

PENCEGAHAN DEKUBITUS PASIEN STROKE *HEMORRHAGIC* SETELAH 24 JAM SERANGAN DI STROKE CENTER RSUD NGUDI WALUYO WLINGI

Dewi Rachmawati^{1*}, Etika Ma'rifatul Ulum², Tri Cahyo Sepdianto³

Jurusan Keperawatan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang^{1,3}
Mahasiswa Prodi Keperawatan Blitar, Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang²

*Email Korespondensi: rachmawati_dewi13@yahoo.com

ABSTRAK

Stroke menjadi penyebab utama kematian dan kecacatan dengan beban penyakit yang semakin meningkat dua kali lipat di Indonesia. Tingginya angka kecacatan memperpanjang waktu perawatan dan tirah baring sehingga berisiko tinggi terjadinya luka decubitus apabila 24-48 jam setelah serangan tidak segera dilakukan mobilisasi dini. Tujuan studi kasus ini menggambarkan pencegahan decubitus pasien stroke *hemorrhagic* setelah 24 jam serangan. Studi kasus ini menggunakan pendekatan asuhan keperawatan. Subyek adalah pasien stroke *hemorrhagic* setelah 24 jam serangan beserta keluarganya dengan masalah keperawatan risiko decubitus. Pengumpulan data menggunakan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan penilaian risiko decubitus dengan skala Norton. Tindakan keperawatan yang dilakukan pemberian mobilisasi/alih baring setiap 2 jam dan *massage* kulit pada area yang tertekan. Hasil studi kasus menunjukkan pemberian mobilisasi/alih baring setiap 2 jam dan pemberian *massage* kulit pada area yang tertekan terbukti efektif menurunkan risiko decubitus yang dibuktikan dengan kenaikan skor skala Norton. Diharapkan perawat/keluarga menerapkan pemberian alih baring/mobilisasi setiap 2 jam dan *massage* kulit pada area tertekan sedini mungkin untuk pencegahan decubitus.

Kata – kata Kunci: decubitus, pasca serangan, stroke *hemorrhagic*,

ABSTRACT

Stroke is a major cause of death and disability with a disease burden that has doubled in Indonesia. The high rate of disability prolongs treatment time and bed rest so that the risk of decubitus sores is high if 24-48 hours post attack is not immediately carried out early mobilization. Objective this study to describe prevention of pressure ulcer hemorrhagic stroke patient on 24-hour post attack. This case study uses a nursing care approach. The subjects were hemorrhagic stroke patients on 24-hour post attack and their families with decubitus risk nursing problems. Data collection uses interviews, observation, physical examination, and assessment of the risk of decubitus with Norton scale. Nursing actions are carried out giving bed mobilization/transfer every 2 hours and skin massage in the depressed area. The results of the study show administration of bed rest/mobilization every 2 hours and administration of skin massage in the depressed area proved effective in reducing the risk of decubitus as evidenced by the increase in Norton scale scores. It is expected that nurses/families apply bed rest/mobilization every 2 hours and skin massage in depressed areas as early as possible for pressure sores prevention.

Keywords: decubitus, hemorrhagic stroke, post-attack

PENDAHULUAN

Stroke adalah penyakit cerebrovaskuler (pembuluh darah otak) yang ditandai dengan kematian jaringan otak karena berkurangnya aliran darah dan oksigen ke otak. Salah satu akibat yang terjadi adalah seseorang bisa menderita kelumpuhan atau bahkan kematian. Berkurangnya aliran darah dan oksigen ini dikarenakan adanya sumbatan, penyempitan atau pecahnya pembuluh darah (1,2).

Di Indonesia diperkirakan 500 ribu penduduk terkena stroke setiap tahunnya, sekitar 25% diantaranya meninggal dan sisanya mengalami kecacatan baik ringan ataupun berat (3). Di Jawa Timur khususnya Kabupaten Blitar jumlah penderita stroke mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Berdasarkan data Dinas Kabupaten Blitar penderita stroke 566 orang pada tahun 2014 meningkat menjadi 573 pada tahun 2016. Hal ini sesuai dengan studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD Ngudi Waluyo Wlingi rata-rata penderita stroke yang tercatat adalah sekitar 65 orang perbulan pada bulan Juni hingga Oktober 2017. Dengan jumlah pasien stroke iskemik lebih tinggi dibandingkan dengan stroke *hemorrhagic*.

Besarnya angka kejadian kematian dan kecacatan akibat stroke tersebut secara signifikan akan meningkatkan biaya perawatan dan memperpanjang lama perawatan serta memperlambat proses penyembuhan pasien (4). Semakin lamanya hari perawatan, penderita juga akan mengalami tirah baring yang lama sehingga mempunyai risiko tinggi terhadap terjadinya luka dekubitus. Dekubitus merupakan suatu luka yang terjadi akibat tekanan yang lama sehingga mengakibatkan gangguan darah setempat apabila posisi penderita tidak berubah dalam jangka waktu lebih dari 6 jam (5).

