

Artikel Penelitian

## Pencegahan dan Perawatan *Pressure Ulcer* pada Pasien *Stroke Non-Hemoragik* di ICU Rumah Sakit Tk II Putri Hijau Medan

Dwi Pasma Setyo Wulandari<sup>\*</sup>, Muchti Yuda Pratama, Kipa Jundapri

Program Studi DIII Keperawatan, Akademi Keperawatan Kesdam I/Bukit Barisan Medan, Medan, Indonesia

### INFORMASI ARTIKEL

Diterima Redaksi: 18 Juli 2024  
Revisi Akhir: 23 Juli 2024  
Diterbitkan Online: 29 Juli 2024

### KATA KUNCI

Bundle Care  
Pencegahan dan Perawatan  
*Pressure Ulcer*  
Stroke Non-Hemoragik

### KORESPONDENSI<sup>(\*)</sup>

Phone: +62 822-7510-0636  
E-mail: [dwipasma13@gmail.com](mailto:dwipasma13@gmail.com)

### A B S T R A K

*Stroke non-hemoragik* merupakan jenis stroke yang terjadi secara patologis dari 80% jenis stroke yang terjadi karena penyumbatan pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Tujuan penelitian ini adalah melakukan asuhan keperawatan dengan implementasi 5 elemen kunci *bundle care* terhadap *pressure ulcer* pada pasien stroke non-hemoragik. Metode penelitian ini adalah desain studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan medikal bedah yang terdiri dari pembagian: anamnesis, identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit terdahulu, riwayat penyakit keluarga, diagnosa keperawatan, intervensi dan implementasi 5 elemen *bundle care* yaitu: pengkajian risiko, pengkajian kulit, permukaan pendukung, nutrisi dan reposisi/alih baring serta melakukan evaluasi yang dilakukan pada dua pasien stroke non-hemoragik. Hasil penelitian diperoleh bahwa 5 elemen kunci *bundle care* dapat mencegah *pressure ulcer* dengan hasil pada kasus 1 yaitu sebelum implementasi luas luka tekan 2 Cm dan setelah implementasi menjadi 1 Cm sedangkan pasien 2 sebelum diberikan implementasi luka tekan bernilai 3 Cm dan setelah dilakukan implementasi menjadi 1 Cm. Kesimpulan dan saran penelitian ini diharapkan pencegahan dan perawatan dengan mengimplementasikan 5 elemen kunci *bundle care* dapat mengurangi *pressure ulcer* pada klien stroke non-hemoragik.

### PENDAHULUAN

*Stroke* adalah penyakit pembuluh darah otak (selebrovaskuler) yang ditandai dengan kematian jaringan otak (infrakerebral) yang disebabkan karena adanya penyumbatan, penyempitan, atau pecahnya pembuluh darah menuju otak menjadi berkurang dan menimbulkan serangkaian reaksi biokimia yang akan merusakkan atau mematikan sel-sel saraf otak (Arum, 2015).

*Stroke non-hemoragik* atau *iskemik* yaitu adanya penyumbatan pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti dan merupakan jenis patologi paling umum yang mencakup 80% dari semua jenis stroke yang terjadi (Nurarif & Kusuma, 2016).

Data *World Health Organization* (WHO) 2018, mengatakan bahwa ada 15 juta orang menderita *stroke* di seluruh dunia setiap tahun. Dari jumlah tersebut, 5 juta meninggal dan 5 juta lainnya cacat permanen (WHO, 2018). Di Indonesia, *stroke* merupakan penyakit nomor tiga mematikan setelah jantung dan kanker (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (2018) menyatakan bahwa Prevalensi *Stroke* di Indonesia berdasarkan diagnosis Dokter pada Penduduk umur  $\geq 15$  Tahun penduduk yang terkena serangan *stroke* meningkat pada tahun 2018, ada sejumlah 7% penduduk yang terkena *stroke* pada tahun 2013 dan menjadi 10,9% pada tahun 2018 berdasarkan kelompok umur 15-24 tahun sejumlah 0,6 %, sedangkan pada umur 75 tahun keatas sejumlah 50,2%. Berdasarkan pendidikan tidak bekerja

sejumlah 21,2%, sedangkan tamat D3 sejumlah 9,1%. Berdasarkan pekerjaan tidak bekerja sejumlah 21,8% sedangkan yang bekerja sebagai pegawai swasta sejumlah 3,4 % (Risksedas, 2018).

Data Riset Kesehatan Dasar tahun 2018, bahwa prevalensi *stroke* berdasarkan terdiagnosis *stroke* oleh tenaga kesehatan di Sumatera Utara didapatkan sebesar 36,38 %. Prevalensi *stroke* cenderung lebih tinggi terjadi pada laki-laki (1,03%) sedangkan pada perempuan (0,83%). Berdasarkan hasil survey awal di Rumah Sakit TK II Putri Hijau Medan gangguan sistem persyarafan dengan penyakit *stroke* di dapatkan data sebanyak 10 orang pada tahun 2022 dan meningkat pada tahun 2023 dari bulan juli sampai september sebanyak 30 orang.

