokok, penggunaan zat adiktif, alcohol

### 2.2.6 Manifestasi Klinis

2.2.6.1 Tanda cidera awal adalah kemerahan yang lama dan tidak menghilang apabila ditekan ibu jari.

2.2.6.2 Dapat terjadi infeksi sebagai akibat dari kelemahan dan perawatan di rumah sakit yang berkepanjangan bahkan pada ulkus kecil

2.2.6.3 Terdapat ulkus dikulit pada cidera yang berat.

2.2.6.4 Timbul rasa nyeri dan tanda-tanda sistemik peradangan, termasuk demam dan peningkatan hitung sel darah putih.

2.2.6.5 kulit mengalami edema, dan temperatur di area tersebut meningkat atau bila diraba akan terasa hangat (EPUAP, 2014).

### 2.3 Konsep Matras Anti Dekubitus

Matras anti dekubitus adalah matras medis yang digunakan untuk mencegah timbulnya lecet atau luka pada area kulit tubuh pada pasien yang mengalami imobilisasi. Desain lubang matras anti dekubitus adalah untuk mengurangi tekanan antara tubuh dan aksur, membantu penyebaran panas dan keringat, membantu

menjaga postur tubuh yang benar, dan memberikan kenyamanan (Anonim, 2015). Matti dekubitus adalah matrass yang digunakan untuk mencegah terjadinya luka tekan, selain itu matras anti dekubitus juga dapat menjaga kelembaban permukaan kulit dan mengurangi tekanan (Kurniawati, 2016).

Jenis Matras yang digunakan yaitu APAMs (*Alternating Pressure Air Mattress*), APAMs lebih efektif dalam mencegah luka tekan dibandingkan kasur lainnya (Kurniawati, 2016). Cara merawat kasur anti dekubitus dapat dilakukan dengan pemompa udara dinyalakan lebih dahulu agar tekanan udara pada kasur dapat terisis penuh dan rata pada setiap sisi kasur, hal ini dilakukan sebelum pasien berbaring. Selanjutnya lap kasur hingga kering jika terkena cairan atau keringat klien, ketika pasien tidak berbaring di atasnya matikan mesin pemompa secara berkala agar mesin tetap terawat dan bekerja secara optimal. Pilih lokasi yang aman dan hindari benda tajam pada saat memompa, jaga tegangan arus listrik dan disarankan menggunakan stabilizer listrik, periksa kelayakan dan fungsionalitas dari permukaan dukungan pada setiap pertemuan dengan klien untuk mencegah terjadinya komplikasi kunci pengoprasian permukaan pendukung, batasi linen di atas tempat tidur dan lanjutkan untuk memposisikan klien (EPUAP, 2014).

## **2.4 Konsep Asuhan Keperawatan**

### **2.4.1 Pengkajian**

2.4.1.1 Pengkajian menurut aplikasi (NANDA, 2015 - 2017), meliputi :

*a. Health Promotion*

kesadaran akan kesehatan yang digunakan untuk mempertahankan kontrol dan meningkatkan kesehatan. Keluhan utama, riwayat masalah, riwayat kesehatan saat ini, pengobatan sekarang.

*b. Nutrition*

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

*c. Elimination*

Pola eliminasi dan pembuangan urine serta integritas kulit

*d. Activity*

Pola istirahat tidur, ADL

*e. Precption/ cognitif*

Pengetahuan tentang penyakit, sensasi, dan komunikasi

*f. Self preception*

Kesadaran akan diri sendiri

*g. Role Relationship*

Peranan hubungan

*h. Sexuality*

Identitas seksual dan gangguan seksual

*i. Coping/ stres tolerance*

Ungkapan perasaan atau koping respon

*j. Life principle*

Nilai kepercayaan, kegiatan agama yang diikuti, kemampuan pemecahan masalah

*k. Safety/ Protection*

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

*l. Comfort*

Nyeri dan ketidaknyamanan lainnya

2.4.1.2 Pengkajian Umum

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

2.4.1.3 Pengkajian Luka

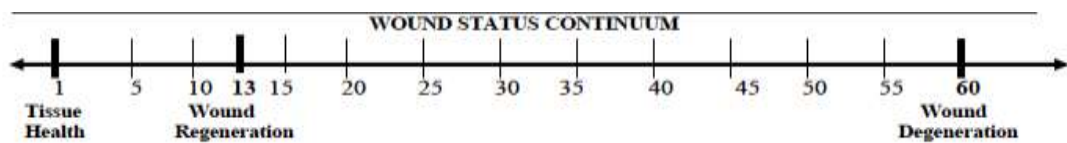
Pengkajian luka dilihat dari bagaimana keadaan luka apakah akut atau kronis, dimana letak luka ( ekstremitas bawah,atas). Pengkajian luka menurut Battes (2010), sebagai berikut :

Tabel 1. Pengkajian Luka (Bates, 2010)