Untuk mengurangi risiko dekubitus maka harus dilakukan mobilisasi sedini mungkin terutama pada pasien yang kondisi klinis dan hemodinamiknya stabil (6). Mobilisasi ini sebaiknya mulai dilakukan 24-48 jam setelah serangan stroke (7). Didukung oleh Bernhardt *et al* (8) yang menyatakan bahwa mobilisasi awal pada pasien stroke terbaik dilakukan 24-72 jam setelah serangan stroke. Mobilisasi ini bermanfaat untuk mengurangi komplikasi seperti infeksi, *deep vein thromboembolism* dan jatuh. Diperkuat Ingeman *et al* (9) yang menyatakan pemberian intervensi dini pada pasien stroke akut khususnya mobilisasi dini berhubungan dengan penurunan risiko komplikasi medis.

Dekubitus memerlukan penanganan dan perhatian khusus oleh tenaga kesehatan. Masalah keperawatan tersebut dapat dicegah dengan penatalaksanaan perawat memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh mulai dari pengkajian masalah, menentukan diagnosa keperawatan, membuat intervensi, implementasi, dan evaluasi (10). Beberapa penelitian tentang intervensi keperawatan untuk mencegah terjadinya luka dekubitus adalah pengaturan posisi tirah baring (mobilisasi), memberikan *baby oil* atau minyak kelapa pada daerah yang tertekan, memakai pakaian yang longgar, menghindari kerutan pada tempat tidur, *massage* kulit yang dapat mereduksi penekanan dan menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering (8, 11, 12, 13, 14).

Di Stroke Center RSUD Ngudi Waluyo Wlingi dari 6 pasien stroke yang dilakukan penilaian dengan menggunakan skala Norton, 60% berisiko mengalami luka dekubitus. Risiko dekubitus terutama terjadi pada pasien stroke *hemorrhagic* yang perawatannya lebih lama yaitu 14-21 hari dari pada stroke iskemik yang lebih pendek yaitu selama 6-10 hari. Risiko ini

terutama ditemukan pada stroke *hemorrhagic* setelah 24 jam serangan, yang dibuktikan dengan penilaian risiko dekubitus menggunakan skala Norton didapatkan skor <14 yang artinya pasien berisiko terjadi dekubitus apabila tidak dilakukan pencegahan. Untuk itu sangat penting dilakukan pencegahan dekubitus, oleh sebab itu berdasarkan latar belakang diatas akan dilakukan penelitian tentang “Pencegahan Dekubitus Pasien Stroke *Hemorrhagic* Setelah 24 Jam Serangan di Stroke Center RSUD Ngudi Waluyo Wlingi”

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Tempat penelitian di Stroke Center RSUD Ngudi Waluyo Wlingi dengan lama penelitian untuk masing-masing subjek adalah 3 hari. Adapun subjek penelitian ini adalah klien dan keluarga dengan diagnosis medis stroke *hemorrhagic* dengan masalah resiko dekubitus sebanyak 2 orang dengan kriteria sebagai berikut: 1). Klien dengan stroke *hemorrhagic* setelah 24 jam serangan; 2). Klien yang berisiko terjadi luka tekan atau dekubitus setelah dilakukan penilaian dengan menggunakan skala Norton dengan skor <14; 3). Klien/keluarga bersedia menjadi responden dan telah menandatangani *informed consent* dan mampu berkomunikasi dengan baik; 4). Klien yang dirawat di Stroke Center RSUD Ngudi Waluyo Wlingi. Metode pengumpulan data dengan wawancara, observasi dan studi dokumentasi.

Sedangkan proses pengumpulan data dimulai dengan 1). Menentukan subjek penelitian yaitu pasien dengan stroke *hemorrhagic* (ditentukan melalui pemeriksaan CT scan kepala dengan hasil CVA *hemorrhagic*); 2). Penentuan

waktu serangan stroke (yaitu 24-48 jam pasca serangan stroke); 3). Penilaian risiko dekubitus menggunakan skala Norton (dipilih pasien dengan skor <14); 4). Meminta persetujuan subjek penelitian; 5). Melakukan pengkajian, menentukan diagnosa dan menyusun intervensi; 6). Melakukan implementasi selama 3 hari untuk masing-masing subjek penelitian yaitu pengaturan posisi tirah baring (mobilisasi) 2 jam yang dilakukan 3-4 kali dalam 24 jam, pemberian *massage* kulit 10-15 menit yang dilakukan 3 kali dalam 24 jam, serta manajemen kulit kering dan lembab; 7). Melakukan evaluasi setelah tindakan dilakukan.