Penyebab *stroke* salah satunya adalah hipertensi yang tidak terkontrol, malformasi arteriovenosa dan aneurisma (Murphy & Werring, 2020). Kondisi ini menyebabkan penderita umumnya mengalami sakit kepala hebat secara tiba-tiba, penurunan tingkat kesadaran, peningkatan tekanan intrakranial, dan defisit neurologis seperti kehilangan motorik yaitu hemiplegia, hemiparesis; kehilangan komunikasi seperti disartria, afasia, apraksia; gangguan menelan dan gangguan penglihatan (Ojaghihaghghi et al., 2017).

Hemiparase (Kelemahan) dan hemiplegia (kelumpuhan) merupakan risiko besar untuk terkena *pressure ulcer* adalah pasien *stroke*, hal ini disebabkan pasien dengan kondisi *stroke* mengalami kelemahan pada satu atau semua anggota gerak yang menyebabkan pasien menjalani perawatan dengan tirah baring. Kelemahan pada pasien mengakibatkan ketergantungan pada orang lain, semakin tinggi tingkat ketergantungan pasien, maka semakin tinggi risiko *pressure ulcer* (Amir, 2013).

*Pressure ulcer* atau luka tekan adalah fenomena umum yang sering dijumpai pada pasien tirah baring, dengan tingkat kejadian yang tinggi. Di Arab Saudi dilaporkan angka *pressure ulcer* pada pasien dalam perawatan di ruang ICU (*Intensive Unit Care*) sebanyak 39,3 % dengan perawatan pencegahan dasar yang rendah, seperti pergantian posisi setiap dua jam (Tayyib et al., 2018).

Pencegahan dan perawatan *pressure ulcer* sangat penting untuk mengurangi rasa sakit, pengaruh kualitas hidup pasien secara emosional, fisik, sosial, bahkan mengurangi risiko kematian pada pasien, serta mencegah menambahnya masa rawat, dan lonjakan biaya perawatan (Whitty et al., 2017). Pada kasus yang sama, intervensi dalam perawatan kulit menjadi salah satu indikator kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan. Perawat dengan teratur melakukan observasi kerusakan atau gangguan integritas kulit pada pasien (Potter et al., 2018).

Metode pencegahan dan perawatan *pressure ulcer* dapat mulai dari pengkajian risiko, pengkajian kulit, manajemen aktifitas, nutrisi yang baik, hingga permukaan tempat tidur pasien yang mendukung. Serangkaian metode pencegahan dan perawatan *pressure ulcer* tersebut dinamakan *bundle care* yang keefektifannya telah diakui oleh Negara-Negara maju. Namun, penerapan *bundle care* di Indonesia masih jarang dijumpai, metode yang diterapkan terpisah dan tidak berkesinambungan. *Bundle care* adalah kumpulan manajemen perawatan yang dapat di implementasikan di ICU dengan tujuan pencegahan dan perawatan *pressure ulcer* dapat mulai dari pengkajian risiko, pengkajian kulit, manajemen aktifitas, nutrisi yang baik, hingga permukaan tempat tidur pasien yang mendukung (zuo XL, 2015).

## TINJAUAN PUSTAKA

### *Stroke Non-Hemoragik*

*Stroke* adalah hasil penyumbatan secara tiba-tiba disebabkan oleh penggumpalan darah atau penyempitan pada pembuluh darah arteri, sehingga menutup aliran darah ke bagian otak, *stroke* bisa terjadi pada siapa dan kapan saja (Suwaryo, 2019). *Stroke* didefinisikan sebagai sebuah sindrom yang memiliki karakteristik tanda dan gejala neurologis klinis fokal dan atau global yang berkembang dengan cepat, adanya gangguan fungsi serebral, dengan gejala yang berlangsung lebih dari 24 jam atau menimbulkan kematian tanpa terdapat penyebab selain yang berasal dari vascular (Herdianti, 2018).

*Stroke Non-Hemoragik* adalah adanya penyumbatan akibat gumpalan aliran darah baik itu sumbatan karena trombosis (Penggumpalan darah yang menyebabkan sumbatan di pembuluh darah) atau embolik (pecahan gumpalan darah/udara/benda asing yang berada dalam pembuluh darah sehingga dapat menyumbat pembuluh darah di otak) ke bagian otak.

### *Etiologi Stroke Non-Hemoragik*

Penyebab *stroke* dapat dibagi tiga, yaitu:

1. Trombosis sebril  
Aterosklerosis serebral dan perlambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama trombosis serebralyang adalah penyebab paling umum dari *stroke* (Smeltzer & Bare 2018). Trombosis ditemukan pada 40% dari semua kasus

- stroke yang telah dibuktikan oleh ahli patologi. Biasanya ada kaitannya dengan kerusakan lokal dinding pembuluh darah akibat aterosklerosis (Price, 2005).
2. Emboli Serebri  
Embolisme serebri termasuk urutan kedua dari berbagai penyebab utama *stroke*. Penderita embolisme biasanya lebih muda dibandingkan dengan penderita trombolisis. Kebanyakan emboli serebri berasal dari suatu trombus dalam jantung sehingga masalah yang dihadapi sesungguhnya yaitu perwujudan penyakit jantung (Price, 2005).
  3. Hemoragi  
Hemoragi dapat terjadi di luar durameter (hemoragi ekstra dural atau epidural) di bawah durameter (*hemoragi subdural*), di ruang *sub arachnoid* (*hemoragi subarachnoid* atau dalam substansial otak *hemoragi intra serebral*) (Smeltzer & Bare, 2018).

