

BAB IV

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan pada hari Selasa 6 Februari 2024 pukul 09.00 WITA didapatkan identitas pasien Ny. MM berumur 84 tahun dan jenis kelamin perempuan dengan diagnosis medis stroke hemoragik (ICH+IVH). Ny. MM diantar oleh keluarga ke IGD RSD Mangusada pada tanggal 4 Februari 2024 pukul 08.48 WITA dengan kondisi penurunan kesadaran dengan GCS E2V0M3 dan dikatakan riwayat kejang di rumah dengan durasi 30 menit terjadi 1 jam sebelum masuk rumah sakit. Kejang terjadi terutama pada tangan kanan disertai dengan kaku pada seluruh tubuh. Tekanan darah pasien 140/90, N:88 x/menit, RR:20 x/menit, S: 36,8⁰C. Setelah dilakukan pemeriksaan penunjang yaitu foto thoraks AP dan CT Scan kepala (hingga hasil pemeriksaan keluar), pasien kemudian menjalani operasi CITO pemasangan EVD *Kocher*. Kemudian, pasien dipindahkan ke ruang Payembrama (ICU) setelah menjalani operasi CITO untuk mendapatkan perawatan *intensive*. Pasien memiliki riwayat stroke hemoragik pada bulan Januari 2024 serta riwayat penyakit HHD (*Hypertensive Heart Disease*).

Pengkajian data objektif didapatkan pasien tirah baring, terpasang ventilator, kesadaran pasien DPO (stupor), mengalami penurunan hidrasi atau kelembaban kulit, suhu kulit meningkat, dan hiperpigmentasi berupa kemerahan kulit pada bagian bokong (sakrum).

B. Analisis Data

Berdasarkan hasil pengkajian ditemukan data fokus berupa data subjektif dan data objektif pasien yang digunakan untuk menegakkan diagnosis keperawatan.

Tabel 5
Analisis Data Asuhan Keperawatan Risiko Luka Tekan Dengan Terapi Topikal Gel *Aloe vera* Pada Pasien Stroke Hemoragik di Ruang Panyembrama (ICU) RSD Mangusada Kabupaten Badung

Data Fokus	Analisis	Masalah Keperawatan
1	2	3
Data Subjektif: • Paien DPO dan terintubasi Data Objektif: • Terdapat hiperpigmentasi berupa kemerahan di daerah sacrum (bokong) • Suhu kulit hangat • Mengalami gangguan hidrasi atau kelembaban kulit • Tingkat kesadaran stupor dengan GCS: E2VXM4 (total skor GCS 6) • Mengalami tirah baring • Hasil pemeriksaan integritas kulit dengan skala braden yaitu 10 (risiko tinggi)	Riwayat tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol dan stroke non hemoragik ↓ Transformasi hemoragik ↓ ICH dan IVH ↓ Stroke hemoragik ↓ Encephalomalasia parietal kanan dan fronto parietal kiri ↓ Peningkatan TIK ↓ Penurunan suplai O ₂ ke jaringan otak ↓ Nekrosis jaringan otak ↓ Defisit neurologis ↓ Kelemahan otot secara mendadak (hemiparesis dan hemiplegia) ↓ Pasien tirah baring (<i>bedrest</i> total) ↓ Penekanan berlebih pada bagian tubuh yang menonjol ↓ Penurunan aliran darah ↓ Hiperpigmentasi berupa kemerahan, gangguan hidrasi, suhu kulit meningkat ↓ Risiko Luka Tekan	Risiko Luka Tekan

C. Diagnosis Keperawatan

Perumusan diagnosis keperawatan pada Ny. MM menggunakan komponen *problem* (P) dan faktor risiko. Bagian problem ditemukan masalah keperawatan risiko luka tekan dan faktor risiko ditemukan riwayat stroke. Berdasarkan data-data masalah keperawatan yang ditemukan, diagnosis keperawatan pada Ny. MM dapat ditegakkan yaitu risiko luka tekan dibuktikan dengan riwayat stroke.