Teknik analisis yang digunakan, yaitu dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari berbagai metode pengumpulan data yang telah digunakan. Pertimbangan etik yang diterapkan dalam studi kasus ini adalah *autonomy* (dengan memberi kebebasan subjek penelitian menentukan bersedia atau tidak ikut dalam penelitian dengan menandatangani *informed consent*), keadilan (dengan subjek penelitian mendapatkan perilaku yang sama sebelum, selama maupun sesudah penelitian berlangsung), *beneficience* (manfaat) diterapkan dengan memberikan tindakan keperawatan (alih baring tiap 2 jam, pemberian *baby oil* dan *massage* kulit) dan *nonmaleficience* (kerugian) yang di timbulkan adalah tersita waktunya tetapi dengan ikut menjadi subjek penelitian akan menambah pengetahuan, terakhir prinsip etik yang ditetapkan adalah *confidentiality* dengan tidak mencantumkan nama ssubjek penelitian dan hanya data yang terkait dengan penelitian yang dilaporkan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Terdapat dua subyek pada studi kasus ini yang masing-masing merupakan pasien yang sedang rawat

inap di Stroke Center RSUD Ngudi Waluyo Wlingi. Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada kedua

subyek penelitian didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 1. Hasil Pengkajian Subyek Penelitian

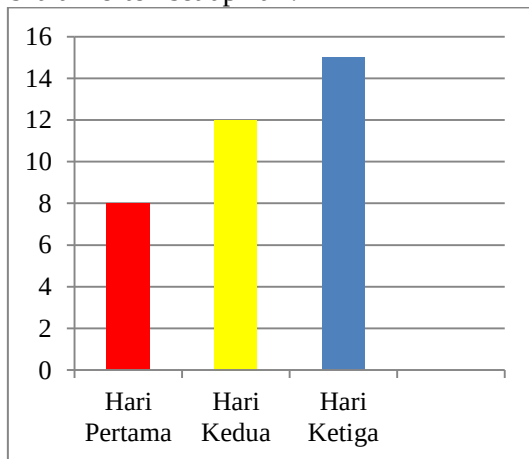
Subyek 1	Subyek 2
Pada subyek 1 berdasarkan hasil pengkajian pasien Ny. M berusia 50 tahun, mengalami penurunan kesadaran dengan kesadaran sopor GCS 222, mengalami stroke <i>hemorrhagic</i> yang dibuktikan dengan pemeriksaan CT scan kepala dengan hasil perdarahan pons. Pola aktivitas dan latihan selama sakit pasien ketergantungan total dibuktikan dengan <i>indeks Barthel</i> didapatkan skor 50. Pasien hanya berbaring lemah di tempat tidur, mengalami kelemahan ekstermitas bawah sebelah kanan, tidak dapat digerakkan, dan pasien tidak mampu mengubah posisi secara mandiri. Pada pemeriksaan fisik metode inspeksi didapatkan hasil pada daerah belakang leher terlihat kotor, kulit terlihat sangat lembab, sering berkeriat, kulit pada area punggung terlihat pucat dan sangat lembab, pada kulit area gluteus terlihat lecet karena pemasangan popok yang terlalu kencang. Berdasarkan penilaian risiko dekubitus dengan menggunakan skala Norton diperoleh skor 8, yang artinya pasien berisiko tinggi terjadi luka dekubitus.	Pada subyek 2 berdasarkan hasil pengkajian pasien Ny. S berusia 67 tahun, mengalami penurunan kesadaran dengan kesadaran sopor GCS 222, mengalami stroke <i>hemorrhagic</i> yang dibuktikan dengan pemeriksaan CT scan kepala dengan hasil ICH temporal kiri. Pola aktivitas dan latihan selama sakit pasien ketergantungan total dibuktikan dengan <i>index Barthel</i> didapatkan skor 50. Pasien hanya berbaring lemah di tempat tidur, ekstremitas atas dan bawah mengalami kelemahan, tidak bisa digerakkan, pasien sulit berbicara dan pasien tidak mampu mengubah posisi secara mandiri. Pada pemeriksaan fisik metode inspeksi didapatkan hasil kulit pada area belakang leher dan punggung sangat kering, kulit pada area gluteus sebelah kanan tampak kemerahan dan sangat kering. Berdasarkan penilaian risiko dekubitus dengan menggunakan skala Norton diperoleh skor 9, yang artinya pasien berisiko tinggi terjadi luka dekubitus.

