

## LAMPIRAN

### Lampiran 1 Jadwal Kegiatan Karya Ilmiah

**Jadwal Kegiatan Karya Ilmiah Akhir Ners Asuhan 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**

No	Kegiatan	Waktu Kegiatan (Dalam Minggu)											
		Maret 2023				April 2023				Mei 2023			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Pengajuan judul KIA-N	■											
2	Pengurusan izin pengambilan data KIA-N												
3	Pengumpulan data	■	■										
4	Pelaksanaan asuhan keperawatan	■	■										
5	Pengolahan data			■	■								
6	Analisis data				■	■							
7	Penyusunan laporan						■	■	■				
8	Sidang hasil karya tulis ilmiah								■	■			
9	Revisi laporan										■	■	■
10	Pengumpulan KIA-N												■

Keterangan: warna hitam merupakan proses karya ilmiah

## Lampiran 2 Realisasi Anggaran Biaya Karya Ilmiah

### Realisasi Anggaran Biaya Karya Ilmiah Asuhan 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

Alokasi dana yang diperlukan dalam karya ilmiah ini sebagai berikut:

No	Kegiatan	Biaya
1	Tahap persiapan a. Penggandaan lembar izin pengambilan data b. Pengurusan izin	Rp 20.000,00 Rp 350.000,00
2	Tahap pelaksanaan a. Instrumen karya ilmiah b. Transportasi dan akomodasi	Rp 30.000,00 Rp 100.000,00
3	Tahap akhir a. Penyusunan laporan b. Penggandaan laporan c. Revisi laporan d. Biaya tidak terduga	Rp 100.000,00 Rp 200.000,00 Rp 100.000,00 Rp 200.000,00
Total biaya		Rp 1.100.000,00

### Lampiran 3 Lembar Permohonan Menjadi Responden

#### Lembar Permohonan Menjadi Responden

Kepada

Yth. Bapak/Ibu/Saudara/i Calon Responden

di –

Ruang Dahlia RSUD Bangli

Dengan hormat,

Saya mahasiswa Profesi Ners Politeknik Kesehatan Kemenkes Denpasar semester II bermaksud melakukan pembuatan karya ilmiah akhir ners tentang “Asuhan 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”, sebagai persyaratan untuk menyelesaikan program studi Profesi Ners. Berkaitan dengan hal tersebut, saya mohon kesediaan bapak/ibu/saudara/i untuk menjadi responden yang merupakan sumber informasi bagi karya ilmiah akhir ners ini. Informasi yang bapak/ibu/saudara/i berikan akan dijaga kerahasiaannya.

Demikian permohonan ini saya sampaikan dan atas partisipasinya saya ucapkan terima kasih.

Bangli,

2024

Penulis

Pande Putu Anggi Juliani Oka  
NIM. P07120323101

## Lampiran 4 Informed Consent

### Persetujuan Setelah Penjelasan (*Informed Consent*) Sebagai Peserta Karya Ilmiah

Yang terhormat Bapak/Ibu/Saudara/i, kami meminta kesediannya untuk berpartisipasi dalam karya ilmiah ini. Keikutsertaan dari karya ilmiah ini bersifat sukarela/tidak memaksa. Mohon untuk dibaca penjelasan di bawah dengan saksama dan disilakan bertanya bila ada yang belum dimengerti.

Judul	Asuhan Keperawatan Risiko Gangguan Integritas Kulit Dengan Intervensi <i>Effleurage Massage</i> Menggunakan <i>Virgin Coconut Oil</i> Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di Ruang Dahlia RSUD Bangli Tahun 2024
Penulis	Pande Putu Anggi Juliani Oka
Institusi	Poltekkes Kemenkes Denpasar
Lokasi karya ilmiah	Ruang Dahlia RSUD Bangli
Sumber pendanaan	Swadana

Karya ilmiah ini bertujuan untuk mengetahui asuhan 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. Jumlah peserta sebanyak 1 orang dengan syarat yaitu kriteria inklusi, pasien stroke non hemoragik yang menjalani perawatan di Ruang Dahlia RSUD Bangli, pasien yang mengalami tirah baring, dan pasien yang bersedia menjadi responden dengan menandatangani *informed consent* saat pengambilan data dan pelaksanaan asuhan keperawatan. Kriteria eksklusi, pasien yang terdiagnosa stroke non hemoragik dalam keadaan tidak sadar dan pasien yang memiliki alergi dengan penggunaan minyak *virgin coconut oil*. Karya ilmiah ini terdapat perlakuan yang akan diberikan kepada peserta yang berupa intervensi *effleurage massage* menggunakan *virgin coconut oil* untuk membantu merawat integritas kulit pada pasien stroke non hemoragik yang akan didokumentasikan dalam bentuk asuhan keperawatan.

Atas kesediaan berpartisipasi dalam karya ilmiah ini maka akan diberikan imbalan berupa minyak *virgin coconut oil* sebagai pengganti waktu yang diluangkan untuk penelitian ini. Peneliti menjamin kerahasiaan semua data peserta karya ilmiah ini dengan menyimpannya dengan baik dan hanya digunakan untuk kepentingan karya ilmiah.

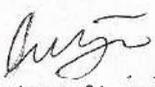
Kepesertaan Bapak/Ibu/Saudara/i pada karya ilmiah ini bersifat sukarela. Bapak/Ibu/Saudara/i dapat menolak untuk menjawab pertanyaan yang diajukan pada karya ilmiah atau menghentikan kepesertaan dari karya ilmiah kapan saja tanpa ada sanksi. Keputusan Bapak/Ibu/Saudara/i untuk berhenti sebagai peserta karya ilmiah tidak akan memengaruhi mutu dan akses/kelanjutan pengobatan yang akan diberikan.

Jika setuju untuk menjadi peserta karya ilmiah ini, Bapak/Ibu/Saudara/i diminta untuk menandatangani formulir “Persetujuan Setelah Penjelasan (*Informed Consent*) Sebagai Peserta karya ilmiah” setelah Bapak/Ibu/Saudara/i benar-benar memahami tentang karya ilmiah ini. Bapak/Ibu/Saudara/i akan diberi salinan persetujuan yang sudah ditandatangani ini.

Bila selama berlangsungnya karya ilmiah terdapat perkembangan baru yang dapat memengaruhi keputusan Bapak/Ibu/Saudara/i untuk kelanjutan kepesertaan dalam karya ilmiah, penulis akan menyampaikan hal ini kepada Bapak/Ibu/Saudara/i. Bila ada pertanyaan yang perlu disampaikan kepada penulis, silakan hubungi penulis: CP: Anggi (087862650220)

Tanda tangan Bapak/Ibu/Saudara/i di bawah ini menunjukkan bahwa Bapak/Ibu/Saudara/i telah membaca, telah memahami dan telah mendapat kesempatan untuk bertanya kepada penulis tentang karya ilmiah ini dan **menyetujui untuk menjadi peserta karya ilmiah.**

Peserta/Subjek Karya Ilmiah, Wali

  
(...Ni Nijm Swining...)

Bangli, .....2024  
Penulis

(Pande Putu Anggi Juliani Oka)

Saya menyatakan bahwa informasi pada formulir penjelasan telah dijelaskan dengan benar dan dimengerti oleh peserta karya ilmiah dan persetujuan untuk menjadi peserta karya ilmiah diberikan secara sukarela.

### Lampiran 5 Asuhan Keperawatan

<b>Politeknik Kesehatan Denpasar</b>		<b>Form.JKP.09.0.2019</b>						
<b>Jurusan Keperawatan</b>								
<b>ORIENTASI PASIEN BARU</b>								
Nama	: Tn.M							
Tanggal Lahir	: 01 Juli 1949							
No RM	: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;">3</td> <td style="width: 20px;">3</td> <td style="width: 20px;">8</td> <td style="width: 20px;">4</td> <td style="width: 20px;">7</td> <td style="width: 20px;">3</td> </tr> </table>		3	3	8	4	7	3
3	3	8	4	7	3			
		L / P						

NO	PROSEDUR	DOKUKAN	KET
1	Memberi salam	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
2	Mengantar pasien ke ruangan	<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
3	Memberi penjelasan kepada pasien dan keluarga pasien tentang : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Peraturan rumah sakit tentang hak dan kewajiban pasien dan keluarga</li> <li>- Informasi tentang petugas yang merawat</li> <li>- Informasi tentang catatan perkembangan kondisi pasien dan rencana asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan</li> <li>- Informasi tentang persiapan pasien pulang</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	

Bangli, 02 Maret 2024

Perawat

Pasien / Keluarga Pasien

( Ny. S )

( Anggi )



**POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR  
JURUSAN KEPERAWATAN**



**FORMAT PENGKAJIAN**

Nama : Tn. M Tanggal Lahir/Umur : 01 Juli 1949 No RM : 338473 Jenis Kelamin : Laki-Laki	<b>PENGKAJIAN KEPERAWATAN KELOMPOK DEWASA RAWAT INAP</b>
--	--

Tgl : 02/03/24

Jam : 09.00

Wita

 Sumber data : ( ) Pasien, (✓) Keluarga, (✓) Lainnya  
RME

Ruangan : Dahlia

<b>IDENTITAS PASIEN</b>
Kewarganegaraan : (✓) WNI, ( ) WNA : _____ Agama : (✓) Hindu, ( ) Islam, ( ) Protestan, ( ) Katolik, ( ) Budha, ( ) Lainnya : _____ Pendidikan : ( ) Tidak Sekolah, (✓) SD, ( ) SMP, ( ) SMA, ( ) Perguruan Tinggi
<b>RIWAYAT KESEHATAN</b>
Tanggal MRS : 22 Februari 2024
Keluhan utama saat MRS : Pasien mengeluh lemas seluruh badan
Diagnosa medis saat ini : SNH ec trombus (D7) HT
Riwayat keluhan/penyakit saat ini :
<p>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.</p> <p>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 sulit bicara, pasien masih terpasang kateter, dan pasien sudah tidak diberikan oksigen lagi. Hasil pengkajian 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</p>

integument, teraba adanya peningkatan suhu tubuh pada daerah penekanan, terlihat kulit sangat lembab, sering berkeringat dan pada bagian pantat pasien sering terpapar feces. 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 penyakit terdahulu : Pasien memiliki riwayat Hipertensi sejak 5 tahun yang lalu

- Riwayat MRS sebelumnya :  Tidak  Ya, Lamanya : \_\_\_ hr, alasan : \_\_\_\_\_
- Riwayat dioperasi :  Tidak  Ya, jelaskan : \_\_\_\_\_
- Riwayat Kelainan Bawaan :  Tidak  Ya, jelaskan : \_\_\_\_\_
- Riwayat Alergi :  Tidak  Ya, jelaskan : \_\_\_\_\_
- Riwayat penyakit keluarga :  Tidak  Ya, jelaskan : Ayah klien memiliki riwayat stroke dan sudah meninggal