D. Perencanaan Keperawatan

Dalam karya ilmiah akhir ners ini dilaksanakan perencanaan asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan risiko luka tekan pada pasien stroke hemoragik. Rencana keperawatan sesuai dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dengan luaran utama integritas kulit dan jaringan (L.14125) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dengan intervensi utama pencegahan luka tekan (I.14543). Rencana keperawatan untuk Ny. MM adalah sebagai berikut:

1. Tujuan dan kriteria hasil

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka **integritas kulit dan jaringan (L.14125)** meningkat dengan kriteria hasil:

- a. Hidrasi kulit meningkat (5)
- b. Kemerahan menurun (5)
- c. Pigmentasi abnormal menurun (5)
- d. Suhu kulit membaik (5)

2. Intervensi keperawatan

- a. Intervensi utama dengan label pencegahan luka tekan

Observasi

- a. Periksa luka tekan dengan menggunakan skala (skala Norton, skala braden)
- b. Periksa adanya luka tekan sebelumnya
- c. Monitor suhu kulit yang tertekan
- d. Monitor berat badan dan perubahannya
- e. Monitor status kulit harian
- f. Monitor ketat area yang merah
- g. Monitor kulit di atas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi
- h. Monitor sumber tekanan dan gesekan
- i. Monitor mobilitas dan aktivitas individu

Terapeutik

- a. Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urine
- b. Ubah posisi dengan hati-hati setiap 1-2 jam
- c. Buat jadwal perubahan posisi
- d. Berikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang
- e. Jaga seprai tetap kering, bersih dan tidak ada kerutan/lipatan
- f. Gunakan kasur khusus, *jika perlu*
- g. Hindari pemijatan di atas tonjolan tulang
- h. Hindari pemberian *lotion* pada daerah luka atau kemerahan
- i. Hindari menggunakan air hangat dan sabun keras saat mandi

- j. Pastikan asupan makanan yang cukup terutama protein, vitamin B dan C, zat besi, kalori

Edukasi

- a. Jelaskan tanda-tanda kerusakan kulit
- b. Anjurkan melapor jika menemukan tanda-tanda kerusakan kulit
- c. Ajarkan cara merawat kulit
- b. Intervensi inovasi

Intervensi inovasi yang diberikan pada Ny. MM untuk mencegah terjadinya luka tekan atau ulkus dekubitus yaitu terapi topikal gel *aloe vera*.

E. Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan. Implementasi keperawatan dilakukan pada tanggal 6-9 Februari 2024 di Ruang Panyembrama (ICU) RSD Mangusada Kabupaten Badung. Beberapa intervensi yang telah dilakukan pada Ny. MM untuk mencegah luka tekan atau ulkus dekubitus adalah sebagai berikut:

1. Memeriksa luka tekan dengan menggunakan skala braden
2. Memeriksa adanya luka tekan sebelumnya
3. Memonitor suhu kulit yang tertekan
4. Memonitor status kulit harian
5. Memonitor kulit di atas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi
6. Memonitor sumber tekanan dan gesekan
7. Mengeringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urine

8. Menggunakan barrier seperti *lotion* atau bantal penyerap air
9. Mengubah posisi dengan hati-hati setiap 1-2 jam
10. Menjaga seprai tetap kering, bersih dan tidak ada kerutan/lipatan
11. Menghindari pemijatan di atas tonjolan tulang
12. Memastikan asupan makanan yang cukup terutama protein, vitamin B dan C, zat besi, kalori

F. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam pada Ny. MM dengan stroke hemoragik (ICH dan IVH) yang dilakukan pada tanggal 9 Februari 2024 pukul 09.00 WITA dengan diagnosis keperawatan risiko luka tekan didapatkan beberapa data sebagai berikut.

Subjective: Pasien DPO dan terintubasi.

Objective: Pasien sudah tirah baring selama 6 hari, hidrasi dan kelembaban kulit pada bagian rentan sudah meningkat, hiperpigmentasi dan kemerahan pada kulit menurun, suhu kulit normal.

Assesament: Masalah risiko luka tekan teratasi.

Planninng: Lanjutkan intervensi utama yaitu pencegahan luka tekan dan intervensi inovasi yaitu perawatan kulit dengan terapi topikal gel *aloe vera*.