Dari hasil pengkajian, dirumuskan diagnosa keperawatan, yaitu risiko dekubitus. Berdasarkan diagnosa keperawatan tersebut kemudian ditentukan intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan pasien. Intervensi keperawatan tersebut antara lain: 1). Observasi tanda-tanda vital; 2). Anjurkan pakaian yang digunakan pasien longgar dan tidak ketat; 3). Hindari kerutan pada tempat tidur; 4). Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan keringkan kulit yang lembab; 5). Monitor mobilitas dan aktivitas pasien; 6). Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap satu-dua jam sekali; 7). Hindari adanya gesekan yang berlebihan saat mengganti linen yang kotor/basah; 8). Monitor ketat area yang memerah; 9). Berikan *massage* menggunakan lotion atau minyak/*baby oil* pada daerah yang tertekan; 10). Bersihkan feses atau urin segera dari kulit; 11).

Gunakan kain pengalas bila memindahkan pasien tirah baring; 12). Lakukan pengkajian risiko dekubitus menggunakan skala Norton setiap hari; 13). Berikan pendidikan kesehatan kepada keluarga untuk memberikan alih baring setiap 1-2 jam, memberikan *massage*, memasang alat tenun yang benar dan menghindari kerutan pada tempat tidur, menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering guna untuk mencegah adanya luka tekan atau dekubitus; 14). Kolaborasi dengan tim medis lain untuk pemberian terapi.

Implementasi yang dilakukan pada kedua subjek penelitian adalah sama, yaitu memonitor mobilitas dan aktivitas pasien, melakukan mobilisasi pasien (ubah posisi pasien setiap 1-2 jam sekali), memonitor area kulit yang kemerahan, memberikan *massage* menggunakan lotion/*baby oil* pada daerah yang tertekan, menghindari kerutan pada tempat tidur, dan melakukan

pengkajian risiko dekubitus menggunakan skala Norton setiap hari.



Grafik 1. Hasil Observasi Penilaian Risiko Dekubitus pada Subjek Penelitian 1

Setelah melakukan implementasi maka tahap yang terakhir adalah evaluasi terhadap hasil tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada kedua subyek penelitian. Hasil evaluasi lebih jelasnya dapat dilihat pada grafik 1 dan 2 yang menunjukkan adanya kenaikan skor penilaian risiko dekubitus menggunakan skala Norton.

Berdasarkan grafik 1 menunjukkan bahwa pada hari pertama didapatkan skor pengkajian risiko dekubitus dengan skala Norton pada subjek penelitian 1 adalah 8 yang artinya berisiko tinggi terjadi dekubitus yang digambarkan dengan grafik warna merah, kemudian pada hari kedua skor penilaian risiko dekubitus pada subjek penelitian 1 mengalami peningkatan menjadi 12 yang artinya berisiko sedang terjadi dekubitus yang digambarkan dengan grafik warna kuning dan pada hari ketiga perawatan subjek penelitian 1 mendapatkan skor 15 yang artinya tidak berisiko terjadi luka dekubitus yang digambarkan dengan grafik warna biru.

Sedangkan pada subjek penelitian 2 yang digambarkan pada grafik 2 dapat dijelaskan sebagai berikut hari pertama didapatkan skor pengkajian risiko dekubitus dengan skala Norton pada subjek penelitian 2 adalah 9 yang artinya berisiko tinggi terjadi dekubitus yang digambarkan dengan grafik warna merah, kemudian pada hari kedua skor penilaian risiko dekubitus pada

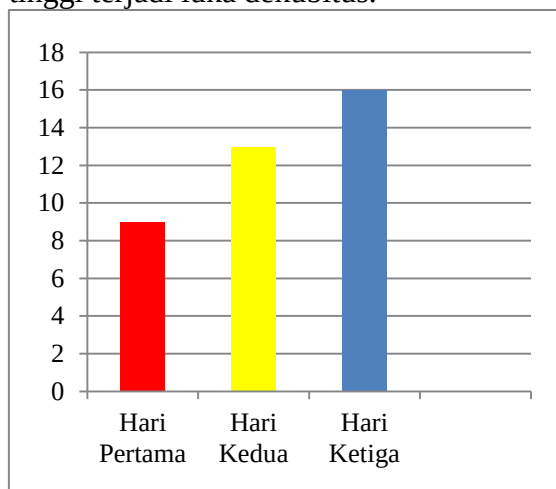
subjek penelitian 2 mengalami peningkatan menjadi 13 yang artinya berisiko sedang terjadi dekubitus yang digambarkan dengan grafik warna kuning dan pada hari ketiga perawatan subjek penelitian 2 mendapatkan skor 16 yang artinya tidak berisiko terjadi luka dekubitus yang digambarkan dengan grafik warna biru.