#### PROSEDUR INVASIF (yang terpasang saat ini)

- Infus intra vena, di pasang di : tangan kanan tanggal : 01/03/2024,  
 Central line (CVP), di pasang di : \_\_\_ tanggal : \_\_\_/\_\_\_/  
 Dower chateter, di pasang di : \_\_\_ tanggal : 22/02/2024  
 Selang NGT, di pasang di : lubang hidung kiri tanggal : 22/02/2024  
 Tracheostomy, di pasang di : \_\_\_\_\_ tanggal : \_\_\_/\_\_\_/  
 Lain lain : \_\_\_\_\_ tanggal : \_\_\_/\_\_\_/

#### KONTROL RISIKO INFEKSI

Status :  Tidak diketahui,  Suspect,  Diketahui :  MRSA,  TB,  Infeksi Opportunistik/tropik, Additional precaution yang harus dilakukan :  Droplet,  Airborn,  Contact,  Skin,  Contact Multi-Resistent Organisme  Standar

#### KEADAAN UMUM

**Kesadaran** :  Compos mentis,  Apatis,  Somnolen,  Soporocoma,  Coma  
**Tanda-tanda Vital** : Suhu : 37,1°C, Pernafasan : 20x/menit, Nadi : 88 x/menit,  
 Tekanan Darah : 150/90 mmHg

**PENILAIAN NYERI :**

**Catatan :** Untuk pasien sadar gunakan skala WBS dan NRS, untuk pasien tidak sadar gunakan skalaBPS

**Behavior Pain Scale (BPS)**

Penilaian	Deskripsi	Skor	Wong Backer (WBS) dan Numeric Rating Scale (NRS)/VAS
Ekspresi wajah	Rileks	1	Skor : 0 = Tidak Nyeri      1-4 = Nyeri Ringan Nyeri : (✓)Tidak ( )Ya, Skala WBS/NRS/BPS/VAS: _____ Lokasi nyeri : _____ Frekuensi Nyeri : ( )Jarang ( )Hilang timbul ( )Terus-menerus Lama Nyeri : _____ Menjalar : ( )Tidak ( )Ya, ke : _____ Kualitas Nyeri : ( )Tumpul ( )Tajam ( )Panas/terbakar ( )Lain-lain : _____ Faktor pemicu/ yang memperberat : _____ Faktor yang mengurangi/menghilangkan nyeri : _____
	Tegang partial	2	
	Tegang	3	
	Meringis	4	
Ekstremitas atas	Tidak bergerak	1	
	Menekuk partial	2	
	Menekuk dgn fleksi jari	3	
	Retraksi permanen	4	
Kepatuhan dengan ventilasi	Toleransi baik	1	
	Batuk tapi sebagian besar toleransi dgn ventilasi	2	
	Fighting dgn ventilator	3	
	Tidak dapat mengontrol ventilator	4	
Total Skor			

**PEMERIKSAAN FISIK**

**Kepala :** (✓)Normosefali ( )Mikrosefali ( )Hidrosefali  
 ( ) lesi/luka ( ) hematoma ( ) perdarahan ( ) luka sobek ( ) lain-lain  
 Warna rambut Putih  
 Kelainan: tidak ada

**Mata :** Konjungtiva : (✓)Merah muda ( )Pucat ( ) Sklera : ( )Normal ( )Ikterus Lain-lain  
 Penglihatan: ( ) normal ( ) kacamata  
 Pupil : (✓) isokor ( ) anisokor ( ) midriasis ( ) katarak  
 Kebutaan: ( ) tidak (✓)ya, jelaskan pasien mengalami kebutaan sejak tahun 2010

**Leher :** Bentuk : (✓)Normal Kelainan : ( )Tidak ( )Ya, jelaskan: \_\_\_\_\_

**Hidung:** Penghidu : (✓) normal ( ) ada gangguan Sekret/darah/polip  
 Tarikan cuping hidung: ( ) ya (✓) tidak

**Telinga:** pendengaran: (✓) normal ( ) kerusakan ( ) tuli kanan/kiri ( ) tinnitus ( ) alat bantu dengar ( ) lainnya

**Mulut dan gigi:** bibir: ( ) lembab (✓) kering ( ) sianosis ( ) pecah-pecah  
 Mulut dan tenggorokan: (✓) normal ( ) lesi ( ) stomatitis  
 Gigi: ( ) penuh/normal (✓) ompong ( ) lain-lain

**Dada :** Bentuk : (✓)Simetris Kelainan : (✓)Tidak ( )Ya, jelaskan: \_\_\_\_\_  
 Irama Nafas : (✓)Regular ( )Irregular  
 Suara Nafas : (✓)Normal ( )Wheezing : ( )Tidak ( )Ya  
 Batuk : (✓)Tidak ( )Ya  
 Retraksi : (✓)Tidak ( )Ya  
 Sekret : (✓)Tidak ( )Ada, Warna/Jumlah \_\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Abdomen :** Kembung : (✓)Tidak ( )Ya Bising Usus : (✓)Normal ( )Abnormal, jelaskan:\_\_\_\_  
 Ascites: (✓)Tidak ( )Ya

<p><b>Ekstremitas</b> : Akral : (<input checked="" type="checkbox"/>)Hangat (<input type="checkbox"/>)Dingin, Pergerakan : (<input type="checkbox"/>)Aktif (<input checked="" type="checkbox"/>)Pasif,  Kekuatan Otot : (<input type="checkbox"/>)Kuat (<input checked="" type="checkbox"/>)Lemah  Capillary Refill Time : (<input checked="" type="checkbox"/>) &lt; 3 detik (<input type="checkbox"/>) &gt; 3 detik  Hemiplegi/parese : (<input type="checkbox"/>)Tidak (<input checked="" type="checkbox"/>)Ya, jelaskan : <u>Pasien mengalami kelemahan tubuh bagian kiri</u>  Edema: (<input checked="" type="checkbox"/>)Tidak (<input type="checkbox"/>)Ya, jelaskan : _____  Kelainan : (<input checked="" type="checkbox"/>)Tidak (<input type="checkbox"/>)Ya, jelaskan : _____  <b>Kulit</b> : Warna : (<input checked="" type="checkbox"/>)Normal, (<input type="checkbox"/>)Ikterus, Sianosis, Membran Mukosa : (<input checked="" type="checkbox"/>)Lembab, (<input type="checkbox"/>)Kering, (<input type="checkbox"/>)Stomatitis  Hematome : (<input checked="" type="checkbox"/>)Tidak, (<input type="checkbox"/>)Ya Luka : (<input checked="" type="checkbox"/>)Tidak, (<input type="checkbox"/>)Ya, jelaskan : _____   Masalah integritas kuliati : (<input type="checkbox"/>)Tidak (<input checked="" type="checkbox"/>)Ya, jelaskan: __  <i>(Jika ya, kaji lebih lanjut dengan form skin risk assessment)</i>   <b>Anus dan Genetalia</b> : Kelainan/masalah : (<input checked="" type="checkbox"/>)Tidak (<input type="checkbox"/>)Ya, jelaskan : _____</p>
<b>DATA BIOLOGIS</b>
<p><b>Pernapasan</b> : Kesulitan bernafas : (<input checked="" type="checkbox"/>)Tidak, (<input type="checkbox"/>)Ya : memakai O<sub>2</sub> _____lt/menit dengan : (<input type="checkbox"/>)Nasal canule, (<input type="checkbox"/>)Sungkup, (<input type="checkbox"/>)Masker</p> <p><b>Makan dan Minum</b> : Nafsu makan : (<input checked="" type="checkbox"/>)Baik, (<input type="checkbox"/>)Tidak, Jenis Makanan : (<input type="checkbox"/>)Bubur, (<input type="checkbox"/>)Nasi, (<input checked="" type="checkbox"/>) Susu ,  Frekuensi <u>3x</u>/hari selama di Rumah sakit  Kesulitan makan : (<input type="checkbox"/>)Tidak, (<input checked="" type="checkbox"/>)Ya, Kebiasaan makan : (<input type="checkbox"/>)Mandiri, (<input type="checkbox"/>)Dibantu, (<input type="checkbox"/>)Ketergantungan  (<input checked="" type="checkbox"/>)Menggunakan NGT  Keluhan : Mual : (<input checked="" type="checkbox"/>)Tidak, (<input type="checkbox"/>)Ya Muntah : (<input checked="" type="checkbox"/>)Tidak, (<input type="checkbox"/>)Ya, Warna/Volume _____/ _____ ml  Makanan pantangan : Makanan tinggi lemak dan kolesterol  Makanan yang disukai: Nasi + Kuah  Makanan yang tidak disukai: Makanan pedas</p>
<p><b>Eliminasi</b> : Bak : (<input checked="" type="checkbox"/>)Normal, (<input type="checkbox"/>)Tidak,  Masalah perkemihan : (<input checked="" type="checkbox"/>)Tidak ada, (<input type="checkbox"/>)Ada : (<input type="checkbox"/>)Retensi urine, (<input type="checkbox"/>)Inkontinensia urine, (<input type="checkbox"/>)Dialysis  Warna urine : (<input checked="" type="checkbox"/>)Kuning jernih, (<input type="checkbox"/>)Keruh, (<input type="checkbox"/>)Kemerahan, Frekuensi : _____/hari  Bab : (<input type="checkbox"/>)Normal, (<input checked="" type="checkbox"/>)Tidak,  Masalah defekasi : (<input type="checkbox"/>)Tidak ada, (<input checked="" type="checkbox"/>)Ada : (<input type="checkbox"/>)stoma, (<input type="checkbox"/>)sthresia ani, (<input checked="" type="checkbox"/>)konstipasi, (<input type="checkbox"/>)diare  Warna feses : (<input type="checkbox"/>)Kuning, (<input checked="" type="checkbox"/>)Kecoklatan, (<input type="checkbox"/>)Kehitaman, Perdarahan : (<input checked="" type="checkbox"/>)Tidak, (<input type="checkbox"/>)Ya, Frekuensi : ____/hari</p>
<p><b>Istirahat Tidur</b> : Lama tidur <u>6-8</u> jam/hari Kesulitan Tidur : (<input checked="" type="checkbox"/>)Tidak, (<input type="checkbox"/>)Ya  Tidur siang : (<input type="checkbox"/>)Tidak, (<input checked="" type="checkbox"/>)Ya  Kebiasaan pengantar tidur: Tidak ada  Kebiasaan saat tidur : Tidak ada</p>
<p><b>Mobilisasi</b> : (<input type="checkbox"/>)Normal/mandiri, (<input checked="" type="checkbox"/>)Dibantu, (<input type="checkbox"/>)Menggunakan kursi roda,Lain-lain _____  Kegiatan di waktu luang: Lebih banyak berdiam diri</p>
<b>DATA PSIKOLOGIS</b>
<p>Masalah Perkawinan : (<input checked="" type="checkbox"/>)Tidak Ada (<input type="checkbox"/>)Ada, Jelaskan (<input type="checkbox"/>)Cerai (<input type="checkbox"/>) lain lain _____  Tinggal bersama keluarga : (<input checked="" type="checkbox"/>)Ya (<input type="checkbox"/>)Tidak, Jelaskan _____  Trauma dalam kehidupan : (<input checked="" type="checkbox"/>)Tidak ada (<input type="checkbox"/>)Ada, jelaskan : _____  Mengalami kekerasan fisik : (<input checked="" type="checkbox"/>)Tidak ada (<input type="checkbox"/>)Ada Mencederai diri/orang lain : (<input type="checkbox"/>)Pernah (<input type="checkbox"/>)Tidak pernah  Gangguan Tidur : (<input checked="" type="checkbox"/>)Tidak ada (<input type="checkbox"/>)Ada Konsultasi dengan psikolog/psikiater : (<input type="checkbox"/>)Tidak pernah (<input type="checkbox"/>)Pernah  Riwayat kebiasaan : (<input type="checkbox"/>)Merokok (<input type="checkbox"/>)Alkohol (<input type="checkbox"/>)Lain lain _____ Jenis dan jumlah perhari : _____  Penggunaan alat bantu lihat: (<input type="checkbox"/>)Tidak (<input checked="" type="checkbox"/>)Ya, jelaskan : menggunakan kacamata  Penggunaan alat bantu dengar: (<input checked="" type="checkbox"/>)Tidak (<input type="checkbox"/>)Ya, jelaskan : _____  Hal yang dipikirkan saat ini : <u>Ingin lekas pulih dan pulang ke rumah</u>  Harapan setelah menjalani perawatan: : <u>semoga sakitnya tidak parah</u>  Perubahan yang dirasa setelah sakit: : <u>badan lebih lemas</u>  Suasana hati: : <u>Baik</u></p>