### **Patofisiologi Stroke Non-Hemoragik**

Otak adalah bagian tubuh yang sangat sensitif oksigen dan glukosa karena jaringan otak tidak dapat menyimpan kelebihan oksigen dan glukosa seperti halnya pada otot. Meskipun berat otak sekitar 2% dari seluruh berat badan, namun menggunakan sekitar 25% suplai oksigen dan 70% glukosa. Jika aliran darah ke otak terhambat maka akan terjadi iskemia dan terjadi gangguan metabolisme otak yang kemudian terjadi gangguan perfusi serebral. Area otak di sekitar yang mengalami hipoperfusi disebut penumbra. Jika aliran darah ke otak terganggu lebih dari 30 detik pasien dapat menjadi tidak sadar dan dapat terjadi kerusakan jaringan otak yang permanen jika aliran darah otak terganggu lebih dari 4 menit. Untuk mempertahankan aliran darah ke otak maka tubuh akan melakukan dua mekanisme tubuh yaitu mekanisme anastomosis dan mekanisme autoregulasi. Mekanisme anastomosis berhubungan dengan suplai darah ke otak untuk pemenuhan kebutuhan oksigen dan glukosa. Sedangkan mekanisme autoregulasi adalah bagaimana otak melakukan mekanisme/usaha sendiri dalam menjaga keseimbangan. Misalnya jika terjadi hipoksemia otak maka pembuluh darah otak akan mengalami vasodilatasi.

### **Manifestasi Klinis Stroke Non-Hemoragik**

Manifestasi klinis *stroke* tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral. Pada *stroke* akut gejala klinis meliputi:

1. Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparesis) atau hemiplegia (paralisis) yang timbul secara mendadak.  
Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat kontralateral artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan maka kelumpuhan otot pada sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangan kontrol otot volunter dan sensorik sehingga pasien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi.
2. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan  
Gangguan sensibilitas terjadi karena kerusakan system saraf otonom dan gangguan saraf sensorik.
3. Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor atau koma), terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat hipoksia.
4. Afasia (kesulitan dalam bicara)  
Afasia adalah defisit kemampuan komunikasi bicara, termasuk dalam membaca, menulis memahami bahasa. Afasia terjadi jika terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada *stroke* dengan gangguan pada *arteri middle* serebral kiri. Afasia dibagi menjadi 3 yaitu afasia motorik, sensorik dan afasia global. Afasia motorik atau ekspresif terjadi jika area pada area Broca, yang terletak pada lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini pasien dapat memahami lawan bicara tetapi pasien tidak dapat dan kesulitan dalam bicara. Afasia sensorik terjadi karena kerusakan pada area *Wernicke*, yang terletak pada lobus temporal. Pada afasia sensorik pasien tidak mampu menerima stimulasi pendengaran tetapi pasien mampu mengungkapkan pembicaraan. Sehingga respon pembicaraan pasien tidak nyambung atau koheren. Pada afasia global pasien dapat dapat merespon pembicaraan baik menerima maupun mengungkapkan pembicaraan.
5. Disartria (bicara cadel atau pelo)  
Kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Namun demikian pasien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca. Disartria terjadi karena kerusakan nervus kranial sehingga terjadi kelemahan dari otot bibir, lidah dan laring. Pasien juga terdapat kesulitan dalam mengunyah dan menelan.
6. Gangguan Penglihatan, diplopia  
Pasien dapat kehilangan penglihatan atau juga pandangan menjadi ganda, gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Hal ini terjadi karena kerusakan pada lobus temporal atau parietal yang dapat menghambat serat saraf optic pada korteks oksipital. Gangguan penglihatan juga dapat disebabkan karena kerusakan pada saraf kranial III, IV dan VI.
7. Disfagia  
Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan nervus kranial IX. Selama inenelan bolus didorong oleh lidah dan glottis menutup kemudian makanan masuk ke esofagus.

8. Inkontinensia  
Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi hal ini terjadi karena terganggunya saraf yang mensarafi bladder dan bowel.
9. Verigo, mual, muntah dan nyeri kepala, terjadi karena peningkatan tekanan intrakranial, dan edema serebri.

### ***Komplikasi Stroke Non-Hemoragik***

*Heading* pada level kedua dituliskan dengan *boldface italics* dengan menggunakan huruf besar dan huruf kecil. *Heading* dituliskan rata kiri.