| <b>Items</b>  | <b>Pengkajian</b>  | <b>Hasil</b> | <b>Tanggal</b> |
|---|--|--------------|----------------|
| 1. UKURAN LUKA  | 1= P X L < 4 cm<br>2= P X L 4 < 16cm<br>3= P X L 16 < 36cm<br>4= P X L 36 < 80cm<br>5= P X L > 80cm  |              |                |
| 2. KEDALAMAN  | 1= stage 1<br>2= stage 2<br>3= stage 3<br>4= stage 4<br>5= necrosis wound  |              |                |
| 3. TEPI LUKA  | 1= samar, tidak jelas terlihat<br>2= batas tepi terlihat, menyatu dengan dasar luka<br>3= jelas, tidak menyatu dengan dasar luka<br>4= jelas, tidak menyatu dengan dasar luka, tebal<br>5= jelas, fibrotic, parut tebal/hyperkeratonic   |              |                |
| 4. GOA (lubang pada luka yang ada dibawah jaringan sehat) | 1= tidak ada<br>2= goa < 2 cm di di area manapun<br>3= goa 2-4 cm < 50 % pinggir luka<br>4= goa 2-4 cm > 50% pinggir luka<br>5= goa > 4 cm di area manapun   |              |                |
| 5. TIPE JARINGAN NEKROSIS                                 | 1 = Tidak ada<br>2 = Putih atau abu-abu jaringan mati dan atau slough yang tidak lengket (mudah dihilangkan)<br>3 = slough mudah dihilangkan<br>4 = Lengket, lembut dan ada jaringan parut palsu berwarna hitam (black eschar)<br>5 = lengket berbatas tegas, keras dan ada black eschar |              |                |

| Items                        | Pengkajian  | Hasil | Tanggal |
|------------------------------|---|-------|---------|
| 6. JUMLAH JARINGAN NEKROSIS  | 1 = Tidak tampak<br>2 = < 25% dari dasar luka<br>3 = 25% hingga 50% dari dasar luka<br>4 = > 50% hingga < 75% dari dasar luka<br>5 = 75% hingga 100% dari dasar luka  |       |         |
| 7. TIPE EKSUDATE             | 1= tidak ada<br>2= bloody<br>3= serosanguineous<br>4= serous<br>5= purulent   |       |         |
| 8. JUMLAH EKSUDATE           | 1= kering<br>2= moist<br>3= sedikit<br>4=sedang<br>5= banyak  |       |         |
| 9. WARNA KULIT SEKITAR LUKA  | 1= pink atau normal<br>2= merah terang jika di tekan<br>3=putih atau pucat atau hipopigmentasi<br>4=merah gelap / abu2<br>5=hitam atau hyperpigmentasi  |       |         |
| 10. JARINGAN YANG EDEMA      | 1=no swelling atau edema<br>2=non pitting edema kurang dari < 4 mm disekitar luka<br>3=non pitting edema > 4 mm disekitar luka<br>4=pitting edema kurang dari <4 mm disekitar luka<br>5=krepitasi atau pitting edema > 4 mm |       |         |
| 11. Pengerasan JARINGAN TEPI | 1 = Tidak ada<br>2=Pengerasan < 2 cm di sebagian kecil sekitar luka<br>3=Pengerasan 2-4 cm menyebar < 50% di tepi luka<br>4=Pengerasan 2-4 cm menyebar > 50% di tepi luka<br>5=pengerasan > 4 cm di seluruh tepi luka       |       |         |

| Items                  | Pengkajian  | Hasil | Tanggal |
|------------------------|---|-------|---------|
| 12. JARINGAN GRANULASI | 1= kulit utuh atau stage 1<br>2= terang 100 % jaringan granulasi<br>3= terang 50 % jaringan granulasi<br>4= granulasi 25 %<br>5= tidak ada jaringan granulasi |       |         |
| 13. EPITELISASI        | 1=100 % epitelisasi<br>2= 75 % - 100 % epitelisasi<br>3= 50 % - 75% epitelisasi<br>4= 25 % - 50 % epitelisasi<br>5= < 25 % epitelisasi                        |       |         |
| SKOR TOTAL             |   |       |         |
| PARAF DAN NAMA PETUGAS |   |       |         |



Dari hasil pengkajian luka skor dijumlah > 60 menandakan keadaan luka yang buruk, dan semakin tinggi jumlah skor semakin buruk keadaan luka, namun apabila jumlah skor semakin sedikit maka keadaan luka baik (Bates, 2010).

Tabel 2. Standar Operasional Pelaksanaan Penggunaan Matras Dekubitus menurut EPUAP (2014)

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

Sumber : EPUAP, 2014

## **2.4.2 Diagnosa keperawatan menurut (NANDA 2015 - 2017) dan NIC NOC menurut Marillyn**

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

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan

- a. Tekanan darah sistol dan diastol dari deviasi berat (1) menjadi deviasi normal (3)
- b. Sakit kepala dari deviasi berat(1) menjadi ringan (2)

Intervensi : monitor tanda tanda vital

- 1) Memonitor Hemodinamik secara komprehensif ( nadi, tekanan darah, suhu, pernafasan)
- 2) Monitor sianosis sentral dan perifer
- 3) Memonitor warna kulit dan suhu
- 4) Identifikasi kemungkinan penyebab perubahan tanda-tanda vital

2.4.2.2 Hambatan mobilitas fisik b.d kerusakan neurovaskuler

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan

- a. gerakan otot dari deviasi sangat terganggu (1) menjadi terganggu sedikit terganggu (4)
- b. gerakan sendi dari deviasi sangat terganggu (1) menjadi sedikit terganggu (4)

Intervensi : pergerakan

- 1) Jelaskan alasan perlunya tirah baring
- 2) Ubah posisi pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai jadwal spesifik.
- 3) Monitor komplikasi tirahbaring

2.4.2.3 Hambatan komunikasi verbal b.d gangguan fisiologis penurunan sirkulasi ke otak.

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

- a) Menggunakan bahasa lisan dari deviasi banyak terganggu (2) menjadi cukup terganggu (3)



- b) Mengenali pesan yang diterima dari deviasi cukup terganggu (3) menjadi sedikit terganggu (4)
- c) Pertukaran pesan yang akurat dengan orang lain dari deviasi banyak terganggu (2) menjadi sedikit terganggu (4)

Intervensi : peningkatan komunikasi kurang pendengaran

- 1) Dapatkan perhatian pasien sebelum berbicara
- 2) Hindari lingkungan yang berisik
- 3) Gunakan gerakan tubuh bila diperlukan