Bicara  
 Y Jelas Bahasa utama : Bahasa Indonesia  
 Y Relevan Bahasa daerah : Bahasa Bali  
 ✓ Mampu mengerti orang lain  
 Gangguan seksual: (✓)Tidak ( )Ya,, jika ya:  
 Y fertilitas  menstruasi  
 Y libido  kehamilan  
 Y ereksi  alat kontrasepsi  
 Yang dilakukan jika sedang stres:  
 Y pemecahan masala  cari pertolongan  tidur  
 Y makan  makan obat  lain-lain (misalnya marah, diam, dll)

#### DATA SOSIAL, EKONOMI, DAN SPIRITUAL

**Tinggal bersama keluarga kandung :** (✓)Ya ( )Tidak, jelaskan : \_\_\_\_\_  
 Pembuat keputusan dalam keluarga: Kepala keluarga  
 Kesulitan dalam keluarga:  
 Y Hubungan dengan orang tua  
 Y Hubungan dengan sanak keluarga  
 Y Hubungan dengan suami/istri  
**Pekerjaan:** ( )Pegawai Swasta ( )PNS ( )TNI/POLRI ( )Wiraswasta ( )Petani (✓)Tidak bekerja  
 Jumlah jam kerja:  
 Jadwal kerja:  
 Keuangan: (✓) Memadai ( ) Kurang  
**Pembiayaan Kesehatan :** ( )Biaya sendiri (✓)Asuransi ( )Perusahaan ( )Lain-lain, jelaskan : \_\_\_\_\_  
**Kegiatan beribadah:** ( )Selalu (✓)Kadang ( )Tidak pernah **Perlu Rohanian :** ( )Tidak ( )Ya,  
 jelaskan \_\_\_\_\_  
 Apakah Tuhan, Agama atau Kepercayaan penting untuk anda: ( )Tidak (✓)Ya  
 Kegiatan agama atau kepercayaan yang ingin dilakukan selama di rumah sakit, sebutkan:

#### ASSESMEN FUNGSIONAL (Bartel Indeks)

NO	FUNGSI	SKOR				SKOR
		0	1	2	3	
01	Mengontrol BAB	Inkontinen/tidak teratur (perlu enema)	Kadang Inkontinen (1xseminggu)	Kontinen teratur		1
02	Mengontrol BAK	Inkontinen/pakai kateter dan tidak terkontrol	Kadang inkontinen (max 1x24jam)	Mandiri		0
03	Membersihkan diri (lap muka, sisir rambut, sikat gigi)	Butuh pertolongan orang lain	Mandiri			0
04	Penggunaan toilet, pergi ke dalam dari WC (melepas, memakai celana, menyeka, menyiram)	Tergantung pertolongan orang lain	Perlu pertolongan pada beberapa aktivitas terapi, dapat mengerjakan sendiri beberapa aktivitas lain			0
05	Makan	Tidak mampu	Perlu seseorang menolong memotong makanan	Mandiri		0
06	Berpindah tempat dari tidur ke duduk	Tidak mampu	Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (2 orang)	Bantuan 1 orang	Mandiri	1



## DATA TAMBAHAN

### DATA PENUNJANG

a. Pemeriksaan Laboratorium

Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 01-03-2024

Nama Test	H/L	Hasil	Satuan	Nilai Normal
<b>Hematologi</b>				
WBC	H	11.58	10 <sup>9</sup> /L	3.5 – 9.5
NEU%	H	88.3	%	40 – 75
NEU#	H	10.23	10 <sup>9</sup> /L	1.8 – 6.3
LYM%	L	7.5	%	20 – 50
LYM#	L	0.87	10 <sup>9</sup> /L	1.1 – 3.2
MON%	L	1.5	%	3 – 10
MON#	N	0.17	10 <sup>9</sup> /L	0.1 – 0.6
EOS%	N	2.5	%	0.4 – 8
EOS#	N	0.29	10 <sup>9</sup> /L	0.02 – 0.52
BAS%	N	0.2	%	0 – 1
BAS#	N	0.02	10 <sup>9</sup> /L	0 – 0.06
RBC	N	4.87	10 <sup>12</sup> /L	4.3 – 5.8
RDW-CV	N	12	%	11 – 16
RDW-SD	N	47.6	fL	35 – 56
HGB	N	15.5	g/dL	13 – 17.5
HCT	N	46.2	%	40 – 50
MCV	N	94.9	fL	82 – 100
MCHC	N	33.6	g/dL	31.6 – 35.4
PLT	N	219	10 <sup>9</sup> /L	150 – 350
P-LCR	N	32.8	%	11 – 45
P-LCC	N	72	10 <sup>9</sup> /L	30 – 90
MPV	N	9.6	fL	6.5 – 12
PDW	N	11.2	fL	9 – 17
PCT	N	0.21	%	0.1 – 0.28

**b. Pemeriksaan CT-Scan**

Kesan :

- Chronic cerebral infarction disertai gambaran ensefalomalasia pada lobus occipital kanan
- Chronic cerebral infarction pada lobus temporal kanan, lobus frontal kanan, dan corona radiata kanan
- Small vessel ischemic changes pericornu anterior dan posterior ventrikel lateralis kanan kiri
- Brain atrofi
- Retention cyst sinus maksilaris kanan kiri

**c. Terapi**

- Asetosal 1x80 mg (08)
- CPG 1x75 mg (08)
- Asam Folat 2x1 (08, 18)
- Citicoline 2x500 mg (08,18)
- Mecobalamin 1x1 ampl (08)
- Candistin drop 3x1 (08, 12, 18)
- IVFD D5 ¼ NS : VALAMIN 2 (30 tpm)

Perawat Pengkaji

(Anggi Juliani Oka)

**POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR  
JURUSAN KEPERAWATAN**

Nama : Tn. M  
 Tanggal Lahir/Umur : 01 Juli 1949  
 No RM : 338473  
 Jenis Kelamin : Laki-Laki

**PENGAJIAN RISIKO GANGGUAN  
INTEGRITAS KULIT  
(SKALA BRADEN)**

**Pengkajian dilakukan saat:**

- **Initial assessment dilakukan pertama kali di ruang rawat inap**
- **Pengkajian ulang dilakukan setiap minggu**

No.	Dimensi	Skor Pengkajian		
		Tanggal	02/03/24	03/03/24
1	Sensori Persepsi	2	3	3
2	Kelembaban Kulit	2	3	3
3	Aktivitas	1	1	1
4	Mobilisasi	2	2	3
5	Status Nutrisi	2	2	3
6	Pergesekan Kulit	1	2	2
	Total Skor	10	13	15
	Paraf>Nama Terang	Anggi	Anggi	Anggi

**Protokol pengkajian risiko gangguan integritas kulit dengan Skala Braden**

		1	2	3	4
1	Sensori persepsi	Keterbatasan total	Sangat terbatas	Agak terbatas	Tidak ada kelemahan
2	Kelembaban kulit	Selalu lembab	Sering lembab	Kadang-kadang lembab	Jarang lembab
3	Aktivitas	Bedrest	Bisa duduk	Kadang-kadang jalan	Sering jalan
4	Mobilisasi	Imobilisasi total	Sangat terbatas	Agak terbatas	Tidak ada batasan
5	Status nutrisi	Sangat kurang	Mungkin tidak cukup	Cukup	Sangat baik
6	Pergesekan	Bermasalah	Potensi ada masalah	Tidak ada masalah	

**Derajat risiko:**

Risiko rendah : 15-18  
 Risiko sedang : 13-14  
 Risiko tinggi : 10-12  
 Risiko sangat tinggi : ≤ 9



**POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR**  
**JURUSAN KEPERAWATAN**



Nama : Tn. M  
Tanggal Lahir/Umur : 01 Juli 1949  
No RM : 338473  
Jenis Kelamin : Laki-Laki