#### *1. Fase Akut*

- a. Hipoksia Serebral dan menurunnya aliran darah otak  
Pada area otak yang infark atau terjadi kerusakan karena perdarahan maka terjadi gangguan perfusi jaringan akibat terhambatnya aliran darah otak Tidak adekuatnya aliran darah dan oksigen mengakibatkan hipoksia jaringan otak. Fungsi dari otak akan sangat tergantung pada derajat kerusakan dan lokasinya. Aliran darah ke otak sangat tergantung pada tekanan darah, fungsi jantung atau kardiak output, keutuhan pembuluh darah. Sehingga pada pasien dengan *stroke* keadekuatan aliran darah sangat dibutuhkan untuk menjamin perfusi jaringan yang baik untuk menghindari terjadinya hipoksia serebral.
- b. Edema Serebri  
Respon fisiologis terhadap adanya trauma jaringan. Edema terjadi jika pada area yang mengalami hipoksia atau iskemik maka tubuh akan meningkatkan aliran darah pada lokasi tersebut dengan cara vasodilatasi pembuluh darah dan meningkatkan tekanan sehingga cairan interstisial akan berpindah ke ekstraseluler sehingga terjadi edema jaringan otak.
- c. Peningkatan Tekanan Intrakranial (TIK)  
Bertambahnya massa pada otak seperti adanya perdarahan atau edema otak akan meningkatkan tekanan intracranial yang ditandai adanya defisit neurologi seperti adanya ganggan motorik, sensorik, nyeri kepala, gangguan kesadaran. Peningkatan tekanan intrakranial yang tinggi dapat mengakibatkan herniasi serebral yang dapat mengancam kehidupan.
- d. Aspirasi  
Pasien stroke dengan gangguan kesadaran atau koma sangat rentang terhadap adanya aspirasi karena tidak adanya reflex batuk dan menelan.

#### *2. Fase Akut*

- a. Komplikasi yang sering terjadi pada masa lanjut atau pemulihan biasanya terjadi akibat immobilisasi seperti peunomia, dekubitus, kontraktur, thrombosis inkontinensia urin dan bowel. vena dalam, atrofi, inkontinensia
- b. Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktivitas listrik otak
- c. Nyeri kepala kronis seperti migraine, nyeri kepala tension, dan nyeri kepala cluster
- d. Malnutrisi, karena intake yang adekuat.

## **METODOLOGI**

Penelitian ini merupakan penelitian preventif dengan jenis penelitian studi kasus. Studi kasus pada penelitian ini menerapkan proses Asuhan Keperawatan Medikal Bedah yang meliputi Pengkajian (melakukan pengumpulan data yang bersumber dari responden atau keluarga responden), diagnosa keperawatan (berdasarkan analisis terhadap data yan telah diperoleh dari hasil pengkajian), intervensi (menyusun rencana tindakan keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan), implementasi (melakukan tindakan sesuai dengan rencana tindakan yang telah direncanakan), serta melakukan evaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

Subyek pada penelitian ini adalah pasien dengan Srtoke Non-Hemoragik yang memenuhi kriteria inklusi: Pasien dengan *stroke non-hemoragik* yang memiliki *pressure ulcer*, Pasien yang bersedia menjadi responden, Klien berjenis kelamin perempuan dan laki-laki, Klien yang berusia 50-65 tahun. Sedangkan kriteria eksklusi penelitian: Klien tidak bersedia menjadi responden, Klien yang memiliki riwayat *stroke non-hemoragik* tetapi tidak diiringi *pressure ulcer*, Klien yang memiliki komplikasi.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian mendapatkan data hasil pengkajian sebagai berikut:

### Identitas Klien

Tabel 1. Identitas Klien dan Hasil Anamnesa

Identitas klien	Kasus 1	Kasus 2
Nama	Ny. K	Ny.R
Umur	64 Tahun	59 Tahun
Jenis Kelamin	Perempuan	Perempuan
Pendidikan	SMA	SMA
Pekerjaan	Tidak bekerja	Tidak bekerja
Status perkawinan	Sudah menikah	Sudah menikah
Agama	Islam	Islam
Alamat	Jl. STM Suka Rindu No 8, Medan johor, Kota Medan	Jl. Antara no.13, Kota Binjai
Suku/bangsa	Jawa	Jawa
Tanggal masuk rumah sakit	15 Januari 2024	17 Januari 2024
Jam masuk		
Diagnosa masuk	11.25 WIB	09.05 WIB
Ditanggung oleh	Stroke non hemoragik	Stroke non Hemoragik
Tanggal dan jam pengkajian	BPJS 16 Januari 2024 Pukul: 14.00 WIB	BPJS 17 Januari 2024 Pukul: 14.00 WIB

### Keluhan utama dan Riwayat Sakit

Tabel 2. Keluhan Utama dan Riwayat Sakit

No	Data Fokus	Kasus 1	Kasus 2
1.	Keluhan utama saat masuk rumah sakit	Keluarga klien mengatakan mengalami penurunan kesadaran, dengan keluhan tubuh tidak bisa digerakkan di sebelah kanan, susah bicara dan badan lemah	Klien mengatakan penurunan kesadaran dalam kurun waktu 10 hari yang lalu, klien terjatuh tidak sadarkan diri di rumahnya akibat serangan stroke, kemudian klien dibawa ke Rumah sakit vina estetica, saat dirawat klien dikatakan menderita penyakit DM kemudian klien di rujuk ke rumah sakit Tk II putri hijau medan, klien dirawat di rumah sakit Tk II putri hijau medan selama 2 hari, klien tidak bisa menggerakkan tangan kiri dan kaki kiri, oleh karena itu klien selalu berbaring, klien mengatakan tidak dapat berdiri, klien mengatakan takut jatuh, klien mengatakan kurang tahu mengenai penyakitnya, klien tampak bingung, klien mengatakan tidak tahu mengobati penyakitnya, klien terpasang gelang <i>fall risk</i> , klien tampak lemah, klien bertanya tentang penyakitnya
2.	Keluhan utama saat pengkajian	Keluarga klien mengatakan klien masih mengalami penurunan	Klien mengatakan tidak bisa menggerakkan anggota tubuhnya sebelah kiri, dan klien juga

		kesadaran, keluarga klien mengatakan dia tidak tahu juga mengatakan anggota tubuh sebelah kanan klien tidak dapat digerakkan	mengatakan dia tidak tahu penyakitnya dan cara mengobatinya
3.	Riwayat penyakit sekarang	Stroke non hemoragik hemiparise dextra	Stoke non hemoragik hemiparise sinistra
4.	Riwayat kesehatan yang lalu	Keluarga klien mengatakan klien pernah mengalami penyakit hipertensi dan tidak terkontrol	Tidak ada
5.	Riwayat Keluarga	Tidak ada	Tidak ada