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada kedua subyek penelitian didapatkan perbedaan skor hasil penilaian risiko dekubitus yaitu pada subjek penelitian 1 dengan skor 8 dan subjek penelitian 2 dengan skor 9. Hal ini terjadi karena terdapat perbedaan kekuatan otot pada kedua subjek. Kekuatan otot subjek penelitian 1 lebih baik dari pada subjek penelitian 2. Pada saat pengkajian kemampuan mobilitas dan aktivitas pada kedua subjek juga terdapat perbedaan. Subjek penelitian 2 sama sekali tidak mampu untuk merubah posisi tanpa adanya bantuan orang lain. Sedangkan pada subjek penelitian 1 masih bisa melakukan perubahan kecil pada posisi tubuh dan ekstremitas, tetapi tidak mampu melakukan perubahan yang sering secara mandiri dan tetap membutuhkan bantuan orang lain.

Menurut Potter & Perry (15) pasien stroke yang tidak mampu mengubah posisi secara mandiri atau yang mengalami imobilisasi fisik akan mengalami tirah baring yang lama dan hanya berbaring pada tempat tidur. Pada pasien yang mengalami imobilisasi fisik tidak mampu memenuhi kebutuhan kebersihan dirinya sendiri dan tergantung pada orang lain untuk menjaga kulit agar tetap kering dan utuh. Kelembapan dapat berasal dari keringat, cairan luka, inkontinensia fekal atau urin yang bisa menyebabkan iritasi pada kulit dan meningkatkan risiko terjadinya luka tekan/luka dekubitus. Kelembapan pada kulit menurunkan resistensi kulit terhadap faktor fisik lain seperti tekanan atau gaya gesek. Sehingga adanya tekanan yang lama, iritasi pada kulit, dan imobilisasi fisik dapat berdampak

timbulnya luka decubitus terutama pada area yang lembab.

Perumusan diagnosa pada penelitian ini menggunakan NANDA 2015-2017 yang disusun oleh Headman & Kamitsuru (16), maka berdasarkan hasil pengkajian pada kedua subyek penelitian diagnosa keperawatan yang merumuskan adalah risiko decubitus yang didukung oleh data pada kedua subjek penelitian yaitu pasien mengalami imobilisasi fisik, pada area punggung kulit terlihat sangat lembab, berkeriat dan pucat, pada area *gluteus* lecet, kemerahan dan terlihat sangat kering, hasil penilaian risiko dekubitus dengan menggunakan skala Norton pada subjek penelitian 1 didapatkan skor 8 dan subjek penelitian 2 didapatkan skor 9 yang artinya kedua subjek berisiko tinggi terjadi luka dekubitus.



Grafik 2. Hasil Observasi Penilaian Risiko Dekubitus pada Subjek Penelitian 2

Berdasarkan diagnosa keperawatan tersebut maka disusun intervensi keperawatan untuk mengurangi risiko terjadinya luka dekubitus adalah jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering, monitor mobilitas dan aktivitas pasien, pemberian mobilisasi/alih baring setiap 2 jam, monitor ketat area yang memerah, *massage* kulit pada area yang tertekan dengan menggunakan *baby oil* atau minyak kelapa, hindari kerutan pada

tempat tidur, hindari adanya gesekan yang berlebihan saat mengganti linen yang kotor/basah, bersihkan feses atau urin segera dari kulit dan lakukan pengkajian risiko dekubitus dengan skala Norton (11, 12, 13).

Menurut Yulianti (17) pemberian mobilisasi/alih baring setiap 2 jam sekali pada pasien stroke yang mengalami hemiparesis terbukti efektif dalam upaya mencegah terjadinya kemerahan pada sakrum dan punggung atau area tertekan yang berisiko terjadi luka dekubitus. Pemberian alih baring ini bertujuan untuk menjaga kelembapan kulit, memberikan rasa nyaman pada pasien, memberikan atau menjaga postur tubuh dengan baik sehingga dapat menghindari komplikasi yang mungkin timbul akibat tirah baring yang lama seperti luka tekan (12, 15). Sedangkan pemberian *massage* kulit pada area yang tertekan bertujuan untuk meningkatkan sirkulasi, metabolisme, melancarkan peredaran darah, meningkatkan relaksasi dan menjaga kondisi kulit (18). Pemberian *massage* kulit biasanya disertai dengan menggunakan *baby oil* atau minyak kelapa dilakukan pada area yang terluka atau area yang tertekan yang bertujuan untuk menjaga kondisi kulit, memperlancar sirkulasi darah dan mencegah luka tekan. Penggunaan minyak kelapa baik untuk kesehatan kulit, karena mudah diserap kulit dan mengandung vitamin E yang bisa menjaga kulit agar tetap lembut dan halus (14). Hal ini didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan Narsih (19) tentang pemberian tindakan *massage* dengan menggunakan minyak kelapa murni pada pasien yang mengalami stroke atau kelemahan gerak terbukti efektif dapat mencegah terjadinya luka dekubitus.