**PENGAJIAN RISIKO JATUH DEWASA**  
**(SKALA MORSE)**

Ruangan:		Lembar ke:										
No	Item penilaian	Tgl	2/3/24	3/3/24	4/3/24							
		Jam	09.00	09.00	09.00							
		Skor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	<b>Usia</b>											
	a. Kurang dari 60 tahun	0										
	b. Lebih dari 60 tahun	1	1	1	1							
	c. Lebih dari 80 tahun	2										
2	<b>Defisit Sensoris</b>											
	a. Kacamata bukan bifokal	0										
	b. Kacamata bifokal	1										
	c. Gangguan pendengaran	1										
	d. Kacamata multifokal	2										
	e. Katarak/glaukoma	2										
	f. Hampir tidak melihat/buta	3	3	3	3							
3	<b>Aktivitas</b>											
	a. Mandiri	0										
	b. ADL dibantu sebagian	2										
	c. ADL dibantu penuh	3	3	3	3							
4	<b>Riwayat Jatuh</b>											
	a. Tidak pernah	0										
	b. Jatuh < 1 tahun	1	1	1	1							
	c. Jatuh < 1 bulan	2										
	d. Jatuh saat dirawat sekarang	3										
5	<b>Kognisi</b>											
	a. Orientasi baik	0	0	0	0							
	b. Kesulitan mengerti perintah	2										
	c. Gangguan memori	2										
	d. Kebingungan	3										
	e. Disorientasi	3										
6	<b>Pengobatan dan Penggunaan Alat Kesehatan</b>											
	a. > 4 jenis pengobatan	1										
	b. Antihipertensi /hipoglikemik/antidepresan	2										
	c. Sedatif/psikotropika/narkotika	2										
	d. Infus/epidural/spinal/dower kateter/traksi	2	2	2	2							
7	<b>Mobilitas</b>											
	a. Mandiri	0										
	b. Menggunakan alat bantu berpindah	1										
	c. Koordinasi/keseimbangan buruk	2										
	d. Dibantu sebagian	3										
	e. Dibantu penuh/bedrest/nurse assist	4	4	4	4							
	f. Lingkungan dengan banyak furniture	4										
8	<b>Pola BAB/BAK</b>											
	a. Teratur	0										
	b. Inkontinensia urine/feses	1										
	c. Nokturia	2										
	d. Urgensi/frekuensi	3	3	3	3							
9	<b>Komorbidity</b>											
	a. Diabetes/penyakit jantung/stroke/ISK, dll	2										
	b. Gangguan saraf pusat/parkinson	3										
	c. Pasca bedah 0-24 jam	3										
<b>Total skor</b>			17		17	17						
<b>Keterangan</b>												
<b>Risiko rendah</b>		<b>0-7</b>										
<b>Risiko tinggi</b>		<b>8-13</b>										
<b>Risiko sangat tinggi</b>		<b>≥ 14</b>	√		√	√						
<b>Nama/paraf</b>			Anggi		Anggi	Anggi						

**POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR  
JURUSAN KEPERAWATAN**

Nama : Tn. M  
 Tanggal Lahir/Umur : 01 Juli 1949  
 No RM : 338473  
 Jenis Kelamin : Laki-Laki

**ANALISA DATA**

No	Data Fokus	Analisis	Masalah Keperawatan
1	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga pasien mengatakan pasien sulit menggerakkan badannya secara mandiri</li> <li>- Keluarga pasien mengatakan mengalami tirah baring lama sekitar 10 hari dikarenakan kelemahan pada ekstremitas kirinya.</li> </ul> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kesadaran pasien composmentis dengan skor 14 (E4M5V5)</li> <li>- Aktivitas klien dibantu oleh keluarga karena klien tidak dapat mengubah posisi secara mandiri</li> <li>- Kekuatan otot didapatkan ekstremitas</li> </ul>	<p style="text-align: center;">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        ↓</p>	<p style="text-align: center;">Risiko kerusakan integritas kulit</p>

	<p>kanan (4,4) dan kiri (2,2)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terpasang NGT dan Kateter urine</li> <li>- Tekanan darah: 150/90 mmHg, nadi: 88 x/menit, pernafasan: 20x/menit, suhu: 37,1°C</li> <li>- Skala Braden skor 10 (risiko berat gangguan integritas kulit)</li> <li>- Kulit pasien teraba adanya peningkatan suhu tubuh pada daerah penekanan, terlihat kulit sangat lembab, sering berkeringat dan pada bagian pantat pasien tampak lembab karena terpapar feses</li> <li>- Kemerahan pada bagian punggung, siku, tumit dan bagian pantat pasien.</li> <li>- Tidak ditemukan lesi dan edema pada daerah dengan tulang menonjol yang mengalami penekanan dengan permukaan tempat tidur.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Tirah baring ↓ Risiko kerusakan integritas kulit</p>	
--	---	---	--



**POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR  
JURUSAN KEPERAWATAN**



Nama : Tn. M  
Tanggal Lahir/Umur : 01 Juli 1949  
No RM : 338473  
Jenis Kelamin : Laki-Laki

**RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN**

Tgl.	Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Rencana Tindakan Keperawatan	Tanda Tangan
02/03/2024 09.00 Wita	Risiko gangguan integritas kulit dibuktikan dengan penurunan mobilitas	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)	<p><b>Intervensi Utama :</b> <b>Perawatan Integritas Kulit (I.11353)</b> <b>Observasi</b> ✓ Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penggunaan mobilitas) <b>Terapeutik</b> ✓ Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring ✓ Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu <b>Edukasi</b> ✓ Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya</p> <p><b>Intervensi Pendukung :</b> <b>Perawatan Tirah Baring (I.14572)</b> <b>Observasi</b> ✓ Monitor kondisi kulit <b>Terapeutik</b> ✓ Posisikan senyaman mungkin</p>	

			<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pertahankan sprei tetap kering, bersih dan tidak kusut</li> <li>✓ Pasang siderails, jika perlu</li> <li>✓ Pertahankan kebersihan pasien</li> <li>✓ Ubah posisi setiap 2 jam</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Jelaskan tujuan dilakukan tirah baring</li> </ul> <p><b>Pencegahan Luka Tekan (I.14543)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Periksa luka tekan dengan menggunakan skala (mis. skala Norton, skala Braden)</li> <li>✓ Periksa adanya luka tekan sebelumnya</li> <li>✓ Monitor suhu kulit yang tekanan</li> <li>✓ Monitor status kulit harian</li> <li>✓ Monitor tetap area yang merah</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urine</li> <li>✓ Ubah posisi dengan hati-hati setiap 1-2 jam</li> <li>✓ Jaga sprai tetap kering, bersih dan tidak ada kerutan/lipatan</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Jelaskan tanda-tanda kerusakan kulit</li> <li>✓ Anjurkan melapor jika menemukan tanda-tanda kerusakan kulit</li> <li>✓ Ajarkan cara merawat kulit</li> </ul> <p><b>Intervensi <i>effleurage massage</i> menggunakan <i>virgin coconut oil</i></b></p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur <i>effleurage massage</i> menggunakan <i>virgin coconut oil</i></li> <li>2. Ajarkan pasien dan keluarga untuk melakukan <i>effleurage massage</i> menggunakan <i>virgin coconut oil</i></li> </ol>	
--	--	--	--	--

**POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR  
JURUSAN KEPERAWATAN**

Nama : Tn. M  
 Tanggal Lahir/Umur : 01 Juli 1949  
 No RM : 338473  
 Jenis Kelamin : Laki-Laki

**IMPLEMENTASI KEPERAWATAN**

Tgl.	Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
02/03 2024	09.00 Wita	- Melakukan pemeriksaan keadaan umum pasien dan tanda-tanda vital pasien	<p>DS : Keluarga pasien mengatakan bahwa sejak kemarin pasien sudah sadar baik dapat membuka mata, susah menelan dan sulit bicara, ekstremitas kiri masih lemah</p> <p>DO : Keadaan umum pasien lemas dengan kesadaran composmentis Tanda-tanda vital pasien : TD : 150/90 mmHg, Nadi: 88 x/menit RR: 20x/menit Suhu: 37,1°C</p>	 Anggi
	09.10 Wita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penggunaan mobilitas)</li> <li>- Memonitor kondisi kulit</li> <li>- Memonitor suhu kulit yang tekanan</li> <li>- Memeriksa luka tekan dengan menggunakan skala (skala Braden)</li> <li>- Memonitor tetap area yang merah</li> </ul>	<p>DS: Keluarga pasien mengatakan pasien sulit menggerakkan badannya secara mandiri dan mengalami tirah baring lama sekitar 10 hari dikarenakan kelemahan pada ekstremitas kirinya.</p> <p>DO :  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aktivitas klien dibantu oleh keluarga karena klien tidak dapat mengubah posisi secara mandiri</li> <li>- Skala Braden skor 10 (risiko berat gangguan integritas kulit)</li> <li>- Kulit pasien teraba adanya peningkatan suhu tubuh pada daerah penekanan, terlihat kulit sangat lembab, sering berkeringat dan pada bagian pantat pasien tampak lembab karena terpapar feces</li> <li>- Kemerahan pada bagian</li> </ul> </p>	 Anggi

			punggung, siku, tumit dan pantat pasien.	
09.20 Wita	- Periksa adanya luka tekan sebelumnya	DS : Keluarga pasien mengatakan sebelumnya pasien tidak memiliki luka di badannya  DO : - Tidak ditemukan lesi dan edema pada daerah dengan tulang menonjol yang mengalami penekanan dengan permukaan tempat tidur.		Anggi
09.30 Wita	- Mempertahankan kebersihan pasien - Menganjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya - Mengeringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urine	DS : Keluarga pasien mengatakan memandikan pasien 2x sehari dengan menggunakan waslap dengan air dan sabun secukupnya.  DO : Badan pasien tampak bersih dan sudah tidak lembab karena keringat lagi		Anggi
09.55 Wita	- Memposisikan pasien nyaman mungkin	DS : - DO : Pasien miring kanan dan pasien nyaman		Anggi
10.00 Wita	- Mengajarkan cara merawat kulit - Melakukan pemijatan pada area penonjolan tulang - Memberikan intervensi <i>effleurage massage</i> menggunakan <i>virgin coconut oil</i>	DS : Keluarga pasien memerhatikan dengan baik  DO : Pasien diberikan tindakan <i>effleurage massage</i> menggunakan <i>virgin coconut oil</i> secara perlahan selama 10 menit.		Anggi
10.15 Wita	- Menjelaskan tanda-tanda kerusakan kulit (kemerahan, terdapat luka, nyeri pada bagian yang meradang, ada sensasi hangat, dan pembengkakan/ kebiruan) - Menganjurkan melapor jika menemukan tanda-tanda kerusakan kulit	DS : Keluarga mengatakan memahami penjelasan dengan baik dan akan melaporkan pada perawat bila ada tanda-tanda kerusakan kulit  DO : Keluarga pasien tampak menyimak dan memahami dengan baik penjelasan yang diberikan		Anggi
10.30 Wita	- Memasang siderails	DS : - DO : Perawat memasang penyangga tempat		Anggi