### Hasil Observasi (Pemeriksaan Fisik)

Tabel 3. Hasil Observasi (Pemeriksaan Fisik)

No	Observasi	Kasus I	Kasus II
1	Keadaan umum	a) Keadaan umum klien lemah b) Kesadaran semi koma c) Terpasang infus RL 20 gtt/m di bahu (dekat klavikula) kanan	a) Keadaan umum klien lemah b) Kesadaran compos mentis/apatis c) Terpasang infus RL 20gtt/m di tangan kiri
2	Tanda-tanda vital : a) Tekanan Darah b) Respirasi c) Nadi d) Suhu	135/83 mmHg 26 x/i 88 x/i 37,5 ° c	120/80 x/i 24 x/i 80 x/i 26,5 ° c
3	Pemeriksaan fisik: B1 ( <i>breathing</i> ) pernapasan	a. Bentuk thorak: Normal b. Pergerakan pernafasan: tidak ada retraksi dada c. Pola nafas: Irregular d. Frekwensi penafasan: 26 x/i e. Vocal fremitus: Normal f. Perkusi lapangan paru: Sonor g. Suara abnormal paru: Ronchi h. Nyeri dada: Tidak ada	a. Bentuk thorak: Normal b. Pergerakan pernafasan: tidak ada retraksi dada c. Pola nafas: Irregular d. Frekwensi penafasan: 24 x/i e. Vocal fremitus: Normal f. Perkusi lapangan paru: Sonor g. Suara abnormal paru: Ronchi h. Nyeri dada: Tidak ada
4	B2 ( <i>bleeding</i> ) Jantung	a. Capillary refilling time (CRT): < 2 detik b. Distensi: Tidak terdapat distensi c. Suara jantung: S1 dan S2 Lup Dup, tidak ada suara S3 tambahan d. Chest pain: Tidak ada nyeri dada e. Palpitasi: Tidak ada palpitasi f. Edema: Ada, ada pada kaki dan dengan derajat 3 g. Baal: Tidak dapat dikaji h. Perubahan warna kulit perifer: kulit memerah dan kering	a. Capillary refilling time (CRT): < 2 detik b. Distensi: Tidak ada distensi c. Suara jantung: Suara jantung "lup" "dup" S1 dan S2 teratur d. Chest pain: Tidak ada e. Palpitasi: Tidak ada palpitasi, jantung berdetak teratur f. Edema: Tidak ada g. Baal: Tidak terdapat baal h. Perubahan warna kulit perifer: Kulit memerah i. Clubbing finger: Tidak ada j. Tekanan darah: 124/80 mmHg k. Central vien pressure: Tidak ada

- i. Clubbing finger: Tidak Ada  
j. Tekanan darah: 135/83 mmHg  
k. Central vien pressure: Tidak ada
- 5 B3 (*Brain*) Otak
- a. Tingkat kesadaran: semi koma  
b. Orientasi: Tidak dapat dikaji  
c. Memori: Tidak dapat dikaji  
d. Sensorium: Tidak dapat dikaji  
e. Kemampuan wicara: Tidak dapat dikaji  
f. Saraf kranial: Tidak dapat dikaji  
g. Fungsi motorik: Tidak dapat dikaji  
h. Fungsi sensorik: Tidak dapat dikaji  
i. Reflek fisiologis: Tidak dapat dikaji  
j. Reflek patologis: Tidak dapat dikaji  
k. Kaku kuduk: Tidak dapat dikaji
- a. Tingkat kesadaran: kompos mentis  
b. Orientasi: Klien dapat menyebutkan nama dan tempat tinggal  
c. Memori: Klien tidak mudah mengingat (jangka panjang)  
d. Sensorium: Klien dapat mengingat, mendengar, mencium atau merasakan dengan normal  
e. Kemampuan wicara: Klien bisa berbicara dan dengan menggunakan bahasa indonesia  
f. Saraf kranial: Tidak normal sehingga menyebabkan kelumpuhan ekstremitas kiri  
g. Fungsi motorik: Klien hanya dapat menggerakkan ekstremitas sebelah kanan  
h. Fungsi sensorik: Klien dapat mendengarkan suara dan merasakan sentuhan  
i. Reflek fisiologis: Tidak terdapat reflek gerak pada ekstremitas kiri  
j. Reflek patologis: Terdapat reflek atau gerakan yang muncul oleh sentuhan atau rangsangan  
k. Kaku kuduk: Klien mengeluh saat fleksi leher
- 6 B4 (*bladder*) Perkemihan
- a. BAB  
1. Frekuensi: 1 kali sehari  
2. Karakteristik: Lunak  
3. Riwayat Penggunaan pencahar: Tidak ada penggunaan pencahar  
b. BAK  
1. Frekuensi: 4 kali sehari  
2. Karakteristik: Warna kuning cerah, bau khas urine  
3. Tidak ada gangguan pada kandung kemih
- a. BAB  
1. Frekuensi: 1 kali sehari  
2. Karakteristik: Lunak  
3. Riwayat penggunaan pencahar: Tidak ada penggunaan pencahar  
b. BAK  
1. Frekuensi: 5 kali sehari  
2. Karakteristik: Warna kuning cerah, bau khas urine  
3. Tidak ada gangguan pada kandung kemih
- 7 B5 (*bowel dan bowel reproduksi*) Reproduksi
- a. Bentuk abdomen: Simetris  
b. Keluhan nyeri tekan: Tidak dapat dikaji  
c. Peristaltik usus: Normal  
d. Hepar: Pembengkakan (-), Massa (-)  
e. Limfa: Pembengkakan (-)
- a. Bentuk abdomen: Simetris  
b. Keluhan nyeri tekan: Tidak terdapat nyeri tekan  
c. Peristaltik usus: Normal  
d. Hepar: Pembengkakan (-), Massa (-)  
e. Limfa: Pembengkakan (-)