#### 2.4.2.4 Kerusakan Integritas kulit b.d agen cedera fisik ( tonjolan tulang )

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam di harapkan dapat menjawab pertanyaan yang diajukan perawat dengan kriteria hasil

- a) Drainase purulent dari deviasi sedang (3) menjadi terbatas(4)
- b) Eritema di kulit sekitarnya dri deviasi sedang (3)menjadi terbatas (4)
- c) Bau luka busuk dari deviasi sedang (3) menjadi tidak ada (5)

Intervensi :

- 1) Catat karakteristik luka tekan setiap hari (ukuran, tingkatan luka, lokasi, eksudat, granulasi, dan epitelisasi)
- 2) Jaga agar luka tetap lembab untuk membantu proses penyembuhan
- 3) Lakukan debridement jika perlu
- 4) Bersihkan luka dengan cairan yang tidak berbahaya, lakukan pembersihan dengan gerakan dari dalam keluar
- 5) Beri salep jika perlu
- 6) Gunakan tempat tidur khusus anti dekubitus
- 7) Ajarkan keluarga klien mengenai perawatan luka

#### 2.4.2.5 Defisit perawatan diri b.d kerusakan neurovaskuler

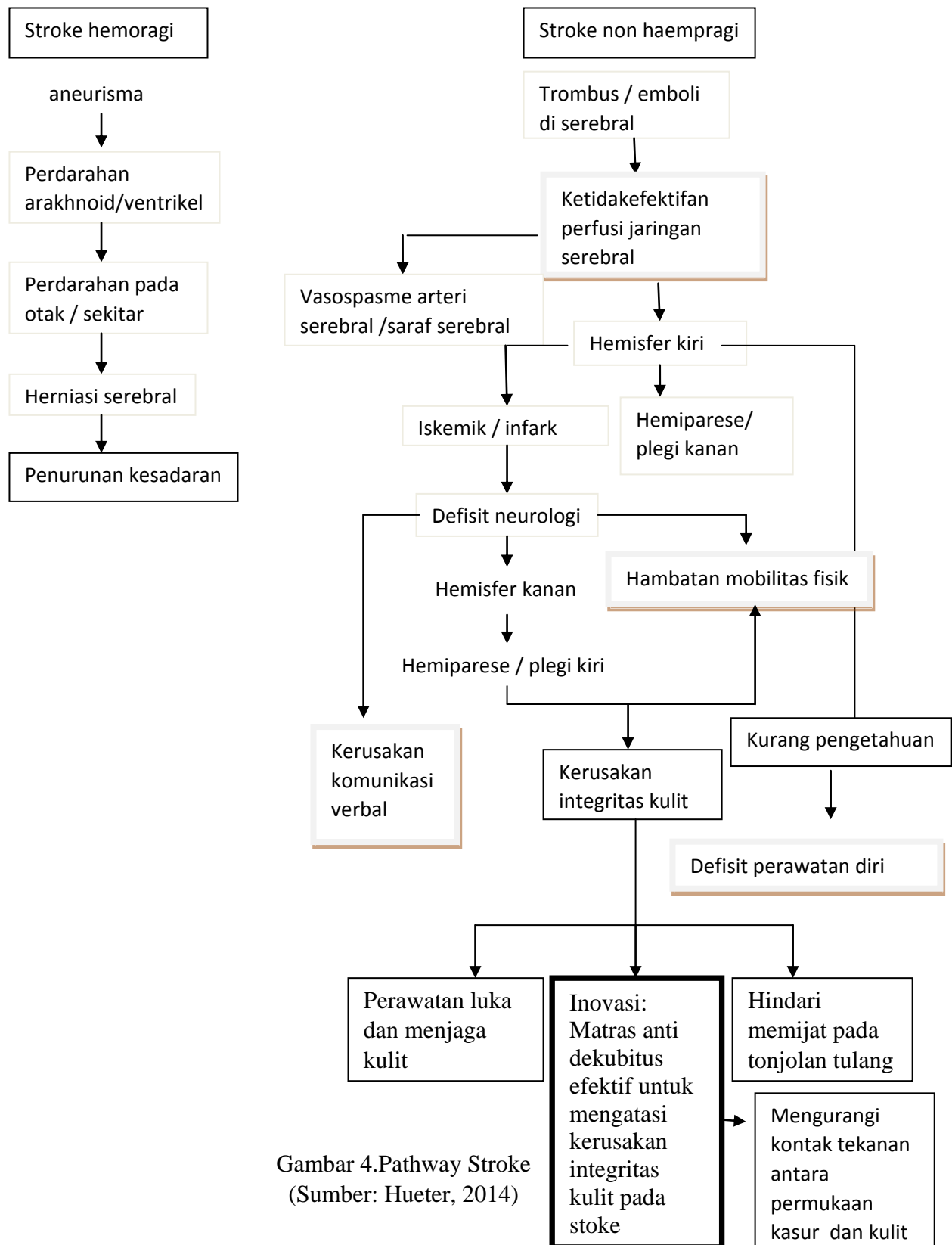
Tujuan : Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam diharapkan kebutuhan ADL klien terpenuhi dengan kriteria hasil :

- a. Makan, mandi,berpakaian dengan skala cukup terganggu(3) menjadi sedikit terganggu (4)
- b. Berpindah dan memposisikan diri dari skala sangat terganggu (1) menjadi cukup terganggu (2)

Intervensi: Bantu perawatan diri

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

### 2.5 Pathway Stroke



Gambar 4.Pathway Stroke (Sumber: Hueter, 2014)

## **BAB 3**

### **LAPORAN KASUS**

Penulis melakukan asuhan keperawatan pada Tn. B dengan Dekubitus di rumah klien yang beralamat di Bercak RT 01/03 Blondo Kabupaten Magelang dari pengkajian sampai evaluasi sejak hari sabtu 30 Maret sampai hari 9 April 2019.

