

BAB IV

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Keperawatan

Jika didasarkan dari hasil pengkajian yang telah dilakukan pada hari ke 8 setelah masuk pasien rumah sakit yaitu pada hari Selasa, 06 Februari 2024 pada pukul 22.00 WITA didapatkan hasil identitas pasien Tn. MH, berumur 45 tahun, jenis kelamin laki-laki, agama Kristen Katholik, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan swasta, dengan diagnosa medis Stroke Hemoragik (*Intracerebral Hemorrhage*).

Pada tanggal 30 Januari 2024 pasien ditemukan oleh polisi didalam mobil setelah menabrak sepeda motor dalam kondisi tidak sadar, kemudian dibawa ke puskesmas dan sempat mengalami muntah 1x, kemudian dibawa ke IGD RSD Mangusada oleh majikannya dalam keadaan tidak sadar dan mengalami kelemahan tangan dan kaki disertai mulut mencong sebelah kanan. Setelah dilakukan CT scan kepala didapatkan perdarahan intracerebri kiri, lobus temporalis kiri dan perdarahan subrachnoid minimal kiri di area sekitar dengan volume total 30 cc. kemudian dilakukan Operasi Craniotomy, kemudian pasien dipindahkan ke ruang ICU tanggal 30 Januari 2024 pukul 12.00 Wita dengan keadaan terintubasi, kesadaran dalam pengaruh obat, terpasang kateter, Ngt, CVC Subclavia dekstra. Kemudian tanggal 02 Februari 2024 pasien dilakukan pelepasan intubasi dan stop obat sedasi. Tanggal 04 Februari 2024 pukul 07.40 Wita GCS : E=3, V=2, M=4, kesadaran Stupor dan memakai O2 NRM = 10 lpm, aff Eksternal Ventrikular Drain (EVD). Dilakukan CT scan kepala tanggal 05 Februari 2024 didapatkan hasil intracerebral hemorrhage pada lobus parietal kiri dan capsula

interna kiri (volume $\pm$ 24 cc) yang menyebabkan subfalcine herniasi ke kanan, edema serebri, kemudian dilakukan operasi VP Shunt. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 3 tahun yang lalu, keluarga mengatakan pasien tidak mau berobat dan mengabaikan hipertensinya, pasien juga sering mengonsumsi daging babi, sering begadang, merokok dan jarang berolahraga. Keluarga mengatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga seperti hipertensi, diabetes melitus, gagal ginjal dan lain-lain.

Keluhan utama saat dilakukan pengkajian yaitu pasien dalam keadaan tirah baring sejak tanggal 30 Januari 2024 (8 hari), skor skala braden 9, penurunan mobilisasi, kulit kering, peningkatan suhu kulit 2 derajat Celsius, dan imobilisasi fisik. Pada saat pengkajian data yang di dapat yaitu aktivitas, latihan, makan, minum, mandi, toileting, berpakaian, mobilisasi di tempat tidur, berpindah, ambulasi tergantung total dengan perawat di ruangan. Pemeriksaan fisik pada pasien didapatkan bahwa pasien mengalami penurunan mobilisasi, pasien hanya berbaring di tempat tidur, dan penurunan elastis kulit.

B. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan data pada pengkajian dapat dirumuskan diagnosis keperawatan dengan perumusan diagnosis pada Tn. MH menggunakan komponen *Problem* (P) dan faktor risiko. Bagian problem ditemukan risiko luka tekan dan pada faktor risiko ditemukan yaitu riwayat stroke. Jadi dapat dirumuskan diagnosis keperawatan pada Tn. Mh adalah risiko luka tekan dibuktikan dengan riwayat stoke.

