

BAB IV

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

Bab ini mendeskripsikan terkait satu pasien kelolaan asuhan keperawatan risiko gangguan integritas kulit pada pasien stroke non hemoragik di RSUD Bangli. Proses keperawatan terdiri atas lima meliputi yang pertama pengkajian keperawatan, kedua diagnosis keperawatan, ketiga perencanaan keperawatan, keempat implementasi atau intervensi keperawatan dan yang terakhir ada evaluasi keperawatan, berikut lima proses keperawatan:

A. Pengkajian Keperawatan

Data pada pengkajian keperawatan ini diperoleh dengan wawancara langsung terhadap pasien, keluarga, maupun rekaman medis yang dimiliki pasien dengan penyakit stroke non hemoragik pada masalah keperawatan risikogangguan integritas kulit di ruang Dahlia RSUD Bangli dari tanggal 02 Maret sampai dengan 05 Maret 2024. Ketika penelitian dilaksanakan mulai bulan Maret, populasi penderita stroke non hemoragik di ruang Dahlia RSUD Bangli sebanyak 2 orang. Penentuan responden dalam proses kelolaan kasus kajian ini disesuaikan pada kriteria inklusi maupun eksklusi yang akhirnya memperoleh pasien dengan hasil disajikan pada tabel :

Tabel 1
Pengkajian Keperawatan Risiko Gangguan Integritas Kulit dengan intervensi
effleurage massage menggunakan virgin coconut oil **pada Pasien Stroke Non**
Hemoragik di Ruang Dahlia RSUD Bangli Tahun 2024

Pengkajian	Respon
1	2
Identitas klien	Pasien dengan inisial Tn.M berumur 74 tahun, dengan jenis kelamin laki-laki, pendidikan terakhir SD, sudah tidak bekerja, beragama Hindu, dan pasien berasal dari Br. Selat Peken, Kabupaten Bangli.
Pengkajian Riwayat Kesehatan	
Keluhan Utama	Pasien mengeluh lemas seluruh badan
Diagnosa Medis	SNH ec trombus (D7) HT
Riwayat Kesehatan Dahulu	Keluarga pasien menyatakan bahwa pasien memiliki riwayat Hipertensi sejak 5 tahun yang lalu dan pasien belum pernah rawat inap sebelumnya
Riwayat Kesehatan Sekarang	Pada tanggal 21 Februari 2024, pukul 16.00 Wita setelah mandi, klien mengeluh seluruh badannya lemas, kepalanya pusing, kemudian ekstremitasnya kirinya terasa kaku dan berangsur tidak dapat digerakkan, pasien susah menelan sejak 15 hari yang lalu, lalu terjadi penurunan kesadaran. Klien dibawa ke RSUD Bangli oleh keluarganya pada tanggal 21 Februari 2024, pukul 18.00 WIB masuk IGD dengan keadaan umum lemah, kesadaran somnolen, tekanan darah 190/130 mmHg. Lalu pasien dirawat inap di ruang Kenanga. Setelah itu, pada tanggal 22 Februari 2024 pukul 16.00 Wita pasien dipindah rawat ke ruang Dahlia. Saat dirawat di ruang Dahlia RSUD Bangli klien mendapatkan terapi nasal kanul 4 liter, menerima asupan nutrisi melalui NGT, terpasang kateter. Saat pengkajian tanggal 02 Maret 2024 pukul 09.00 Wita, kesadaran pasien composmentis dengan skor 14 (E4M5V5) menjalani tirah baring selama 10 hari karena gangguan mobilitas. Aktivitas klien dibantu oleh keluarga karena klien tidak dapat mengubah posisi secara mandiri. Pengkajian kekuatan otot didapatkan ekstremitas kanan (4,4) dan kiri (2,2). Pasien mendapatkan asupan nutrisi melalui NGT karena gangguan menelan, pasien masih terpasang kateter, dan pasien sudah tidak diberikan oksigen lagi. Hasil pengkajian