#### **3.1 Pengkajian**

Pengkajian dilakukan dengan cara wawancara kepada klien dan keluarga serta observasi dan dokumentasi dari catatan perkembangan. Pengkajian dilakukan pada tanggal 30 Maret 2019 jam 10.00 WIB dengan hasil klien berinisial Tn. B berusia 54 tahun, jenis kelamin laki-laki, beragama Islam. Pada awalnya klien mengalami kesemutan yang mengakibatkan kaki kiri dan tangan kiri tidak bisa digerakan, lalu dibawa ke Rumah Sakit dan terdapat sumbatan di pembuluh darah otak sehingga dilalukan pembedahan pada otak bagian kanan sehingga ekstremitas atas dan bawah bagian kiri mengalami hambatan mobilitas fisik sehingga menimbulkan luka akibat hambatan mobilitas fisik dan penekanan terus menerus, Masalah utama adalah kerusakan integritas kulit di tulang ekor.

Pengkajian *Health Promotion* diperoleh data keluhan utama yaitu klien mengatakan pernah terdapat luka pada tulang ekor dan sudah sembuh namun kini luka terasa panas, badan klien terasa sakit dan kaku saat digerakkan dan klien mengatakan sulit untuk memiringkan badan. Tekanan darah klien 130/80 mmHg, frekuensi nadi 96 kali/ menit, suhu tubuh 36,6°C dan frekuensi pernafasan 21 kali/ menit. Riwayat penyakit dahulu yaitu Klien mengatakan pernah mengalami hipertensi 1 tahun yang lalu, dan kolesterol, klien mengalami gangguan fungsi motorik terutama pada ekstremitas atas dan bawah bagian kiri. Kurang lebih 6 bulan yang lalu klien masuk Rumah Sakit dengan diagnosa stroke yang mengakibatkan klien bedrest sampai sekarang dan menimbulkan luka tekan (Dekubitus). Riwayat penyakit sekarang yaitu pada awalnya klien 6 bulan bedrest setelah operasi, selama bedrest klien jarang memiringkan badan atau alih posisi

klien hanya berbaring ditempat tidur. Pertama ditulang ekor hanya timbul kulit warna merah kebiruan, karena terkena urine, BAB yang tertampung pada pempers, gaya gesekan dan tekanan terus menerus maka timbulah luka tekan (Dekubitus) pada tulang ekor.

Pengkajian *Nutrition* diperoleh pemeriksaan *Antropometri* BB yaitu 63 kg , TB 170 cm, dan Indeks Masa Tubuh : 119% ( > 120 = obesitas, 110-120= *over weight*, 90-100= normal, < 90= *under weight*). Pemeriksaan *Clinical* yaitu rambut klien beruban, rambut bersih tidak ada ketombe, turgor kulit elastis kembali < 2 detik, mukosa bibir kering dan konjungtiva tidak anemis. *Diet* Nafsu makan klien dirumah baik, jenis makanan klien yaitu nasi dan sayur makan 3 kali sehari. *Energy* yaitu aktivitas klien seperti makan, minum, kebersihan dan berpakaian semua dibantu keluarga. Pola asupan cairan yaitu dari oral. Cairan masuk yaitu minum 600cc/24 jam, cairan keluar yaitu Buang Air Kecil (BAK) 400cc/24 jam, Buang Air Besar (BAB) 100 cc/24 jam *Insensible Water Loss* (IWL) 39,37 cc/24 jam, *Balance* cairan yaitu cairan masuk-cairan keluar adalah 600- (400+ 39,37) = 160,63 cc/24 jam. Pengkajian *Elimination* diperoleh data yaitu sistem *urinary* antara lain yaitu klien Buang Air Kecil (BAK) 4 kali sehari dengan jumlah 400cc, warna kuning pekat, dan bau khas urine (amoniak).

Sistem gastrointestinal klien yaitu klien baru BAB 1 kali dengan konsisten lembek, warna feses kuning kecoklatan, dan tidak bercampur darah. Klien tidak mengalami konstipasi, sistem integumen klien yaitu turgor kulit elastis kembali < 2 detik, warna kulit sawo matang dan suhu 36,6°C, terdapat kerusakan pada integumen yaitu pada tulang ekor. Pengkajian *Activity/Rest* diperoleh data antara lain istirahat/tidur klien yaitu klien tidur malam 9 jam. Klien sering tidur siang dan tidak ada obat untuk merangsang tidur. Aktivitas klien tidak bekerja (pensiun), klien jarang berolahraga semenjak sakit. Klien melakukan *activity daily living* (ADL) dengan dibantu keluarga total, kekuatan otot klien tangan kanan 5, tangan kiri 1, kaki kanan 4, kaki kiri 1, saat ini yang dilakukan ROM pasif.

*Cardio respons* yaitu klien tidak mempunyai penyakit jantung dan tidak mengalami edema ekstremitas. Tekanan darah (TD) saat klien berbaring 130/80 mmHg. Pemeriksaan jantung inspeksi: tampak ictus cordis dan tidak ada luka atau lesi, palpasi : ictus cordis teraba di midclavicula intercosta ke 5 sinistra dan tidak ada nyeri tekan, perkusi: suara redup, auskultasi: suara jantung s1 lub s2 dub, reguler. *Pulmonary respon* yaitu didapatkan data klien tidak sesak nafas dan tidak terpasang O2 binasal, kemampuan bernafas klien baik yaitu 21 kali/menit, tidak adasuara tambahan saat bernafas. Pemeriksaan paru-paru diperoleh hasil antara lain Inspeksi : dada simetris kanan kiri, palpasi : tidak ada nyeri tekan, perkusi : sonor, auskultasi : suara vasikuler.