Implementasi yang dilakukan pada subjek penelitian yang pertama dan kedua adalah sama yaitu melakukan pengkajian kemampuan fungsional dan menilai sejauh mana penurunan kemampuan pasien tersebut. Pengkajian

ini dilakukan untuk mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan sehingga memberikan informasi tentang pemulihan yang diperlukan pasien. Dengan melakukan pengkajian ini juga membantu memilihkan intervensi yang tepat untuk mengatasi gangguan atau masalah pada pasien. Selanjutnya implementasi yang dilakukan adalah melakukan mobilisasi pasien dengan mengubah posisi pasien setiap 2 jam, dengan rasional untuk menurunkan risiko iskemik pada jaringan karena posisi pasien pada salah satu sisi dapat menekan area tersebut sehingga sirkulasi dan sensitifitasnya memburuk yang menjadi pencetus untuk terjadi kerusakan integritas kulit dan luka dekubitus (12).

Didukung oleh penelitian Ingeman *et al* (9), Fraser *et al* (20), *National Institute for Health and Care Excellence* (21) yang menyatakan bahwa mobilisasi awal yang dilakukan pada pasien stroke secara signifikan menurunkan komplikasi imobilisasi seperti infeksi, pneumonia, risiko dan kejadian dekubitus, jatuh dan *deep vein thromboembolism*. Dengan mobilisasi awal ini juga meningkatkan pemulihan kemampuan fungsional pasien dan menurunkan risiko kematian. Mobilisasi sedini mungkin dilakukan apabila kondisi klinis neurologis dan hemodinamik stabil (6).

Implementasi dilanjutkan dengan memonitor kulit terkait adanya kemerahan karena kemerahan pada kulit menunjukan gejala awal terjadinya luka dekubitus, melakukan *massage* menggunakan *lotion/baby oil* pada daerah yang tertekan untuk meningkatkan sirkulasi darah dan metabolisme di area yang tertekan sehingga menurunkan resiko iskemia/luka tekan, menghindari kerutan pada tempat tidur karena adanya kerutan menyebabkan penekanan yang terus-menerus sehingga sirkulasi di area yang terdapat kerutan menurun dan berisiko

terjadi kemerahan atau iskemia pada kulit yang merupakan tanda awal dekubitus. Kemudian tindakan terakhir yang dilakukan oleh peneliti setelah dilakukan tindakan keperawatan pencegahan dekubitus adalah melakukan pengkajian risiko dekubitus menggunakan skala Norton untuk mengidentifikasi risiko terjadinya luka dekubitus dan menentukan tindakan lanjutan dalam pencegahannya (11, 12, 15).

Hasil evaluasi akhir yang dilakukan tanggal 27 April 2018 pada subjek penelitian 1 menunjukkan bahwa masalah keperawatan risiko dekubitus tidak menjadi aktual yang dibuktikan dengan keluarga mengatakan keadaan pasien membaik, pasien sudah mulai bisa menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan, keluarga mengatakan pasien sudah bisa miring kanan/miring kiri. Sedangkan dari data obyektif diketahui keadaan umum baik, kesadaran delirium, GCS 3/4, ekstremitas sebelah kanan sudah mulai bisa digerakkan, kekuatan otot ekstremitas sebelah kanan meningkat, keadaan kulit pada area leher bersih, tidak lembab dan tidak pucat, kulit pada area gluteus tidak lembab, tidak ada bekas kerutan pada kulit, lecet menghilang, tidak terjadi kemerahan, skor penilaian risiko dekubitus dengan menggunakan skala Norton meningkat menjadi 15.

Sedang evaluasi akhir untuk subjek penelitian 2 yang dilakukan tanggal 4 Mei 2018 menunjukkan bahwa masalah keperawatan risiko dekubitus tidak menjadi aktual yang dibuktikan dengan keluarga mengatakan kondisi pasien mulai membaik, tangan dan kaki kanan sudah mulai bisa digerakkan, pasien sudah bisa miring kanan dan kiri. Untuk data obyektif diketahui keadaan umum baik, kesadaran meningkat menjadi delirium, GCS 3/4, ekstremitas sebelah kanan sudah bisa digerakkan, kekuatan otot ekstremitas kanan meningkat, keadaan kulit normal tidak kering,

kemerahan pada area gluteus hilang, tidak ada bekas kerutan pada kulit, skor penilaian risiko dekubitus dengan menggunakan skala Norton meningkat menjadi 16.