1	2
	didapatkan tekanan darah: 150/90 mmHg, nadi: 88 x/menit, pernafasan: 20x/menit, suhu: 37,1°C. Dilakukan pengkajian dengan skala Braden dan didapatkan skor 10 artinya klien memiliki risiko berat mengalami gangguan integritas kulit. Pengkajian integument, teraba adanya peningkatan suhu tubuh pada daerah penekanan, terlihat kulit sangat lembab, sering berkeringat dan pada bagian pantat pasien sering terpapar feses. Serta terlihat kemerahan pada bagian punggung, siku, tumit. dan pantat pasien. Tidak ditemukan lesi dan edema pada daerah dengan tulang menonjol yang mengalami penekanan dengan permukaan tempat tidur.
Riwayat Kesehatan Keluarga	Keluarga pasien mengatakan bahwa terdapat riwayat penyakit keluarga yaitu ayah pasien meninggal karena menderita penyakit stroke,
Keadaan Umum	Tingkat kesadaran pasien compos mentis, tanda vital Tekanan Darah: <u>150/90 mmHg</u> Suhu : <u>37,1°C</u> , Pernafasan : <u>20x/menit</u> , Nadi : <u>88 x/menit</u> , SpO2: 98%
Pemeriksaan Fisik	Pengkajian integument, teraba adanya peningkatan suhu tubuh pada daerah penekanan, terlihat kulit sangat lembab, sering berkeringat dan pada bagian pantat pasien sering terpapar feses. Serta terlihat kemerahan pada bagian punggung, siku, tumit. dan pantat pasien. Tidak ditemukan lesi dan edema pada daerah dengan tulang menonjol yang mengalami penekanan dengan permukaan tempat tidur.
Pengkajian Kebutuhan Dasar	- Nutrisi dan cairan: untuk pemenuhan nutrisi pasien terpasang NGT dan diberikan diet susu - Eliminasi: pasien terpasang dower kateter untuk keluaran urine dan pasien juga menggunakan pampers. - Aktivitas dan istirahat: keluarga pasien mengatakan pasien sulit menggerakkan badannya secara mandiri dan keluarga pasien mengatakan mengalami tirah baring lama sekitar 10 hari dikarenakan kelemahan pada ekstremitas kirinya, sehingga dalam pemenuhan aktivitas pasien dibantu oleh keluarga. Kemudian untuk istirahat pasien tidak terlalu mengalami kesulitan karena pasien tidur $\pm$ 6-8 jam setiap malam dan saat di rumah sakit pasien sering tidur di siang hari. - Neurosensori: pasien mengalami kelemahan anggota gerak sebelah kiri

1	2
	- Kebersihan diri: kulit pasien tampak sering lembab karena terpapar keringat dan untuk kebutuhan perawatan diri dibantu oleh keluarga
Pemeriksaan	- Pemeriksaan darah lengkap
Penunjang	- Pemeriksaan CT-Scan
Terapi Dokter	- Asetosal 1x80 mg (08) - CPG 1x75 mg (08) - IVFD D5 ¼ NS : Valamin 2 (30 tpm) - Asam Folat 2x1 (08, 18) - Citicoline 2x500 mg (08,18) - Mecobalamin 1x1 ampl (08) - Candistin drop 3x1 (08, 12, 18)

B. Diagnosis Keperawatan

1. Analisis data

Adapun analisis data dari pengkajian keperawatan asuhan keperawatan risiko gangguan integritas kulit pada pasien stroke non hemoragik di ruang Dahlia RSUD Bangli sebagai berikut:

Tabel 2
Analisis Data Asuhan Keperawatan Risiko Gangguan Integritas Kulit Pada
Pasien Stroke Non Hemoragik Di Ruang Dahlia RSUD Bangli Tahun 2024

Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1	2	3
Data Subjektif : - Keluarga pasien mengatakan pasien sulit menggerakkan badannya secara mandiri - Keluarga pasien mengatakan mengalami tirah baring lama sekitar 10 hari dikarenakan kelemahan pada ekstremitas kirinya. Data Objektif : - Kesadaran pasien composmentis dengan skor 14 (E4M5V5) - Aktivitas klien dibantu oleh keluarga karena klien tidak dapat mengubah posisi secara mandiri - Kekuatan otot didapatkan ekstremitas kanan (4,4) dan kiri (2,2) - Pasien terpasang NGT dan Kateter urine - Tekanan darah: 150/90 mmHg, nadi: 88 x/menit, pernafasan: 20x/menit, suhu: 37,1°C - Skala Braden skor 10 (risiko berat gangguan integritas kulit) - Kulit pasien teraba adanya peningkatan suhu tubuh pada daerah penekanan, terlihat kulit sangat lembab, sering berkeriat dan pada bagian pantat pasien tampak lembab karena terpapar feses - Kemerahan pada bagian punggung, siku, tumit dan pantat pasien. - Tidak ditemukan lesi dan edema pada daerah dengan tulang menonjol yang mengalami penekanan dengan permukaan tempat tidur.	Hipertensi ↓ Pembentukan trombus ↓ Obstruksi trombus di otak ↓ Penurunan aliran darah ke otak ↓ Hipoksia serebri ↓ Infark jaringan otak ↓ Gangguan pusat gerakan motorik di lobus frontalis hemisfer ↓ Mobilitas menurun ↓ Tirah baring ↓ Risiko kerusakan integritas kulit	Risiko gangguan integritas kulit

2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan data pada pengkajian dan analisis data, maka diagnosis keperawatan yang dapat dirumuskan yaitu risiko gangguan integritas kulit dibuktikan dengan faktor mekanis (penekanan).

C. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan yang dilakukan pada pasien Tn.M berfokus pada diagnosis keperawatan risiko gangguan integritas kulit sebagai berikut:

Tabel 3
Perencanaan Asuhan Keperawatan Risiko Gangguan Integritas Kulit Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di Ruang Dahlia RSUD Bangli Tahun 2024

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	2	3
Risiko gangguan integritas kulit dibuktikan dengan faktor mekanis (penekanan)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil : 1. Elastisitas meningkat (5) 2. Hidrasi meningkat (5) 3. Kerusakan kulit menurun (5) 4. Kemerahan menurun (5)	Intervensi Utama : Perawatan Integritas Kulit (I.11353) Observasi ✓ Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penggunaan mobilitas) Terapeutik ✓ Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring ✓ Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu Edukasi ✓ Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya

1	2	3
		Intervensi Pendukung : Perawatan Tirah Baring (I.14572) Observasi ✓ Monitor kondisi kulit Terapeutik ✓ Posisikan senyaman mungkin ✓ Pertahankan sprengi tetap kering, bersih dan tidak kusut Pasang siderails, jika perlu ✓ Pertahankan kebersihan pasien ✓ Ubah posisi setiap 2 jam Edukasi ✓ Jelaskan tujuan dilakukan tirah baring Pencegahan Luka Tekan (I.14543) Observasi ✓ Periksa luka tekan dengan menggunakan skala (mis. skala Norton, skala Braden) ✓ Periksa adanya luka tekan sebelumnya ✓ Monitor suhu kulit yang tekanan ✓ Monitor status kulit harian ✓ Monitor tetap area yang merah Terapeutik ✓ Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urine ✓ Ubah posisi dengan hati-hati setiap 1-2 jam ✓ Jaga sprai tetap kering, bersih dan tidak ada kerutan/lipatan Edukasi ✓ Jelaskan tanda-tanda kerusakan kulit ✓ Anjurkan melapor jika menemukan tanda-tanda kerusakan kulit ✓ Ajarkan cara merawat kulit Intervensi <i>effleurage massage</i> menggunakan <i>virgin coconut oil</i> Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur <i>effleurage massage</i> menggunakan <i>virgin coconut oil</i> 2. Ajarkan pasien dan keluarga untuk melakukan <i>effleurage massage</i> menggunakan <i>virgin coconut oil</i>

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang sudah ditetapkan. Implementasi keperawatan pada pasien Tn.M dilakukan pada tanggal 02-05 Maret 2024 di Ruang Dahlia RSUD Bangli.

Implementasi keperawatan yang sudah dilakukan pada Tn. M untuk mengatasi masalah risiko gangguan integritas kulit pada Tn. M yaitu mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penggunaan mobilitas), mengubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring, melakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu, menganjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya, memonitor kondisi kulit, memposisikan senyaman mungkin, mempertahankan spreng tetap kering, bersih dan tidak kusut, memasang siderails, mempertahankan kebersihan pasien, menjelaskan tujuan dilakukan tirah baring, memeriksa luka tekan dengan menggunakan skala (mis. skala Braden), memeriksa adanya luka tekan sebelumnya, memonitor suhu kulit yang tekanan, memonitor status kulit harian, memonitor tetap area yang merah, mengeringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urine, menjelaskan tanda-tanda kerusakan kulit, menganjurkan melapor jika menemukan tanda-tanda kerusakan kulit, mengajarkan cara merawat kulit, dan memberikan intervensi *effleurage massage* menggunakan *virgin coconut oil* yang dilakukan 2 kali dalam sehari dengan menjelaskan tujuan dan prosedur *effleurage massage* menggunakan *virgin coconut oil*, dan mengajarkan keluarga pasien untuk melakukan *effleurage massage* menggunakan *virgin coconut oil*. Data implementasi selengkapnya terlampir.

E. Evaluasi Keperawatan

Berdasarkan implementasi yang telah dilakukan pada Tn.M sesuai dengan rencana keperawatan selama tiga hari, adapun evaluasi sumatif dengan hasil sebagai berikut:

Tabel 4
Evaluasi Asuhan Keperawatan Risiko Gangguan Integritas Kulit Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di Ruang Dahlia RSUD Bangli Tahun 2024

Hari,Tanggal, Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)
Selasa, 05 Maret 2024 09.00 Wita	Subjektif : Keluarga pasien mengatakan pasien masih memerlukan bantuan untuk merubah posisi ataupun kebutuhan lainnya dikarenakan kelemahan pada ekstremitas kirinya. Objektif : 1. Elastisitas meningkat (elastisitas kulit meningkat dengan tidak ada luka pada kulit pasien ataupun penebalan pada kulit pasien) 2. Hidrasi meningkat (Kulit pasien teraba hangat pada daerah penekanan, terlihat kulit pasien lebih sehat, kelembapan kulit membaik, kulit terhidrasi, dan pada bagian pantat pasien tampak bersih dan kering) 3. Kerusakan kulit menurun (Skala Braden meningkat dengan skor 15 dengan kategori risiko ringan gangguan integritas kulit) 4. Kemerahan menurun (Kemerahan pada bagian punggung, siku, tumit dan pantat pasien berkurang) Assessment : Masalah keperawatan risiko gangguan integritas kulit teratasi sebagian Planning : - Pertahankan kondisi pasien - KIE keluarga untuk tetap merawat kulit pasien menggunakan <i>virgin coconut oil</i> - KIE keluarga agar rutin merubah posisi miring kanan atau kiri setiap 2 jam