Pengkajian *Perception/cognition* didapatkan hasil antara lain orientasi dan kognisi yaitu tingkat pendidikan terakhir klien adalah Diploma 3. Klien cemas dengan kondisinya, klien mengatakan mengetahui tentang penyakit yang dialaminya saat ini. Sensasi persepsi/sensori yaitu klien tidak sakit kepalanya , penginderaan klien sudah sedikit berkurang dari fungsi normal. *Communication* yaitu bahasa yang digunakan klien adalah bahasa Indonesia dan bahasa Jawa. Klien mengalami kesulitan atau gangguan dalam komunikasi afisia. Pengkajian *Self perception* diperoleh hasil yaitu klien mengatakan cemas dengan kondisi yang dialaminya.Klien tidak mengalami putus asa dan tidak ada keinginan klien untuk mencederai dirinya sendiri, terdapat luka tekan (Dekubitus) pada tulang ekor.

Pengkajian *Role relationship* diperoleh data klien berstatus menikah dan mempunyai dua anak.Orang terdekat klien adalah istri. Klien tidak mengalami perubahan peran kerana sejak ia pensiun dini dari Guru sehari-hari klien hanya dirumah saja tidak bekerja. Klien tetap menjadi seorang kepala rumah tangga, suami sekaligus ayah dari keluarganya. Klien mengalami perubahan dengan gaya hidupnya kerana segala sesuatu tergantung pada bantuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Komunikasi dengan orang lain tetap lancar dan baik. *Sexuality*: Klien berjenis kelamin laki-laki. Klien mempunyai 2 anak kandung. Klien juga tidak mengalami masalah/disfungsi seksual. *Coping/Stress Tolerance*: Klien merasa cemas sebab klien menganggap sakitnya sulit

sembuhkan dan sakitnya diakibatkan dari gaya hidup dahulu yang kurang sehat  
*Life Principles*: Klien sebelum sakit selalu mengikuti kegiatan ibadah sesuai keyakinannya dan menunaikan sholat, tetapi semenjak klien sakit semua kegiatan tidak diikuti. Selama sakit klien beribadah diatas tempat tidurnya.

*Safety/Protection*: klien tidak memiliki alergi, tidak ada penyakit autoimune dan tidak ada tanda-tanda infeksi, klien resiko jatuh karena berada ditempat tidur dengan keadaan lemah dan resiko infeksi pada luka. *Comfort*: klien mengatakan pusing nyeri kepala *Provokes*: jika kepala di gerakan, *Quality*: seperti ditusuk-tusuk, *Region*: kepala bagian ubun-ubun, *Scala*: 3, *Time*: hilang timbul.

### **3.2 Analisa Data**

Setelah dilakukan pengkajian pada tanggal 30 Maret 2019 pada Tn. B diperoleh data-data yang muncul sebagai berikut: data subjektif klien mengatakan terdapat luka pada tulang ekor kurang lebih 6 bulan klien tidak bisa jalan dan bedrest dan muncul kemerahan pada tulang ekor dan menjadi luka namun telah dirawat selama 3 bulan dan sembuh tetapi sekarang luka terasa panas dan gatal dan timbul luka kemerahan, klien mengatakan tidak bisa jalan dan miring-miring kurang lebih 6 bulan, jika miring dibantu keluarga, tetapi tangan dan kaki sakit saat digerakkan. Data objektif klien tampak lemas, komunikasi afasia, terdapat luka dengan panjang 1 cm dan lebar 0,5 cm pada tulang ekor, luka tampak kemerahan dan putih, kekuatan otot ekstermitas atas kanan 5 kiri 1, ekstermitas bawah kanan 1 kiri 4, hasil dari tanda-tanda vital klien yaitu: Tekanan Darah 130/80 mmHg, frekuensi Nadi 96 kali/menit, Suhu tubuh 36,6°C dan frekuensi pernafasan 21 kali/menit.

### **3.3 Diagnosa Keperawatan**

Dari hasil pengkajian yang dilakukan penulis menemukan 2 diagnosa yaitu diagnosa pertama Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik (tekanan) dan diagnosa kedua Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera biologis menurut teori Hierarki Abraham Maslow aman nyaman merupakan kebutuhan dasar manusia. Dari kedua diagnosa yang muncul, diagnosa prioritas yang diambil yaitu Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik

(tekanan) dan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis, ditandai dengan klien mengatakan pusing dan ada luka pada tulang ekor yang pertama kali dan kurang lebih 6 bulan klien bedrest tidak bisa berjalan , yang pada awalnya kulit kemerahan dengan panjang 1 cm dan lebar 0,5 cm pada tulang ekor dan menjadi luka.

### **3.4 Intervensi**

Intervensi (Perencanaan) dari diagnosa kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik (tekanan): Setelah dilakukan kunjungan selama 6 kali satu jam setiap pertemuan diharapkan kerusakan integritas kulit teratasi dengan penyembuhan luka sekunder dengan kriteria hasil: Granulasi dari skala sedang (4) Menjadi sangat besar, ukuran luka dari skala terbatas (2) Menjadi tidak ada (1).

Intervensi yang bisa dilakukan perawatan luka tekan dengan cara catat karakteristik luka tekan setiap 2 hari sekali, meliputi ukuran, tingkatan luka, lokasi, eksudat, granulasi dan epitelisasi, Jaga agar luka tetap lembab untuk membantu proses penyembuhan, Bersihkan luka dengan cairan yang tidak berbahaya, lakukan pembersihan dengan gerakan sirkuler dari dalam keluar, Keringkan luka dan Tutup luka dengan kassa steril, Gunakan kasur khusus anti dekubitus, Ajarkan atau kolaborasikan dengan keluarga bagaimana cara perawatan luka pada klien.