			tidur untuk mengurangi risiko jatuh pada pasien	Anggi
11.00 Wita	- Jaga sprai tetap kering, bersih dan tidak ada kerutan/lipatan	DS : Keluarga pasien mengatakan sprei baru diganti tgl 1 pagi karena sudah kotor dan basah  DO : Sprei yang digunakan tampak bersih dan kering		Anggi
12.00 wita	- Delegasi pemberian terapi Candistin drop	DS: - DO: Pasien tidak ada reaksi alergi obat		Anggi
12.15 Wita	- Mengubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring - Menjelaskan tujuan dilakukan alih baring 1. Untuk mencegah kerusakan integritas kulit 2. Untuk memperbaiki sirkulasi darah dan perfusi	DS : Keluarga memahami tujuan dilakukannya alih baring  DO : Pasien diposisikan miring ke kiri dengan bantuan keluarga		
14.00 Wita	- Melakukan pemeriksaan keadaan umum pasien dan tanda-tanda vital pasien	DS : Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien sudah sadar baik dapat membuka mata, susah menelan dan sulit bicara, ekstremitas kiri masih lemah  DO : Keadaan umum pasien lemas dengan kesadaran composmentis Tanda-tanda vital pasien : TD : 148/88 mmHg, Nadi: 85 x/menit RR: 20x/menit Suhu: 36,7°C		Anggi
14.10 Wita	- Mengubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring - Menjelaskan tujuan dilakukan alih baring 1. Untuk mencegah kerusakan integritas kulit 2. Untuk memperbaiki sirkulasi darah dan perfusi	DS : Keluarga memahami tujuan dilakukannya alih baring  DO : Pasien diposisikan miring ke kanan dengan bantuan keluarga		Anggi
16.00 Wita	- Memposisikan pasien senyaman mungkin	DS : - DO : Pasien miring kiri dan pasien nyaman		Anggi

	16.05 Wita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengajarkan cara merawat kulit</li> <li>- Melakukan pemijatan pada area penonjolan tulang</li> <li>- Memberikan intervensi <i>effleurage massage</i> menggunakan <i>virgin coconut oil</i></li> </ul>	<p>DS : Keluarga pasien memerhatikan dengan baik</p> <p>DO : Pasien diberikan tindakan <i>effleurage massage</i> menggunakan <i>virgin coconut oil</i> secara perlahan selama 10 menit.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kulit pasien tampak lebih sehat dan lembab</li> </ul>	 Anggi
	18.00 Wita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Delegasi pemberian terapi citicoline 500mg, asam folat , dan candistin drop</li> </ul>	<p>DS: -</p> <p>DO: Pasien tidak ada reaksi alergi</p>	Perawat
	18.30 Wita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring</li> <li>- Menjelaskan tujuan dilakukan alih baring <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mencegah kerusakan integritas kulit</li> <li>2. Untuk memperbaiki sirkulasi darah dan perfusi</li> </ol> </li> </ul>	<p>DS : Keluarga memahami tujuan dilakukannya alih baring</p> <p>DO : Pasien diposisikan miring ke kanan dengan bantuan keluarga</p>	Perawat
	20.00 Wita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan pemeriksaan keadaan umum pasien dan tanda-tanda vital pasien</li> </ul>	<p>DS : -</p> <p>DO : Keadaan umum pasien lemas dengan kesadaran composmentis, pasien sulit bicara</p> <p>Tanda-tanda vital pasien : TD : 150/90 mmHg, Nadi: 78 x/menit RR: 20x/menit Suhu: 36,5°C</p>	Perawat
03/03 2024	08.00 Wita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan pemeriksaan keadaan umum pasien dan tanda-tanda vital pasien</li> </ul>	<p>DS : Keluarga pasien mengatakan sudah bisa mengajak pasien bicara, namun sulit dimengerti apa yang diucapkan</p> <p>DO :  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan umum pasien lemas dengan kesadaran composmentis</li> <li>- Kelemahan ekstremitas kiri</li> <li>- Tanda-tanda vital pasien :</li> </ul> </p> <p>TD : 140/90 mmHg, Nadi: 86 x/menit RR: 20x/menit Suhu: 36,9°C</p>	 Anggi
	08.10	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Delegasi pemberian terapi asetosal 80mg, Clopidogrel 75mg, asam folat, citicoline 500mg, mecobalamin, dan candistin drop</li> </ul>	<p>DS : -</p> <p>DO : Pasien tidak ada reaksi alergi obat</p>	 Anggi

09.00 Wita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penggunaan mobilitas)</li> <li>- Memonitor kondisi kulit</li> <li>- Memonitor suhu kulit yang tekanan</li> <li>- Memeriksa luka tekan dengan menggunakan skala (skala Braden)</li> <li>- Memonitor tetap area yang merah</li> </ul>	<p>DS: Keluarga pasien mengatakan pasien masih memerlukan bantuan untuk merubah posisi ataupun kebutuhan lainnya dikarenakan kelemahan pada ekstremitas kirinya.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aktivitas klien dibantu oleh keluarga karena klien tidak dapat mengubah posisi secara mandiri</li> <li>- Skala Braden skor 13 (risiko sedang gangguan integritas kulit)</li> <li>- Kulit pasien teraba hangat pada daerah penekanan, terlihat kulit pasien lebih sehat, kulit tidak lembab karena sudah tidak banyak keringat dan pada bagian pantat pasien tampak bersih dan kering</li> <li>- Kemerahan pada bagian punggung, siku, tumit dan pantat pasien sudah berkurang</li> </ul>	 Anggi
09.20 Wita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memeriksa adanya luka tekan sebelumnya</li> </ul>	<p>DS : Keluarga pasien mengatakan sebelumnya pasien tidak memiliki luka di badannya</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ditemukan lesi dan edema pada daerah dengan tulang menonjol yang mengalami penekanan dengan permukaan tempat tidur.</li> </ul>	 Anggi
09.30 Wita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mempertahankan kebersihan pasien</li> <li>- Menganjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya</li> <li>- Mengeringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urine</li> </ul>	<p>DS : Keluarga pasien mengatakan sudah mengelap pasien dan mengganti pampers jam 07.30 pagi</p> <p>DO : Badan pasien tampak bersih dan sudah tidak lembab</p>	 Anggi
10.00 Wita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memposisikan pasien nyaman mungkin</li> </ul>	<p>DS : -</p> <p>DO :</p> <p>Pasien miring kanan dan pasien nyaman</p>	

				Anggi
10.05 Wita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengajarkan cara merawat kulit</li> <li>- Melakukan pemijatan pada area penonjolan tulang</li> <li>- Memberikan intervensi <i>effleurage massage</i> menggunakan <i>virgin coconut oil</i></li> </ul>	<p>DS : Keluarga pasien memerhatikan dengan baik</p> <p>DO : Pasien diberikan tindakan <i>effleurage massage</i> menggunakan <i>virgin coconut oil</i> secara perlahan selama 10 menit.</p>	<p>Anggi</p>	
10.20 Wita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menjelaskan tanda-tanda kerusakan kulit (kemerahan, terdapat luka, nyeri pada bagian yang meradang, ada sensasi hangat, dan pembengkakan/ kebiruan)</li> <li>- Menganjurkan melapor jika menemukan tanda-tanda kerusakan kulit</li> </ul>	<p>DS : Keluarga mengatakan memahami penjelasan dengan baik dan akan melaporkan pada perawat bila ada tanda-tanda kerusakan kulit</p> <p>DO : Keluarga pasien tampak menyimak dan memahami dengan baik penjelasan yang diberikan</p>	<p>Anggi</p>	
10.30 Wita	Memasang siderails	<p>DS : -</p> <p>DO : Perawat memasang penyangga tempat tidur untuk mengurangi risiko jatuh pada pasien</p>	<p>Anggi</p>	
11.00 Wita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jaga sprai tetap kering, bersih dan tidak ada kerutan/lipatan</li> </ul>	<p>DS : Keluarga pasien mengatakan sprei baru diganti tgl 1 pagi karena sudah kotor dan basah</p> <p>DO : Sprei yang digunakan tampak bersih dan kering</p>	<p>Anggi</p>	
12.00 Wita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Delegasi pemberian terapi Candistin drop</li> </ul>	<p>DS : -</p> <p>DO : Pasien tidak ada reaksi alergi obat</p>	<p>Anggi</p>	
12.15 Wita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring</li> <li>- Menjelaskan tujuan dilakukan alih baring               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mencegah kerusakan integritas kulit</li> <li>2. Untuk memperbaiki sirkulasi darah dan perfusi</li> </ol> </li> </ul>	<p>DS : Keluarga memahami tujuan dilakukannya alih baring</p> <p>DO : Pasien diposisikan miring ke kiri dengan bantuan keluarga</p>	<p>Anggi</p>	
14.00 Wita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan pemeriksaan keadaan umum pasien dan tanda-tanda vital pasien</li> </ul>	<p>DS : Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien sudah sadar baik dapat membuka mata, susah menelan dan sulit bicara, ekstremitas kiri masih</p>	<p>Anggi</p>	

			lemah DO : - Keadaan umum pasien lemas dengan kesadaran composmentis - Kelemahan ekstremitas kiri - Pasien terpasang NGT dan kateter - Tanda-tanda vital pasien : TD : 152/80 mmHg, Nadi: 78 x/menit RR: 20x/menit Suhu: 36,7°C	Anggi
14.10 Wita	- Mengubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring - Menjelaskan tujuan dilakukan alih baring 1. Untuk mencegah kerusakan integritas kulit 2. Untuk memperbaiki sirkulasi darah dan perfusi	DS : Keluarga memahami tujuan dilakukannya alih baring DO : Pasien diposisikan miring ke kanan dengan bantuan keluarga	Anggi	
17.00 Wita	- Memposisikan pasien senyaman mungkin	DS : - DO : Pasien miring kiri dan pasien nyaman	Anggi	
17.05 Wita	- Mengajarkan cara merawat kulit - Melakukan pemijatan pada area penonjolan tulang - Memberikan intervensi <i>effleurage massage</i> menggunakan <i>virgin coconut oil</i>	DS : Keluarga pasien memerhatikan dengan baik DO : - Pasien diberikan tindakan <i>effleurage massage</i> menggunakan <i>virgin coconut oil</i> secara perlahan selama 10 menit. - Kulit pasien tampak lebih sehat, terhidrasi, tidak kering, dan elastisitas kulit meningkat, dan kebersihan kulit terjaga	Anggi	
18.00 Wita	Delegasi pemberian terapi citicoline 500mg, asam folat , dan candistin drop	DS: - DO: Pasien tidak ada reaksi alergi	Perawat	
18.30 Wita	- Mengubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring - Menjelaskan tujuan dilakukan alih baring 1. Untuk mencegah kerusakan integritas kulit 2. Untuk memperbaiki sirkulasi darah dan perfusi	DS : Keluarga memahami tujuan dilakukannya alih baring DO : Pasien diposisikan miring ke kanan dengan bantuan keluarga	Perawat	
20.15 Wita	- Melakukan pemeriksaan keadaan umum pasien dan tanda-tanda vital pasien	DS : - DO :	Perawat	