Berdasarkan hasil evaluasi keperawatan menunjukkan bahwa pada kedua subjek penelitian mengalami peningkatan skor penilaian risiko dekubitus dengan menggunakan skala Norton setelah dilakukan mobilisasi/alih baring setiap 2 jam dan *massage* kulit pada area yang tertekan. Untuk subjek penelitian 1 pada hari pertama skor yang di dapat 8 kemudian pada hari kedua meningkat menjadi 12 dan pada hari terakhir menjadi 15. Sedangkan subjek penelitian 2 pada hari pertama skor yang didapat 9 kemudian meningkat pada hari kedua menjadi 13 dan hari terakhir menjadi 16. Peningkatan skor penilaian risiko dekubitus ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya keluarga selalu melakukan pemberian mobilisasi/alih baring setiap 2 jam yang dilakukan selama 24 jam yaitu dengan memberikan perubahan posisi 4 kali miring kanan, 4 kali telentang, dan 4 kali miring kiri. Keluarga pasien juga selalu merapikan tempat tidur agar tidak terjadi lipatan/kerutan pada tempat tidur, apabila ada kerutan pada tempat tidur keluarga segera merapikan dengan hati-hati. Keluarga pasien selalu menjaga kebersihan kulit pasien agar tidak terlalu lembab, *massage* kulit dilakukan pada pagi dan sore hari dengan menggunakan *baby oil*. Selain karena keadaan tersebut juga dipengaruhi oleh status nutrisi pasien terpenuhi yang dibuktikan dengan pasien mendapatkan diet cair 6x200 cc per hari.

PENUTUP

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada kedua subjek penelitian didapatkan perbedaan skor penilaian risiko dekubitus yaitu subjek penelitian 1 dengan skor 8 dan subjek penelitian 2

dengan skor 9. Hal ini terjadi karena 1). Perbedaan kekuatan otot pada kedua subjek penelitian yaitu kekuatan otot subjek penelitian 1 lebih baik dari pada subjek penelitian 2, 2). Perbedaan kemampuan mobilisasi yang terlihat dari subjek penelitian 1 sama sekali tidak mampu untuk merubah posisi tanpa adanya bantuan orang lain, sedangkan subjek penelitian 2 masih bisa melakukan perubahan kecil pada posisi tubuh dan ekstremitas, akan tetapi tidak mampu melakukan perubahan yang sering secara mandiri dan tetap membutuhkan bantuan orang lain.

Dari pengkajian yang telah dilakukan pada kedua subyek penelitian maka diagnosa keperawatan yang dirumuskan adalah risiko dekubitus dengan data pendukung pasien mengalami imobilisasi fisik, pada area punggung kulit terlihat sangat lembab, berkeriat dan pucat, pada area gluteus lecet, kemerahan dan terlihat sangat kering, hasil penilaian risiko dekubitus dengan menggunakan skala Norton pada subyek penelitian 1 didapatkan skor 8 dan subjek penelitian 2 didapatkan skor 9 yang artinya kedua subjek berisiko tinggi terjadi luka decubitus.

Intervensi keperawatan untuk mengurangi risiko terjadinya luka decubitus yang terutama adalah pemberian mobilisasi/alih baring setiap 2 jam dan *massage* kulit pada area yang tertekan dengan menggunakan *baby oil*.

Implementasi yang dilakukan adalah pemberian mobilisasi/alih baring setiap 2 jam dan *massage* kulit pada area yang tertekan dengan menggunakan *baby oil* terbukti efektif dalam menurunkan risiko dekubitus yang dibuktikan dengan adanya peningkatan skor penilaian risiko dekubitus dengan menggunakan skala Norton pada kedua subjek penelitian.

Hasil evaluasi pada kedua subjek penelitian menunjukkan adanya peningkatan skor dekubitus yang sama pada kedua subjek penelitian yaitu

masing-masing mengalami kenaikan 6 skor. Penilaian ini dipengaruhi oleh 1). Pemberian mobilisasi/alih baring yang dilakukan selama 24 jam sebanyak 4 kali yaitu miring kanan, telentang dan miring kiri, 2). Peningkatan kekuatan otot pada kedua subjek penelitian, 3). Menjaga kebersihan kulit dan kelembapan, 4). Menghindari kerutan pada kulit dengan merapikan tempat tidur, 5). *Massage* kulit dilakukan 2 kali dalam sehari dengan menggunakan *baby oil*, 6). Memenuhi kebutuhan nutrisi pasien.