Intervensi (Perencanaan) dari diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis: Setelah dilakukan kunjungan selama 2 kali satu jam setiap pertemuan diharapkan nyeri akut terasi dengan dengan kriteria hasil: nyeri hilang dari jarang menunjukan (2) menjadi tidak pernah menunjukan (1).

Intervensi yang kedua untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis yaitu mengkaji nyeri secara komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi kualitas, intensitas, faktor pencetus dan ajarkan teknik relaksasi nonfarmakologi nafas dalam.



### **3.5 Implementasi (Tindakan)**

Implementasi untuk diagnosa kerusakan integritas kulit pada minggu pertama hari sabtu tanggal 30 Maret 2019 dimulai pada pukul 13.30 WIB, tindakan yang dilakukan mencatat karakteristik luka tekan, meliputi ukuran, tingkatan luka, lokasi, eksudat, granulasi dan epitelisasi, membersihkan luka dengan cairan yang tidak berbahaya (NaCl), memasang kasur atau matras anti dekubitus. Respon klien setelah dilakukan tindakan klien mengatakan luka ada pada tulang ekor, saat dilakukan perawatan luka gatal dan panas, klien mengatakan mau menggunakan matras atau kasur anti dekubitus, tetapi dengan nasehat secara perlahan klien mau menggunakan matras anti dekubitus sekali dengan bantuan keluarga. Implementasi untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis pada tanggal 30 Maret 2019 dimulai pukul 13.50 WIB, tindakan yang dilakukan mengkaji nyeri secara komprehensif didapatkan data provokes: jika kepala di gerakan, Quality: seperti ditusuk-tusuk, Region: kepala bagian ubun-ubun, Skala: 3, T: hilang timbul dan mengajarkan teknik relaksasi nonfarmakologi nafas dalam. Melakukan pemeriksaan tanda- tanda vital dan kolesterol.

Pada pertemuann kedua perawatan pada hari senin tanggal 1 April 2019 dimulai pukul 10.00 WIB, tindakan yang dilakukan mencatat karakteristik luka tekan, meliputi ukuran, tingkatan luka, lokasi, eksudat, granulasi dan epitelisasi, membersihkan luka dengan cairan yang tidak berbahaya (NaCl), menjaga luka agar tetap lembab. Respon klien setelah dilakukan tindakan klien mengatakan luka sudah tidak terasa gatal dan panas. Implementasi untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis pada tanggal 1 April 2019 dimulai pukul 10.15 WIB, tindakan yang dilakukan mengkaji nyeri secara komprehensif didapatkan data klien mengatakan sudah tidak pusing.

Pada pertemuan ketiga hari rabu tanggal 3 April 2018 dimulai pukul 15.30 WIB, tindakan yang dilakukan mencatat karakteristik luka tekan, meliputi ukuran, tingkatan luka, lokasi, eksudat, granulasi dan epitelisasi, membersihkan luka dengan cairan yang tidak berbahaya (NaCl). Respon klien setelah dilakukan

tindakan klien mengatakan mau dibersihkan lukanya dan klien mengatakan sudah nyaman dengan posisi sekarang dengan matras anti dekubitus klien tampak lebih rileks luka sudah ada perubahan.

Pada pertemuan keempat hari jumat tanggal 5 April 2019 dimulai pukul 09.30 WIB, tindakan yang dilakukan mengkaji adanya tanda-tanda luka tekan, membersihkan luka dengan cairan yang tidak berbahaya (NaCl). Respon klien setelah dilakukan tindakan klien mengatakan mau dibersihkan bekas lukanya dan klien mengatakan sudah nyaman dengan posisi sekarang dengan matrassanti dekubitus klien tampak lebih rileks luka sudah tidak terdapat luka.

Pada pertemuan kelima hari minggu tanggal 7 April 2019 dimulai pukul 10.30 WIB, tindakan yang dilakukan mengkaji adanya tanda-tanda luka tekan, membersihkan luka dengan cairan yang tidak berbahaya (NaCl). Respon klien setelah dilakukan tindakan klien mengatakan mau dibersihkan bekas lukanya dan klien mengatakan sudah nyaman dengan posisi sekarang dengan matrassanti dekubitus klien tampak lebih rileks luka sudah tidak terdapat luka.

Pada hari selasa tanggal 9 April 2019 dimulai pukul 09.30 WIB, tindakan yang dilakukan mengkaji adanya tanda-tanda luka tekan, membersihkan luka dengan cairan yang tidak berbahaya (NaCl). Respon klien setelah dilakukan tindakan klien mengatakan mau dibersihkan bekas lukanya dan klien mengatakan sudah nyaman dengan posisi sekarang dengan matras anti dekubitus klien tampak lebih rileks luka sudah tidak terdapat luka.