			Keadaan umum pasien lemas dengan kesadaran composmentis, pasien sulit bicara Tanda-tanda vital pasien : TD : 130/90 mmHg, Nadi: 84 x/menit RR: 22x/menit Suhu: 36,2°C	
04/03 2024	08.00 Wita	- Melakukan pemeriksaan keadaan umum pasien dan tanda-tanda vital pasien	DS : Keluarga pasien mengatakan sudah bisa mengajak pasien bicara, namun sulit dimengerti apa yang diucapkan dan mulai ada sedikit pergerakan ekstremitas saat akan dimiringkan  DO : - Keadaan umum pasien lemas dengan kesadaran composmentis - Kelemahan ekstremitas kiri - Tanda-tanda vital pasien : TD : 130/80 mmHg, Nadi: 76 x/menit RR: 22x/menit Suhu: 36,5°C	 Anggi
	08.10	Delegasi pemberian terapi asetosal 80mg, Clopidogrel 75mg, asam folat, citicoline 500mg, mecobalamin, dan candistin drop	DS : - DO : Pasien tidak ada reaksi alergi obat	Perawat
	09.00 Wita	- Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penggunaan mobilitas) - Memonitor kondisi kulit - Memonitor suhu kulit yang tekanan - Memonitor tetap area yang merah	DS: Keluarga pasien mengatakan pasien masih memerlukan bantuan untuk merubah posisi ataupun kebutuhan lainnya dikarenakan kelemahan pada ekstremitas kirinya.  DO : - Aktivitas klien dibantu oleh keluarga karena klien tidak dapat mengubah posisi secara mandiri - Kulit pasien teraba hangat pada daerah penekanan, terlihat kulit pasien lebih sehat, kulit tidak lembab karena sudah tidak banyak keringat dan pada bagian pantat pasien tampak bersih dan kering - Kemerahan pada bagian punggung, siku, tumit dan pantat pasien sudah berkurang	 Anggi

09.30 Wita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mempertahankan kebersihan pasien</li> <li>- Menganjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya</li> <li>- Mengeringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urine</li> </ul>	<p>DS : Keluarga pasien mengatakan sudah mengelap pasien dan mengganti pampers jam 07.00 pagi</p> <p>DO : Badan pasien tampak bersih dan tidak lembab</p>	 Anggi	
10.00 Wita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memposisikan pasien senyaman mungkin</li> </ul>	<p>DS : -</p> <p>DO : Pasien miring kiri dan pasien nyaman</p>	 Anggi	
10.05 Wita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengajarkan cara merawat kulit</li> <li>- Melakukan pemijatan pada area penonjolan tulang</li> <li>- Memberikan intervensi <i>effleurage massage</i> menggunakan <i>virgin coconut oil</i></li> </ul>	<p>DS : Keluarga pasien memerhatikan dengan baik</p> <p>DO : - Pasien diberikan tindakan <i>effleurage massage</i> menggunakan <i>virgin coconut oil</i> secara perlahan selama 10 menit. - Kulit pasien tampak lebih sehat dan kelembapan kulit terjaga</p>	 Anggi	
10.15 Wita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menjelaskan tanda-tanda kerusakan kulit (kemerahan, terdapat luka, nyeri pada bagian yang meradang, ada sensasi hangat, dan pembengkakan/ kebiruan)</li> <li>- Menganjurkan melapor jika menemukan tanda-tanda kerusakan kulit</li> </ul>	<p>DS : Keluarga mengatakan memahami penjelasan dengan baik dan akan melaporkan pada perawat bila ada tanda-tanda kerusakan kulit</p> <p>DO : Keluarga pasien tampak menyimak dan memahami dengan baik penjelasan yang diberikan</p>	 Anggi	
10.20 Wita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memasang siderails</li> </ul>	<p>DS : -</p> <p>DO : Perawat memasang penyangga tempat tidur untuk mengurangi risiko jatuh pada pasien</p>	 Anggi	
11.00 Wita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jaga sprei tetap kering, bersih dan tidak ada kerutan/lipatan</li> </ul>	<p>DS : Keluarga pasien mengatakan sprei sudah diganti tadi pagi karena sudah kotor</p> <p>DO : Sprei telah diganti dan tampak bersih</p>	 Anggi	
12.00 Wita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Delegasi pemberian terapi Candistin drop</li> </ul>	<p>DS: -</p> <p>DO:</p>	Perawat	

			Pasien tidak ada reaksi alergi obat	
12.15 Wita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring</li> <li>- Menjelaskan tujuan dilakukan alih baring               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mencegah kerusakan integritas kulit</li> <li>2. Untuk memperbaiki sirkulasi darah dan perfusi</li> </ol> </li> </ul>	<p>DS : Keluarga memahami tujuan dilakukannya alih baring</p> <p>DO : Pasien diposisikan miring ke kanan dengan bantuan keluarga</p>	 Anggi	
14.00 Wita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan pemeriksaan keadaan umum pasien dan tanda-tanda vital pasien</li> </ul>	<p>DS : Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien sudah sadar baik dapat membuka mata, susah menelan dan sulit bicara, ekstremitas kiri masih lemah</p> <p>DO :  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan umum pasien lemas dengan kesadaran composmentis</li> <li>- Kelemahan ekstremitas kiri</li> <li>- Pasien terpasang NGT dan kateter</li> <li>- Tanda-tanda vital pasien :</li> </ul>           TD : 146/80 mmHg,            Nadi: 88 x/menit            RR: 20x/menit            Suhu: 36,5°C         </p>	 Anggi	
14.10 Wita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring</li> <li>- Menjelaskan tujuan dilakukan alih baring               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mencegah kerusakan integritas kulit</li> <li>2. Untuk memperbaiki sirkulasi darah dan perfusi</li> </ol> </li> </ul>	<p>DS : Keluarga memahami tujuan dilakukannya alih baring</p> <p>DO : Pasien diposisikan miring ke kiri dengan bantuan keluarga</p>	 Anggi	
16.30 Wita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memposisikan pasien senyaman mungkin</li> </ul>	<p>DS : -</p> <p>DO : Pasien miring kanan dan pasien nyaman</p>	 Anggi	
16.45 Wita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengajarkan cara merawat kulit</li> <li>- Melakukan pemijatan pada area penonjolan tulang</li> <li>- Memberikan intervensi <i>effleurage massage</i> menggunakan <i>virgin coconut oil</i></li> </ul>	<p>DS : Keluarga pasien memerhatikan dengan baik</p> <p>DO :  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien diberikan tindakan <i>effleurage massage</i> menggunakan <i>virgin coconut oil</i> secara perlahan selama 10 menit.</li> <li>- Kulit pasien tampak lebih sehat, terhidrasi, tidak kering, dan elastisitas kulit meningkat, dan kebersihan kulit terjaga</li> </ul> </p>		

	17.00 Wita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor status kulit harian</li> <li>- Memeriksa luka tekan dengan menggunakan skala (skala Braden)</li> </ul>	<p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala Braden skor 15 (risiko ringan gangguan integritas kulit)</li> <li>- Kulit pasien teraba hangat pada daerah penekanan, terlihat kulit pasien lebih sehat, kelembapan kulit membaik, kulit terhidrasi, elastisitas kulit meningkat dan pada bagian pantat pasien tampak bersih dan kering</li> <li>- Kemerahan pada bagian punggung, siku, tumit dan pantat pasien berkurang</li> <li>- Tidak ada luka pada kulit pasien</li> </ul>	 Anggi
	18.00 Wita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Delegasi pemberian terapi citicoline 500mg, asam folat , dan candistin drop</li> </ul>	<p>DS: -</p> <p>DO:</p> <p>Pasien tidak ada reaksi alergi</p>	Perawat
	18.30 Wita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring</li> <li>- Menjelaskan tujuan dilakukan alih baring <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mencegah kerusakan integritas kulit</li> <li>2. Untuk memperbaiki sirkulasi darah dan perfusi</li> </ol> </li> </ul>	<p>DS :</p> <p>Keluarga memahami tujuan dilakukannya alih baring</p> <p>DO :</p> <p>Pasien diposisikan miring ke kanan dengan bantuan keluarga</p>	Perawat
	20.15 Wita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan pemeriksaan keadaan umum pasien dan tanda-tanda vital pasien</li> </ul>	<p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan umum pasien lemas dengan kesadaran composmentis, pasien sulit bicara</li> <li>- Pasien istirahat</li> <li>- Tanda-tanda vital pasien :</li> </ul> <p>TD : 128/80 mmHg, Nadi: 82 x/menit RR: 22x/menit Suhu: 36,4°C</p>	Perawat
05/03 2024	08.00 Wita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan pemeriksaan keadaan umum pasien dan tanda-tanda vital pasien</li> </ul>	<p>DS : Keluarga pasien mengatakan kesadaran pasien bagus, sulit bicara dan mulai ada sedikit pergerakan ekstremitas saat akan dimiringkan</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan umum pasien lemas dengan kesadaran composmentis</li> <li>- Kelemahan ekstremitas kiri</li> </ul>	 Anggi

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terpasang NGT dan kateter</li> <li>- Tanda-tanda vital pasien : TD : 128/90 mmHg, Nadi: 80 x/menit RR: 20x/menit Suhu: 36,1°C</li> </ul>	
	08.10	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Delegasi pemberian terapi asetosal 80mg, Clopidogrel 75mg, asam folat, citicoline 500mg, mecobalamin, dan candistin drop</li> </ul>	DS : - DO : Pasien tidak ada reaksi alergi obat	Perawat
	09.00 Wita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor status kulit harian</li> <li>- Memeriksa luka tekan dengan menggunakan skala (skala Braden)</li> <li>- Memonitor suhu kulit yang tekanan</li> <li>- Memonitor tetap area yang merah</li> </ul>	DS: Keluarga pasien mengatakan pasien masih memerlukan bantuan untuk merubah posisi ataupun kebutuhan lainnya dikarenakan kelemahan pada ekstremitas kirinya.  DO : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala Braden skor 15 (risiko ringan gangguan integritas kulit)</li> <li>- Kulit pasien teraba hangat pada daerah penekanan, terlihat kulit pasien lebih sehat, kelembapan kulit membaik, kulit terhidrasi, elastisitas kulit meningkat dan pada bagian pantat pasien tampak bersih dan kering</li> <li>- Kemerahan pada bagian punggung, siku, tumit dan pantat pasien berkurang</li> <li>- Tidak ada luka pada kulit pasien</li> </ul>	 Anggi



**CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN  
RAWAT INAP TERINTEGRASI**



Nama : Tn.M  
Tanggal Lahir : 01 Juli 1949  
No RM :

L / P

3	3	8	4	7	3
---	---	---	---	---	---

Tanggal	Jam	Profesi	Catatan Perkembangan (SOAP)	Nama dan Ttd
05/03/2024	09.00 Wita	Perawat	<p><b>S :</b> Keluarga pasien mengatakan pasien masih memerlukan bantuan untuk merubah posisi ataupun kebutuhan lainnya dikarenakan kelemahan pada ekstremitas kirinya.</p> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Elastisitas meningkat (elastisitas kulit meningkat dengan tidak ada luka pada kulit pasien ataupun penebalan pada kulit pasien)</li> <li>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)</li> <li>Kerusakan kulit menurun (Skala Braden meningkat dengan skor 15 dengan kategori risiko ringan gangguan integritas kulit)</li> <li>Kemerahan menurun (Kemerahan pada bagian punggung, siku, tumit dan pantat pasien berkurang)</li> </ol> <p><b>A :</b> masalah keperawatan risiko gangguan integritas kulit teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pertahankan kondisi pasien</li> <li>KIE keluarga untuk tetap merawat kulit pasien</li> <li>KIE keluarga agar rutin merubah posisi miring kanan atau kiri setiap 2 jam</li> </ul>	 Anggi

## Lampiran 6 Standar Operasional Prosedur Intervensi Effleurage Massage

<b>SOP Effleurage Massage</b>	
PENGERTIAN	<p><i>Massage</i> merupakan gerakan-gerakan tangan yang mekanis terhadap tubuh manusia dengan menggunakan beragam teknik.</p> <p>Teknik <i>effleurage</i> yaitu dengan memberikan sedikit tekanan pada kulit punggung dengan gerakan memutar</p>
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melancarkan sirkulasi darah</li> <li>2. Menyempurnakan proses pembuangan sisa-sisa pembakaran (sampah-sampah) ke alat-alat pengeluaran atau mengurangi kelelahan.</li> <li>3. Membantu penyerapan (absorpsi) pada peradangan bekas luka.</li> <li>4. Membantu pembentukan sel-sel baru dalam perkembangan tubuh.</li> <li>5. Membersihkan dan menghaluskan kulit</li> <li>6. Menurunkan ketegangan otot dan memberikan perasaan rileks.</li> </ol>
INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien dengan gangguan imobilisasi</li> <li>2. Pasien dengan kondisi kulit kering</li> <li>3. Pasien dengan risiko luka tekan</li> </ol>
KONTRAINDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri pada daerah yang akan dimassage</li> <li>2. Luka pada daerah yang akan dimassage</li> <li>3. Jangan melakukan pemijatan langsung pada daerah tumor</li> <li>4. Jangan melakukan <i>massage</i> pada daerah yang mengalami ekimosis atau lebam.</li> <li>5. Hindari melakukan <i>massage</i> pada daerah yang mengalami inflamasi</li> </ol>
PERSIAPAN PASIEN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan salam, perkenalkan diri anda dan identifikasi pasien</li> <li>2. Jelaskan tentang prosedur tindakan yang akan</li> </ol>

	<p>dilakukan, berikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan jawab seluruh pertanyaan pasien.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Siapkan peralatan yang diperlukan.</li> <li>4. Atur ventilasi dan sirkulasi udara yang baik</li> <li>5. Atur posisi pasien sehingga merasa aman dan nyaman.</li> </ol>
PERSIAPAN ALAT	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Virgin Coconut Oil (VCO)</i></li> <li>2. Tisu</li> <li>3. Handuk mandi yang besar</li> <li>4. Satu buah handuk kecil</li> <li>5. Sebuah bantal dan guling kecil dan selimut.</li> <li>6. <i>Handscoen</i> 1 pasang</li> <li>7. <i>Sputit 3cc</i></li> </ol>
PROSEDUR PELAKSANAAN	<p>Prosedur</p> <p>Fase Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberi salam dan memperkenalkan diri</li> <li>2. Menjelaskan tujuan tindakan</li> <li>3. Menjaga privasi pasien</li> <li>4. Menjelaskan langkah prosedur</li> <li>5. Menanyakan kesiapan pasien</li> <li>6. Kontrak waktu</li> </ol> <p>Fase Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuci tangan</li> <li>2. Memakai handscon bersih</li> <li>3. Berikan posisi yang nyaman (miring ke kanan atau kiri)</li> <li>4. Perawat berada di sebelah kanan pasien saat pasien dimiringkan ke sebelah kiri, dan begitu sebaliknya</li> <li>5. Lepas atau membuka baju pasien</li> <li>6. Ambil <i>Virgin Coconut Oil (VCO)</i> secukupnya</li> <li>7. Balurkan <i>VCO</i> secara perlahan pada punggung kanan, pantat pasien, scapula</li> <li>8. Oleskan <i>VCO</i> merata dan lembut menggunakan jari hingga merata dan diamkan hingga kulit tidak terlalu</li> </ol>

	<p>basah</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Lakukan <i>massage</i> pada punggung, sakrum, scapula atau pada daerah yang berisiko terjadi kerusakan integritas kulit dengan cara menggosok dan mengusap menggunakan telapak tangan</li> <li>10. Arah <i>massage</i> dari bawah ke atas, kedua dari atas ke bawah, ketiga dari kanan ke kiri, terakhir dari kiri ke kanan</li> <li>11. <i>Massage</i> dilakukan selama 5-10 menit</li> <li>12. Merapikan pasien dan alat</li> </ol> <p>Fase Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi hasil</li> <li>2. Lakukan rencana tindak lanjut</li> <li>3. Cuci tangan</li> <li>4. Mendoakan pasien dan berpamitan</li> </ol>
<p>Hal-Hal Yang Perlu Diperhatikan dan Didokumentasikan</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Waktu pelaksanaan tindakan</li> <li>2. Identitas pasien</li> <li>3. Respon pasien saat dan setelah dilakukan tindakan</li> <li>4. Kenyamanan dan kekuatan kondisi fisik pasien harus selalu dikaji untuk mengetahui keadaan pasien selama prosedur</li> <li>5. Istirahatkan pasien setelah dilakukan <i>massage</i> Punggung</li> <li>6. Perhatikan kontraindikasi dilakukannya tindakan</li> </ol>

## Lampiran 7 Standar Operasional Prosedur Alih Baring

<b>SOP Alih Baring</b>	
PENGERTIAN	Alih baring adalah merupakan tindakan alih baring pada pasien immobilisasi untuk mencegah komplikasi akibat immobilisasi
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencegah kerusakan integritas kulit</li> <li>2. Memperbaiki sirkulasi darah dan perfusi</li> </ol>
INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pada pasien dengan gangguan mobilisasi</li> </ol>
PERSIAPAN ALAT	Bantal atau guling
PROSEDUR PELAKSANAAN	<p>Prosedur</p> <p>Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberi salam dan memperkenalkan diri</li> <li>2. Menjelaskan tujuan tindakan</li> <li>3. Menjaga privasi pasien</li> <li>4. Menjelaskan langkah prosedur</li> <li>5. Menanyakan kesiapan</li> <li>6. Kontrak waktu</li> </ol> <p>Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjaga privasi pasien</li> <li>2. Merubah posisi dari terlentang ke miring:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menata bebrapa bantal di sebelah pasien</li> <li>b. Memiringkan pasien ke arah bantal yangdisiapkan</li> <li>c. Menekukkan kaki yang atas</li> <li>d. Memastikan posisi pasien aman</li> </ol> </li> <li>3. Merubah posisi dari miring ke terlentang:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menata beberapa bantal di sebelah klien</li> <li>b. Menelentangkan ke arah bantal yang disiapkan</li> <li>c. Meluruskan kedua lutut</li> <li>d. Memastikan posisi klien aman</li> </ol> </li> <li>4. Memastikan posisi klien aman</li> </ol>

	<p>Fase terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi hasil</li> <li>2. Lakukan rencana tindak lanjut</li> <li>3. Cuci tangan</li> <li>4. Mendoakan pasien dan berpamitan</li> </ol>
<p>HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kenyamanan dan kekuatan kondisi fisik klien harus selalu dikaji untuk mengetahui keadaan klien selama prosedur</li> <li>2. Perhatikan kontraindikasi dilakukannya tindakan</li> </ol>

## Lampiran 8 Lembar Bimbingan

Data Skripsi Mahasiswa	
N I M	P07120323101
Nama Mahasiswa	Pande Putu Anggi Juliani Oka
Info Akademik	Fakultas : Jurusan Keperawatan - Jurusan Program Studi Profesi Ners Semester : 2