		f. Massa tumor: Tidak ada massa tumor	f. Massa tumor: Tidak ada
		g. Asites: Tidak ada asites	g. Asites: Tidak ada
		h. Shifting dullness: Tidak ada shifting dullnes	h. Shifting dullness: Tidak ada
		a. Gangguan fungsi reproduksi: Tidak ada gangguan	a. Gangguan fungsi reproduksi: Tidak ada gangguan
		b. Libido: Tidak ada	b. Libido: Tidak ada libido
		c. Karakteristik mammae: Areola berwarna hitam	c. Karakteristik mammae Bersih
		d. Keputihan: Tidak ada keputihan	d. Keputihan: Tidak terdapat keputihan
		e. Pembesaran prostat: Tidak ada	e. Pembesaran prostat: Tidak ada
		f. Hernia: Tidak ada	f. Hernia: Tidak ada hernia
		g. Secret pada MUE: Tidak ada	g. Secret pada MUE: Tidak terdapat secret pada MUE
		h. Verikokel: Tidak ada	h. Verikokel: Tidak terdapat verikokel
		i. Hidrokokel: Tidak ada	i. Hidrokokel: tidak terdapat hidrokokel
		j. Wasir: Tidak ada	j. Wasir: Tidak terdapat wasir
8	B6 (bone muskuloskeletal) Tulang	a. Kekuatan otot Eks. Sup. Dex 0 Eks. Inf. Dex 1	a. Kekuatan otot Eks. Sup. Sin 0 Eks. Inf. Sin 1
		b. Kekakuan: Kaku seluruh tubuh	b. Kekakuan: Terdapat kekakuan dalam pergerakan sendi ekstremitas bawah dan atas sebelah kiri
		c. Kontraktur: Tidak ada	c. Kontraktur: Tidak terdapat kontraktur pada otot ataupun sendi
		d. Spastik: Mengalami kekakuan pada seluruh tubuh	d. Spastik: Mengalami kekakuan pada saat pergerakan sendi ekstremitas bawah dan atas sebelah kiri
		e. Flasit: Tidak ada	e. Flasit: Tidak ada
		f. Pola latihan gerak: Tidak dapat bergerak	f. Pola latihan gerak: Tidak dapat bergerak

Penelitian ini telah dilaksanakan pada kasus 1 pada tanggal 16 januari 2024 sampai dengan 18 januari 2024 dan kasus 2 pada tanggal 17 januari 2024 sampai dengan 19 januari 2024. Maka peneliti akan membahas beberapa kesenjangan antara kasus 1 dan 2. Adapun kesenjangan yang akan dibahas dari tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi yang dilakukan kepada klien.

**Tahap Pengkajian**

Berdasarkan pengkajian didapatkan dari kedua klien memiliki beberapa kesamaan yaitu pada kasus I dan kasus 2 berjenis kelamin perempuan. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Jaza (2022) didapatkan data jumlah pasien stroke non-hemoragik lebih banyak berjenis kelamin laki laki sebanyak 26 dan perempuan sebanyak 23. Sedangkan menurut penelitian Elmukhsinur (2021) dinyatakan bahwa laki-laki lebih mudah terkena stroke non-hemoragik.

Berdasarkan pengkajian didapatkan dari kedua klien dengan rentang umur 50-65 tahun pada kasus 1 dengan usia 64 tahun dan pada kasus 2 yaitu 60 tahun. Pada penelitian yang dilakukan oleh Jaza (2022) diperoleh data yang terkena stroke non hemoragik rentan pada usia >65 tahun. Penelitian yang dilakukan elmukhsinur (2021) Sama juga dengan di atas yaitu rentan pada umur lebih dari 65 tahun.

Berdasarkan data riwayat penyakit terdahulu pada penelitian ini yaitu pada kasus 1 dengan penyakit hipertensi dan pada kasus 2 dengan penyakit diabetes melitus. Elmukhsinur (2021) menyatakan bahwa riwayat penyakit terdahulu yang menyebabkan stroke non-hemoragik adalah penyakit hipertensi dan diabetes melitus. Penelitian yang dilakukan oleh Fitriyani (2024) menatakan bahwa riwayat penyakit terdahulu yang menyebabkan stroke non-hemoragik adalah penyakit hipertensi. Hal ini selaras dengan penelitian saya bahwa riwayat penyakit terdahulu pada kasus 1 dan 2 adalah sama yaitu hipertensi dan diabetes.