### **3.6 Evaluasi**

Evaluasi yang diperoleh untuk diagnosa kerusakan integritas kulit yang dilakukan pada hari sabtu tanggal 30 Maret 2019 yaitu klien mengatakan luka terasa gatal dan panas saat dibersihkan luka sudah lebih nyaman, panjang luka 1 cm, luas luka 0,5 cm, klien mengatakan tidak mau memakai matras anti dekubitus karena desainnya yang hilang timbul dan keluarga mengatakan keluarga akan membeli matras anti dekubitus, keluarga klien mengatakan paham bagaimana cara perawatan luka pada klien. Luka klien sudah tidak ada. Assesment (A) masalah

belum teratasi, tindakan selanjutnya lanjutkan intervensi kaji adanya tanda-tanda luka tekan, bersihkan luka dengan cairan yang tidak berbahaya (NaCl), jaga kulit agar tetap lembab edukasi klien mengenai kegunaan matras anti dekubitus. Evaluasi yang diperoleh untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis yang dilakukan tanggal 30 dengan provokes: jika kepala di gerakan, Quality: seperti ditusuk-tusuk, Region: kepala bagian ubun-ubun, Skala: 3, T: hilang timbul. (A) Assesment masalah belum teratasi, tindakan selanjutnya kaji nyeri secara komprehensif meliputi provokes, quality, region, scala, time dan ajarkan teknik relaksasi non farmakologi nafas dalam didapatkan angka kolesterol 98 mg/dl. TD: 130/70, N: 90 x/menit, suhu: 36, RR: 21x/menit.

Evaluasi yang diperoleh untuk diagnosa kerusakan integritas kulit yang dilakukan tanggal 1 April 2019 yaitu klien mengatakan sudah tidak pusing dan lebih nyaman setelah luka dibersihkan, klien mengatakan nyaman dengan posisi sekarang, luka berkurang dengan panjang 0,8cm dan lebar 0,5 cm. Assesment (A) masalah teratasi, tindakan selanjutnya lanjutkan intervensi kaji adanya tanda-tanda luka tekan, bersihkan luka dengan cairan yang tidak berbahaya (NaCl).

Evaluasi yang diperoleh untuk diagnosa kerusakan integritas kulit yang dilakukan tanggal 3 April 2019 yaitu klien mengatakan luka sudah lebih enak, klien mengatakan masih merasa nyaman dengan matras anti dekubitus, luka klien tampak sudah tidak ada. Assesment (A) masalah teratasi, tindakan selanjutnya lanjutkan intervensi kaji adanya tanda-tanda terjadinya luka tekan, bersihkan luka dengan cairan tidak berbahaya (NaCl).

Evaluasi yang diperoleh untuk diagnosa kerusakan integritas kulit yang dilakukan tanggal 5 April 2019 yaitu klien mengatakan luka sudah lebih enak, klien mengatakan masih merasa nyaman dengan matras anti dekubitus, luka klien tampak sudah tidak ada. Assesment (A) masalah teratasi, tindakan selanjutnya lanjutkan intervensi kaji adanya tanda-tanda terjadinya luka tekan, bersihkan luka dengan cairan tidak berbahaya (NaCl).

Evaluasi yang diperoleh untuk diagnosa kerusakan integritas kulit yang dilakukan tanggal 7 April 2019 yaitu klien mengatakan luka sudah lebih enak, klien mengatakan masih merasa nyaman dengan matras anti dekubitus, luka klien tampak sudah tidak ada. Assesment (A) masalah teratasi, tindakan selanjutnya lanjutkan intervensi kaji adanya tanda-tanda terjadinya luka tekan, bersihkan luka dengan cairan tidak berbahaya (NaCl).

Evaluasi yang diperoleh untuk diagnosa kerusakan integritas kulit yang dilakukan tanggal 9 April 2019 yaitu klien mengatakan luka sudah lebih enak, klien mengatakan masih merasa nyaman dengan matras anti dekubitus, luka klien tampak sudah tidak ada. Assesment (A) masalah teratasi, tindakan selanjutnya lanjutkan intervensi kaji adanya tanda-tanda terjadinya luka tekan, bersihkan luka dengan cairan tidak berbahaya (NaCl).

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Kesimpulan**

Pada bab ini penulis membahas kesimpulan berdasarkan kondisi klien diantaranya adalah

5.1.1 Pengkajian keperawatan yang penulis gunakan adalah dengan menggunakan pengkajian 13 Domain NANDA dan pengkajian luka Bates-Jensen. Pengkajian dilakukan pada tanggal 30 Maret 2019 pada Tn. B diperoleh data terdapat lesi di bekas luka dekubitus, luka tampak kemerahan panjang luka 1 cm dan lebar luka 0,5 cm, kekuatan otot tangan kanan 5, tangan kiri 1, kaki kanan 4 dan kaki kiri 1 dan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital klien yaitu tekanan darah klien 130/80 mmHg, frekuensi nadi 96 kali/menit, suhu tubuh 36,5°C dan frekuensi pernafasan 21 kali/menit.

5.1.2 Diagnosa keperawatan prioritas yang diangkat adalah kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor eksternal (tekanan pada tulang yang menonjol). kerusakan integritas kulit sesuai dengan masalah klien yaitu dengan masalah stroke dan terjadi komplikasi dekubitus atau luka tekan.

5.1.3 Intervensi untuk diagnosa kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik (tekanan) adalah catat karakteristik luka tiap pertemuan 2 hari sekali meliputi: ukuran, tingkatan luka, lokasi, eksudat, granulasi dan epitelisasi, jaga luka agar tetap lembab untuk membantu proses penyembuhan, bersihkan luka dengan NaCl dengan gerakan sirkuler dari dalam keluar, gunakan matras anti dekubitus, ajarkan keluarga bagaimana cara perawatan luka pada klien.

5.1.4 Implementasi pada Tn. B dengan kerusakan integritas kulit dilakukan selama 10 hari 6 kali pertemuan. Dengan melakukan perawatan luka dan kolaborasi pemasangan matras anti dekubitus.

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

## **5.2 Saran**

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

### **5.2.1 Profesi Keperawatan**

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

### **5.2.2 Institusi Pendidikan**

Dapat sebagai sumber informasi dalam memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan masalah terutama pada asuhan keperawatan klien dengan dekubitus yang berhubungan dengan diagnosa klien yaitu kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik (tekanan).