C. Rencana Keperawatan

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada penelitian ini yakni untuk mencegah risiko luka tekan pada pasien stroke hemoragik. Dimana rencana asuhan Tn. MH berikut ini:

1. Tujuan dan kriteria hasil

Setelah dilaksanakan asuhan keperawatan selama 5x24 jam dan penggunaan minyak zaitun 2 kali sehari (pagi dan sore) setelah mandi 5 sampai 10 menit diharapkan **Integritas Kulit Dan Jaringan (L.14125)** meningkat, dengan kriteria hasil :

1. Elastisitas kulit meningkat
2. Hydrasi meningkat
3. Kemerahan menurun
4. Suhu kulit membaik membaik menjadi 36,5°C
5. Tekstur membaik menjadi lebih halus

2. Rencana tindakan

Intervensi yang dirumuskan untuk mengatasi risiko luka tekan pada Tn. MH sebagai berikut :

- a. Intervensi utama dengan label **Pencegahan Luka Tekan (I. 14543)**
 - 1) Observasi
 - a) Periksa luka tekan dengan menggunakan skala Braden
 - b) Periksa adanya luka tekan sebelumnya
 - c) Monitor suhu kulit yang tertekan
 - d) Monitor status kulit harian
 - e) Monitor kulit di atas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi

- f) Monitor sumber tekanan dan gesekan
- g) Monitor mobilitas dan aktivitas individu
- 2) Terapeutik
 - a) Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, inkontinensia urin atau fekal
 - b) Gunakan barrier seperti minyak zaitun
 - c) Ubah posisi setiap 2 jam
 - d) Berikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang
 - e) Jaga sprei tetap kering, bersih dan tidak ada kerutan atau lipatan
 - f) Hindari pemijatan pada tonjolan tulang
 - g) Hindari menggunakan air hangat dan sabun keras saat mandi
 - h) Pastikan asupan makanan yang cukup terutama protein, vitamin B dan C, zat besi, dan kalori

D. Implementasi Keperawatan

Rencana keperawatan yang ditetapkan diikuti selama implementasi. pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilaksanakan di ruang ICU RSD Mangusada pada tanggal 06 – 11 April 2024.

Intervensi keperawatan yang dilakukan pada Tn. MH untuk mencegah terjadinya luka tekan antara lain dengan menggunakan skala Braden untuk menilai resiko terjadinya luka tekan, mencari luka tekan sebelumnya, memantau suhu kulit yang tertekan, mengawasi status kulit sehari-hari, memantau kulit pada titik-titik tekanan atau tonjolan tulang ketika mengubah posisi, mengawasi sumber tekanan dan gesekan, mengawasi mobilitas dan aktivitas individu, mengeringkan area kulit yang lembap karena keringat, inkontinensia urin atau fekal, menggunakan barrier

seperti minyak zaitun mengubah posisi setiap 2 jam, bantalan titik-titik tekanan dan tonjolan tulang; menjaga sprei tetap bersih, kering, dan bebas kerut; jangan menggosok tonjolan tulang; hindari mandi dengan air hangat dan sabun yang keras; dan pastikan pasien mendapatkan makanan yang cukup, terutama protein, zat besi, vitamin B dan C, serta kalori yang cukup.

E. Evaluasi Keperawatan

Temuan hasil evaluasi setelah lima hari perawatan pada Tn. MH yang menderita stroke hemoragik (ICH). Evaluasi dijadwalkan pada 11 Februari 2024 pukul 14.00 WITA yaitu dengan integritas kulit dan jaringan meningkat diperoleh dengan metode SOAP yakni S : tidak ada karena pasien mengalami penurunan kesadaran, O : tidak tampak kemerahan pada area tonjolan tulang, kulit menjadi lebih elastis, suhu kulit membaik menjadi $36,5^{\circ}\text{C}$, tekstur kulit menjadi lebih halus, A : masalah risiko luka tekan teratasi, P : pertahankan kondisi pasien, dengan tetap melakukan intervensi keperawatan pencegahan luka tekan, dan penggunaan minyak zaitun setiap 2 kali sehari sehabis mandi 5 sampai 10 menit..