Berdasarkan data didapatkan data pada kasus 1 memiliki *pressure ulcer* dengan luka tampak memerah, tidak terdapat nanah dan luka sepanjang 3 cm sedangkan pada kasus II terdapat luka memerah daerah luka juga memerah, tidak terdapat nanah dan luka sepanjang 2 cm.

Hasil penelitian Primalia (2020) menyatakan bahwa luka ulcer yang terjadi pada klien stroke non-hemoragik dapat dicegah dengan rangkaian lima elemen kunci *bundle care*. Rangkaian 5 elemen kunci bundle care yaitu pengkajian risiko, pengkajian kulit, permukaan pendukung, nutrisi dan alih baring/reposisi yang sebaiknya diberikan sejak awal klien dirawat agar dapat mempertahankan dan meningkatkan pelayanan pencegahan dan perawatan *pressure ulcer* khususnya pada klien stroke non-hemoragik kasus 1 dan kasus 2 yang memiliki *pressure ulcer*.

### **Diagnosa Keperawatan**

Dari kedua kasus diperoleh diagnosa pada kasus I yaitu Risiko luka tekan berhubungan dengan riwayat stoke, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dan defisit perawatan diri. Pada kasus II yaitu Risiko luka tekan berhubungan dengan riwayat stroke, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Dari beberapa diagnosa tersebut, peneliti mengambil diagnosa utama resiko luka tekan berhubungan dengan riwayat penyakit terdahulu.

### **Intervensi Keperawatan**

Berdasarkan hasil analisa diagnosa kasus 1 dan kasus 2, didapatkan data kedua klien mempunyai rencana tindakan keperawatan yang sama. Berdasarkan kasus klien 1 dan 2 dibuat rencana tindakan keperawatan menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) dengan intervensi yaitu: 1. Periksa luka tekan dengan menggunakan skala (mis. skala Noton, skala Braden), 2. Periksa adanya luka tekan sebelumnya, 3. Monitor suhu kulit yang tertekan, 4. Monitor status kulit harian, 5. Monitor ketat area yang memerah, 6. Monitor kulit di atas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi, 7. Monitor sumber tekanan dan gesekan, 8. Monitor mobilitas dan aktivitas individu, 9. Keringkan area kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekalatau urine, 10. Ubah posisi dengan hati-hati setiap 1- 2 jam, 11. Buat jadwal perubahan posisi, 12. Berikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang, 13. Hindari pemijatan di atas tonjolan tulang, 14. Pastikan asupan makanan yang cukup terutama protein, vitamin B dan C, zat besi, dan kalori, 15. Jelaskan tanda-tanda kerusakan kulit, 16. Anjurkan melapor jika menemukan tanda-tanda kerusakan kulit, 17. Ajarkan cara merawat kulit. Peneliti melakukan penelitian pada kasus I dan kasus II dengan memilih 17 intervensi dari 22 intervensi yang ada karena keterbatasan sarana dan prasarana di rumah sakit.

### **Implementasi Keperawatan**

Berdasarkan intervensi yang ditentukan oleh peneliti, tindakan keperawatan yang di lakukan oleh peneliti hanya 17 intervensi, 5 intervensi tidak dilakukan karena keterbatasan waktu serta sarana dan prasarana di rumah sakit. Jurnal yang terkait dengan 17 intervensi tersebut dilakukan oleh Primalia (2020) pada klien stroke non-hemoragik yang berisikan tentang pencegahan dan perawatan *pressure ulcer* dengan *bundle care*. Keterkaitan ke-17 intervensi yang dilakukan peneliti dengan *bundle care* yaitu mengenai pengkajian risiko, pengkajian kulit, permukaan pendukung, nutrisi dan reposisi/alih baring.

Tindakan yang dilakukan oleh peneliti yaitu: 1. Memeriksa luka tekan dengan menggunakan skala (mis. skala Noton, skala Braden), 2. Memeriksa adanya luka tekan sebelumnya, 3. Memonitor suhu kulit yang tertekan, 4. Memonitor status kulit harian, 5. Memonitor ketat area yang memerah, 6. Memonitor kulit di atas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi, 7. Memonitor sumber tekanan dan gesekan, 8. Memonitor mobilitas dan aktivitas individu, 9. Mengeringkan area kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekalatau urine, 10. Mengubah posisi dengan hati-hati setiap 1- 2 jam, 11. Membuat jadwal perubahan posisi, 12. Memberikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang, 13. Menghindari pemijatan di atas tonjolan tulang, 14. Memastikan asupan makanan yang cukup terutama protein, vitamin B dan C, zat besi, dan kalori, 15. Menjelaskan tanda-tanda kerusakan kulit, 16. Mengajarkan melapor jika menemukan tanda-tanda kerusakan kulit, 17. Mengajarkan cara merawat kulit. Semua tindakan dilakukan pada klien kasus 1 dan 2.