### **5.2.3 Klien dan Keluarga**

Dapat menambah pengetahuan dan motivasi klien dan keluarga untuk perawatan luka tekan.

### **5.2.4 Masyarakat**

Dapat dijadikan sumber pengetahuan bagi masyarakat tentang bagaimana cara penanganan dan pencegahan luka tekan atau dekubitus akibat stroke

### **5.2.5 Penulis**

Diharapkan dapat memenuhi tugas akhir dan menambah pengalaman penulis tentang penanganan dekubitus akibat stroke.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ã, K. V., Grypdonck, M., & Defloor, T. (2008). Alternating pressure air mattresses as prevention for pressure ulcers : A literature review, *45*, 784–801. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.07.003>
- EPUAP ( European Pressure Ucler Advisory Panel and National Pressure Ucler Advisory Panel). (2014). *Prevention and Treatment of Pressure Uclers: Quick Reference Guide. Clinical Practice Guideline.*
- Aini, F., & Purwaningsih, H. (2014). Pengaruh Alih Baring terhadap Kejadian Dekubitus pada Pasien Stroke yang Mengalami Hemiparesis di Ruang Yudistira di RSUD Kota Semarang. *Jik*, 2(4), 25–35. <https://doi.org/10.1016/j.cplett.2014.07.055>
- Arifianto, A. S., Sarosa, M., & Setyawati, O. (2014). Klasifikasi Stroke Berdasarkan Kelainan Patologis dengan Learning Vector Quantization, *8*(2), 117–122.
- Aritonang, L. R. (2013). *Antropometri (Ke-2)*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Bajuri, D. A. (2018). JIP:Jurnal Ilmiah PGMI Volume 4, Nomor 1, Juni 2018 Analisis Kebutuhan Anak.
- Bates, J. (2010). *Bates, J. (2010). Bates-Jensen Wound Assessment Tool*, 5–8.
- Dinas Kesehatan Kota Magelang. (2012). Profil Kesehatan Kota Magelang 2012.
- Dinata, C. A., Safrita, Y., & Sastri, S. (2013). Artikel Penelitian Gambaran Faktor Risiko dan Tipe Stroke pada Pasien Rawat Inap di Bagian Penyakit Dalam RSUD Kabupaten Solok Selatan Periode 1 Januari 2010 - 31 Juni 2012, *2*(2), 57–61.
- Elizabeth J. Corwin. (2009). *Buku Saku Patofisiologi*. Jakarta: Kedokteran EGC.
- Fahra, R. U., Nur Widayati, & Jon Hafan Sutawardana. (2017). NurseLine Journal. *NurseLine Journal*, 2(2), 9.
- Gloria Bulechek, Howard Butcher, J. D. and C. W. (2013). *Nursing Intervention Clasification (NIC), edisi ke-6*. (Intansari Nurjannah, Ed.). Elsevier.
- Herdman. (2017). *Diagnosa Nanda : Definisi dan klasifikasi. Diagnosa Nanda*. USA: Philadelphia.
- Huda, N. A., & Kusuma, H. (2015). Aplikasi Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc. Yogyakarta: Graha Ilmu.

- Kurniawati, D. A., Robiul ,F M., & F. I. K. U. M. M. (2016). Pencegahan Luka Tekan Dengan Penggunaan Matras, 114–122.
- McInnes, E., Sem, B., Jc, D., Middleton, V., & Cullum, N. (2015). Support surfaces for pressure ulcer prevention ( Review ), (9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001735.pub5>. [www.cochranelibrary.com](http://www.cochranelibrary.com)
- Mira Asmirajanti. (2017). Keuntungan, Kerugian dan Penggunaan Bed Dekubitus dan Blanket Electric, 1–2.
- Nur, & muhammad sufian. (2016). Penerapan Teknik Alih Baring Terhadap Kejadian Dekubitus Pada Asuhan Keperawatan Ny.M Dengan Stroke di RSUD Kota Semarang, (2008), 1–6.
- Ramadhanis. (2009). Stroke, 8–31. Retrieved from [eprints.ums.ac.id/18613/BAB\\_II.pdf](http://eprints.ums.ac.id/18613/BAB_II.pdf)
- Rustina, Wahyuningsih S, Agnes, S. (2015). Pengaruh penggunaan kasur anti dekubitus terhadap derajat dekubitus pada pasien tirah baring, 27.
- Shi, C., Dumville, J. C., & Cullum, N. (2018). Support surfaces for pressure ulcer prevention : A network meta-analysis, (Ci), 1–29.
- Shravan, S. S. (n.d.). Air Mattresses as Prevention for Pressure Ulcer - An Interdisciplinary Overview, 399–405.
- Soebandi, A. T., & Jember, H. (2017). NurseLine Journal. Jakarta 2(2).
- Sue E. Huether, MS, P. (2017). *Buku Ajar Patofisiologi*. Jakarta: Elsevier.
- Supriadi. (2017). Luka tekan, (2012), 14–15. Retrieved from [repository.ums.ac.id/bitstream/handle/123456789/7839/BAB\\_II.Pdf](http://repository.ums.ac.id/bitstream/handle/123456789/7839/BAB_II.Pdf).
- Sulidah, susilowati I. (2017). Pengaruh Tindakan Pencegahan Terhadap Kejadian Dekubitus Pada Lansia Imobilisasi, 15(3), 161–172.
- Widodo, Wahyu Yogyakarta, U. M. (2017). Pengaruh tindakan keperawatan reduksi luka tekan terhadap penurunan risiko luka tekan. *Universitas Muhammadiyah Yogyakarta*, 13(2), 84–93. Retrieved from <http://ejournal.stikesmuhgombong.ac.id/index.php/JIKK/index>