Skripsi Bimbingan Jurnal Ilmiah Seminar Proposal Syarat Sidang Sidang Skripsi

Bimbingan					
No	Dosen	Topik	Hasil	Tanggal Bimbingan	Validasi Dosen
1	197108141994021001 - I DEWA PUTU GEDE PU TRA YASA, S.Kp., M.Kep., Sp.MB.	Pengajuan Judul KIAN	Judul di ACC	28 Des 2023	✓
2	197108141994021001 - I DEWA PUTU GEDE PU TRA YASA, S.Kp., M.Kep., Sp.MB.	Bimbingan KIAN BAB I	Perbaiki tujuan penelitian dan tambahkan hasil studi pendahuluan pada BAB I	21 Feb 2024	✓
3	197108141994021001 - I DEWA PUTU GEDE PU TRA YASA, S.Kp., M.Kep., Sp.MB.	Bimbingan KIAN BAB I, BAB II dan BAB III	Tambahkan jurnal pendukung pada teori dan sesuaikan kriteria inklusi eksklusif	4 Apr 2024	✓
4	197108141994021001 - I DEWA PUTU GEDE PU TRA YASA, S.Kp., M.Kep., Sp.MB.	Bimbingan KIAN BAB IV sampai dengan BAB VI	Tambahkan jurnal yang relevan sebagai pendukung pembahasan dan perbaiki kesimpulan agar sesuai dengan tujuan yang dibuat	16 Apr 2024	✓
5	197108141994021001 - I DEWA PUTU GEDE PU TRA YASA, S.Kp., M.Kep., Sp.MB.	Bimbingan KIAN BAB I-BAB VI, abstrak dan lampiran	Sesuaikan abstrak dan lampiran dengan panduan	19 Apr 2024	✓
6	197108141994021001 - I DEWA PUTU GEDE PU TRA YASA, S.Kp., M.Kep., Sp.MB.	Bimbingan KIAN Lengkap	Sesuaikan dengan panduan penulisan KIAN dan ACC Ujian	24 Apr 2024	✓
7	196106241987032002 -Ns NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Pengajuan Judul KIAN	Judul di ACC	28 Des 2023	✓
8	196106241987032002 -Ns NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Bimbingan KIAN BAB I	Perbaiki tata tulis, perbaiki spasi dan gunakan cetak miring pada kata atau kalimat yang menggunakan bahasa asing	26 Feb 2024	✓
9	196106241987032002 -Ns NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Bimbingan KIAN BAB I, BAB II dan BAB III	Perhatikan kembali penulisan sub judul agar sesuai urutan yang benar, dan perhatikan kembali spasi antar paragraf	17 Apr 2024	✓
10	196106241987032002 -Ns NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Bimbingan KIAN BAB IV sampai dengan BAB VI	Perbaiki penulisan judul tabel, perbaiki pembuatan tabel dan tambahkan penomoran bila tabel lebih dari satu halaman, dan perhatikan kembali tulisan yang harus dicetak tebal sesuai panduan	19 Apr 2024	✓
11	196106241987032002 -Ns NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Bimbingan BAB I-BAB VI, abstrak dan lampiran-lampiran	Perhatikan penulisan judul jurnal pada daftar pustaka, sesuaikan jumlah kata pada abstrak dengan panduan, dan lengkapi lampiran	22 Apr 2024	✓
12	196106241987032002 -Ns NI MADE WEDRI, A.Per.Pen., S.Kep., M.Kes.	Bimbingan KIAN Lengkap	Sesuaikan dengan panduan penulisan KIAN dan ACC Ujian	25 Apr 2024	✓

Lampiran 9 Bukti Penyelesaian Administrasi



**Kementerian Kesehatan**  
Poltekkes Denpasar

Jalan Sanitasi No.1, Sidakarya,  
Denpasar Selatan, Bali 80224  
(0361) 710447  
<https://poltekkes-denpasar.ac.id>

**BUKTI PENYELESAIAN ADMINISTRASI  
SEBAGAI PERSYARATAN MENGIKUTI UJIAN KIAN  
PRODI PROFESI KEPERAWATAN POLTEKKES KEMENKES DENPASAR**

NAMA MAHASISWA : PANDE PUTU ANGGI JULIANI OKA

NIM : P07120323101

NO	JENIS	TGL	PENANGGUNG JAWAB	
			TANDA TANGAN	NAMA TERANG
1	AKADEMIK	17 April 2024		Bismillah
2	PERPUSTAKAAN	17 April 2024		Ika Triandjaya
3	LABORATORIUM	17 April 2024		Sunandari
4	HMJ	17 April 2024		Pasek. A
5	KEUANGAN	17 April 2024		I.A. Sukarja
6	ADMINISTRASI UMUM/PERLENGKAPAN	17 April 2024		MPM Suci W.

Keterangan:

Mahasiswa dapat mengikuti Ujian Kian jika seluruh persyaratan diatas terpenuhi.

Denpasar, 17 April 2024  
Ketua Jurusan Keperawatan,



Made Sukarja, S.Kep., Ners, M.Kep  
NIP : 196812311992031020

## Lampiran 10 Surat Izin



PEMERINTAH KABUPATEN BANGLI

**RUMAH SAKIT UMUM**

Website : [rsud@banglikab.go.id](http://rsud@banglikab.go.id), email : [rsubangli99x@gmail.com](mailto:rsubangli99x@gmail.com)

Jl. Brigjen Ngurah Rai No. 99x Bangli Telp./Fax. 0366-91521



Nomor : 445/094/RSUD/2024  
Lampiran : -  
Perihal : Peretujuan Ijin Studi Pendahuluan

Kepada :  
Yth. Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes  
Denpasar  
di-  
Denpasar

Dengan hormat,

Sehubungan dengan surat dari Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Denpasar, Nomor: KH.03.03/F.XXXII.13/0056/2024 Tanggal: 5 Januari 2024, Prihal: Mohon Ijin Pengembalian Data Studi Pendahuluan, sebagai bahan dalam penyusunan penelitian yang diberikan kepada mahasiswa:

Nama : Pande Putu Anggi Juliani Oka

NIM : P07120323101

Data YgDiambil :

1. Jumlah Pasien Stroke di RSUD Bangli Tahun 2020,2021,2022,2023
2. Jumlah Pasien Stroke Non Hemoragik dan Stroke Hemoragik di RSUD Bangli pada Tahun 2022,2021,2022,2023

Pada prinsipnya dapat kami setuju sepanjang sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Demikian surat ini dibuat, agar dapat digunakan sebagaimana mestinya

**Ditandatangani secara elektronik oleh:**  
Direktur Rumah Sakit Umum Bangli

**Dr. I Dewa Gede Oka Darsana, Sp.An**  
NIP. 19730907 200112 1 002

Tembusan disampaikan kepada Yth :

1. Dewan Pengawas RSUD Bangli
2. SPI RSUD Bangli
3. Wadir Pelayanan RSUD Bangli
4. Wadir Umum, Keuangan, dan SDM RSUD Bangli
5. Wadir Penunjang dan SARPRAS RSUD Bangli
6. Kabid Penunjang RSUD Bangli
7. Ka. Instalasi Rekam Medis RSUD Bangli
8. Ketua Komkordik RSUD Bangli
9. Sub. Komite Penelitian RSUD Bangli
10. A r s i p



Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh BSR



PEMERINTAH KABUPATEN BANGLI  
**RUMAH SAKIT UMUM**

Website : [rsud@banglikab.go.id](mailto:rsud@banglikab.go.id), email : [rsubangli99x@gmail.com](mailto:rsubangli99x@gmail.com)  
Jl. Brigjen Ngurah Rai No. 99x Bangli Telp./Fax. 0366-91521



Nomor : 445/139/RSUD/2024

Kepada :

Lampiran : -

Yth. Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes  
Denpasar

Perihal : Persetujuan Ijin Penelitian

di-  
Denpasar

Dengan hormat,

Sehubungan dengan surat dari Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Denpasar, Nomor: PP.08.02/F.XXXII.13/0214/2024 Tanggal: 22 Januari 2024, Prihal: Mohon Ijin Penelitian, sebagai bahan dalam penyusunan penelitian yang diberikan kepada mahasiswa:

Nama : Pande Putu Anggi Juliani Oka

NIM : P07120323101

Judul : Asuhan 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

Pada prinsipnya dapat kami setujui sepanjang sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Demikian surat ini dibuat, agar dapat digunakan sebagaimana mestinya

**Ditandatangani secara elektronik oleh:**  
Direktur Rumah Sakit Umum Bangli

**Dr. I Dewa Gede Oka Darsana, Sp.An**  
NIP. 19730907 200112 1 002

Tembusan disampaikan kepada Yth :

1. Dewan Pengawas RSUD Bangli
2. SPI RSUD Bangli
3. Wadir Pelayanan RSUD Bangli
4. Wadir Umum, Keuangan, dan SDM RSUD Bangli
5. Wadir Penunjang dan SARPRAS RSUD Bangli
6. Kabid Keperawatan RSUD Bangli
7. Ka. Instalasi Rawat Inap RSUD Bangli
8. Ketua Komkordik RSUD Bangli
9. Sub. Komite Penelitian RSUD Bangli
10. Karu Dahlia RSUD Bangli
11. A r s i p



Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh BSR/E



## Digital Receipt

This receipt acknowledges that Turnitin received your paper. Below you will find the receipt information regarding your submission.

The first page of your submissions is displayed below.

Submission author: **A.A. ISTRI NGURAH BINTANG DEBIANTI BINTANG DEBIANTI ...**  
Assignment title: **Kian5**  
Submission title: **ASUHAN KEPERAWATAN RISIKO GANGGUAN INTEGRITAS KUL...**  
File name: **KIAN\_Pande\_Putu\_Anggi\_Juliani\_Oka.docx**  
File size: **207.25K**  
Page count: **67**  
Word count: **12,329**  
Character count: **86,960**  
Submission date: **06-Jun-2024 07:48AM (UTC+0700)**  
Submission ID: **2396503588**

KARYA ILMIAH AKHIR SERS  
ASUHAN KEPERAWATAN RISIKO GANGGUAN  
INTEGRITAS KULIT DENGAN INTERVENSI *EFFLUORAGE*  
MASSAGE MENGGUNAKAN *VIRGIN COCONUT OIL*  
PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK  
DI RUANG RAWAT INSI BANGLI



oleh:  
**PANDE PUTU ANGGI JULIANI OKA**  
NIM. 20212022101

POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR  
JURUSAN KEPERAWATAN  
FACULTY OF NURSING  
DENPASAR  
2024

A.

ASUHAN KEPERAWATAN RISIKO GANGGUAN INTEGRITAS KULIT DENGAN INTERVENSI EFFLEURAGE MASSAGE MENGGUNAKAN VIRGIN COCONUT OIL PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG DAHLIA RSUD BANGLI

ORIGINALITY REPORT

<b>19%</b> SIMILARITY INDEX	<b>19%</b> INTERNET SOURCES	<b>3%</b> PUBLICATIONS	<b>5%</b> STUDENT PAPERS
--------------------------------	--------------------------------	---------------------------	-----------------------------

PRIMARY SOURCES

<b>1</b>	<b>repository.poltekkes-denpasar.ac.id</b> Internet Source	<b>6%</b>
<b>2</b>	<b>repository.poltekkesbengkulu.ac.id</b> Internet Source	<b>2%</b>
<b>3</b>	<b>jurnal.unimus.ac.id</b> Internet Source	<b>1%</b>
<b>4</b>	<b>Submitted to Sriwijaya University</b> Student Paper	<b>1%</b>
<b>5</b>	<b>repository.poltekkes-kaltim.ac.id</b> Internet Source	<b>1%</b>
<b>6</b>	<b>dspace.umkt.ac.id</b> Internet Source	<b>1%</b>
<b>7</b>	<b>pdfs.semanticscholar.org</b> Internet Source	<b>1%</b>
<b>8</b>	<b>repository.poltekkes-tjk.ac.id</b> Internet Source	<b>&lt;1%</b>

*A. F. Rahum*