## Evaluasi Keperawatan

Berdasarkan tindakan keperawatan yang dilakukan oleh peneliti selama 3 hari pada kasus 1 dan 2 dievaluasi setiap hari, evaluasi diperoleh hasil yang sama antara kasus 1 dan kasus 2. Pada kasus 1 diperoleh luka tekan pada kulit klien bagian tulang belakang atau sacrum masih ada dengan panjang 1 cm dan kulit tangan klien terkelupas dan mengering sudah tidak ada lagi. Sedangkan pada kasus 2 luka tekan pada kulit klien bagian bawah tulang belakang masih ada dengan panjang 1 cm.

## KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil pengkajian Kasus 1 dan kasus 2 didapat hasil bahwa ada tanda dan gejala yang sama seperti terdapat luka tekan di bagian tulang belakang klien. Namun ada juga keluhan yang berbeda antara kasus 1 dan kasus 2 yaitu pada kasus 1 keluarga klien mengatakan klien tidak bisa menggerakkan ekstremitas pada bagian sebelah kanan, sedangkan kasus 2 klien mengeluh tidak dapat menggerakkan ekstremitas kiri.

Berdasarkan kasus 1 dan 2 pada penelitian ini, ditemukan data bahwa terjadi masalah penyumbatan pembuluh darah di otak dan menyebabkan penyakit yang sama. Kesamaan ini terjadi karena tubuh yang tidak bisa digerakkan di sebelah kiri maupun sebelah kanan mengakibatkan terdapatnya *pressure ulcer*. Perencanaan dibuat maka perawat dapat menerapkannya pada klien.

Setelah dilakukan tindakan terhadap intervensi keperawatan pada kasus 1 dan kasus 2 dapat disimpulkan bahwa pencegahan dan perawatan *pressure ulcer* pada pasien stroke Non-Hemoragik antara kasus 1 dan kasus 2 menunjukkan bahwa masalah yang dialami oleh kedua klien dapat teratasi.

## DAFTAR PUSTAKA

- Amir, Y., Halfens, R. J. G., Lohrmann, C., & Schols, J. M. G. A. (2013). Pressure ulcer prevalence and quality of care in an Indonesian hospital. *Journal of Wound Care*, 22(5), 254-260. Dikutip dari <https://doi.org/10.12968/jowc.2013.22.5.254>.
- Arum S. (2015). *Stroke: Kenali Cegah dan Obati*. Yogyakarta. NoteBook.
- Elmukhsinur. (2021). Faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian stroke di RSUD Indrasari Rengat kabupaten Indragiri Hulu. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*. 12(4). 489-494. doi: <http://dx.doi.org/10.33846/sf12424>
- Fitriyani. (2024). Laporan kasus stroke non hemoragik. *Jurnal Kesehatan Tembusai*. 5(1). 1512-1516
- Hardianti, E., Muhartomo, H., & Kesoema, (2018). Hubungan tekanan darah ketika masuk igd dengan keluaran motorik pasien stroke iskemik. *Diponegoro Medical Journal (jurnal kedokteran diponegoro)*, 7(2), 1604-1616.
- Jaza K. A., & Danang, T, Y. (2022). Asuhan keperawatan pasien stroke non hemoragik dengan masalah pola nafas tidak efektif, nyeri akut dan gangguan mobilitas fisik. *Jurnal Keperawatan Merdeka (JKM)*, 2(2), 108-112.
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). Riset Kesehatan Dasar 2018. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI: Jakarta.
- Murphy, S. J., & Werring, D. J. (2020). *Stroke: causes and clinical features*. *Medicine (United Kingdom)*, 48(9), 561-566. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2020.06.002>.
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis Edisi Revisi Jilid 2*. Media Action.
- Ojaghhighighi, S., Vahdati, S. S., Mikaeilpour, A., & Ramouz, A. (2017). Comparison of neurological clinical manifestation in patients with hemorrhagic and ischemic stroke. *World Journal of Emergency Medicine*, 8(1), 34. Dikutip dari <https://doi.org/10.5847/wjem.j.1920-8642.2017.01.006>.
- Potter, P. A., Peart, A. G., Stockert., P. A., & Amy M. Hall. (2016). *Fundamentals of Nursing*. The American Journal of Nursing, 2092. Dikutip dari <https://doi.org/10.2307/3462816>.
- Price, Sylvia dan Wilson Lorraine, M. (2006). *Patofisiologi konsep klinis proses-proses penyakit*. Penerbit buku kedokteran. Jakarta: EGC.
- Primalia, P., & Hudiyawati, D. (2020). *Pencegahan dan perawatan luka tekan pada pasien stroke di ruang ICU*. *Berilmu keperawatan*. 13(2). 110-6.
- Smeltzer Suzanne C. (2018). *Buku ajar mrdikal bedah brunner & suddarth*. Ahli bahasa Agung waluyo, dkk. 8. Jakarta, EGC.
- Tayyib, N., Coyer, F., & Lewis, P. A. (2016). Implementing a pressure ulcer prevention bundle in an adult intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 37, 27-36. Dikutip dari <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2016.04.005>.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2017). *Standar intervensi keperawatan indonesia*. (1st ed.). Jakarta : PPNI

Zuo, X. L., & Meng, F. J. (2015). A care for pressure ulcer treatment in intensive care units. *International Journal of Nursing Sciences*, 2(4), 340-347. Dikutip dari <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2015.10.008>.