KEPUSTAKAAN

1. Batticaca FB. Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Persarafan. Jakarta: Salemba Medika; 2008
2. Corwin EJ. Buku Saku Patofisiologi. Jakarta: EGC; 2009
3. Indrawati L, dkk. Care Your Self, Stroke Cegah dan Obati Sendiri. Depok: Penebar Plus; 2016
4. Rachmawati D, Andarini S, Ningsih DK. Pengetahuan Keluarga Berperan terhadap Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke Iskemik Akut di Instalasi Gawat Darurat. Jurnal Kedokteran Brawijaya 2017, Agustus; 29 (4): 369-376, DOI: DOI: <http://dx.doi.org/10.21776/ub.jkb.2017.029.04.15>
5. Sunaryanti B. 2014. Pencegahan Dekubitus Dengan Pendidikan Kesehatan Reposisi Dan Minyak Kelapa. PROFESI 2014, September; 12: 58-64, Diakses September 2017.
6. Purwati OS, Maliya A. Rehabilitasi Klien Pasca Stroke. Berita Ilmu Keperawatan 2008, Maret; 1(1): 43-46, ISSN 1979-2697, Available from <https://publikasiilmiah.ums.ac.id/bitstream/handle/11617/471/1h.pdf?sequence=1>
7. Mahendra B, Rachmawati E. Atasi Stroke Dengan Tanaman Obat. Jakarta: Penebar Swadaya; 2005
8. Bernhardt J, English C, Johnson L, Cumming TB. Early Mobilization After Stroke (Early Adoption but Limited Evidence). Stroke 2015; Volume 46: 114-1146; DOI: 10.1161/STROKEAHA.114.007434
9. Ingeman A, Andersen G, Hundborg HH, Svendsen ML, Johnson SP. Processes of Care and Medical Complications in Patients with Stroke. Stroke 2011; 42: 167-172; DOI: 10.1161/STROKEAHA.110.599738
10. Berman A, Snyder S. Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing Concepts, Process and Practice Ninth Edition. New Jersey: Pearson Education; 2012, ISBN: 13: 978-0-13-802461-1
11. Bulechek GM. Nursing Interventions Classification (NIC) Sixth Edition. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier; 2013
12. Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC. Nursing Care Plans: Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span. Philadelphia: F.A Davis Company; 2010
13. Sulistyorini D. Aplikasi Tindakan Merubah Posisi Dan Massage Kulit Terhadap Pencegahan Luka Dekubitus Pada Asuhan Keperawatan Ny. S Dengan Stroke Di ruang Anggrek II RSUD Dr. Moewardi. Karya Tulis Ilmiah 2015: Stikes Kusuma Husada, Available from : <http://digilib.stikeskusumahusada.ac.id/files/disk1/28/01-gdl-dwisulisty-1378-1-ktidwi-9.pdf>
14. Soekardi Y. Pemanfaatan Dan Pengolahan Kelapa Menjadi Berbagai Bahan Makanan Dan Obat

- Berbagai Obat Penyakit. Bandung: Yrama Widya; 2012
15. Potter PA, Perry AG. Fundamental Keperawatan Edisi 7. Jakarta: Salemba Medika; 2010
 16. Headman TH, Kamitsuru S, editor. Nursing Diagnosis: Definitions & Classification 2015-2017 Tenth Edition. USA: Wiley Blackwell; 2014, ISBN 9781118914939
 17. Yulianti. Pemberian Alih Barring Terhadap Penurunan Skor Dekubitus Pada Asuhan Keperawatan Ny. S Dengan Stroe Hemoragik Dengan Hemiparesis Di Ruang Anggrek II Dr. Moewadi Surakarta. Karya Tulis Ilmiah 2015: Stikes Kusuma Husada, Available from:
<http://digilib.stikeskusumahusada.ac.id/files/disk1/28/01-gdl-yuliantini-1376-1-ktiyuli-1.pdf>
 18. Pupung. Efek Massage pada Peredaran Darah, Lympa, Kulit, dan Jaringan Otot; 2010 diakses Oktober 2017
 19. Narsih W. Pemberian Massage Dengan Virgin Coconut Oil (VCO) Terhadap Pencegahan Luka Tekan Pada Asuhan Keperawatan Ny. SP Dengan Stroke Hemoragik di Ruang CU Bed 1 RSUD Karanganyar. Karya Tulis Ilmiah 2015: Stikes Kusuma Husada, Available from
<http://digilib.stikeskusumahusada.ac.id/files/disk1/27/01-gdl-winnarsihn-1321-1-ktiwina-0.pdf>
 20. Fraser et al. 2012. Peri-operative nurses' knowledge and reported practice of pressure injury risk assessment and prevention: A before-after intervention study. BMC Nursing, 11: 25, Available from
<http://www.biomedcentral.com/1472-6955/11/25>
 21. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Guideline NG128 Intervention Evidence Review. 2019. Stroke and Transient Ischaemic attack in Over 16s: diagnosis and initial management (Evidence review for very early mobilisation). NICE 2019; ISBN: 978-1-4731-3386-0