

## **BAB IV**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

Bab ini menjelaskan studi kasus deskriptif tentang gambaran penerapan pengaturan posisi terhadap resiko luka tekan pada Ny. T. dengan stroke non hemoragik di Ruang Anggrek RSUD Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara. Pengkajian dalam studi kasus ini dilakukan dengan menggunakan metode wawancara dengan pasien secara langsung, wawancara dengan keluarga ataupun orang terdekat pasien dan perawat jaga di Ruang Anggrek, pengamatan, observasi, pemeriksaan fisik, menelaah catatan medis serta catatan keperawatan pasien selama di rawat di Rumah Sakit.

#### **A. Hasil Studi Kasus**

Pasien masuk di IGD (Instalasi Gawat Darurat) RSUD Kota Kendari sejak tanggal 8 Juni 2024 dan telah menjalani perawatan di Ruang Anggrek selama 3 hari terhitung dari tanggal 8 Juni 2024 hingga hari pengkajian di tanggal 11 Juni 2024. Pasien masuk Rumah Sakit dengan keluhan sulit berbicara sejak pagi (8 Juni 2024) sekitar jam 9 pagi saat sedang duduk didalam rumah disertai dengan keluhan lemas, pusing, sakit kepala, mual tetapi tidak sampai muntah, kondisi bibir yang mencong/condong ke arah kiri disertai dengan kelemahan disisi kanan tubuh pasien.

Pengkajian dilaksanakan pada tanggal 11 Juni 2024 dengan menggunakan metode pengumpulan data seperti observasi, wawancara, pemeriksaan fisik dan hasil pemeriksaan laboratorium. Hasil pengkajian yang didapatkan yakni identitas pasien berinisial Ny. T dengan nomer register 325635, umur 58 tahun, status cerai mati, suku Muna-Batak, beragama Islam, pekerjaan sebagai wiraswasta, pendidikan terakhir tamat SD, tempat tinggal di Kel. Talia, Kec. Abeli Kota Kendari, serta yang menjadi penanggung jawab pasien adalah adik kandung dari pasien.

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada hari Selasa, 11 Juni 2024 ditemukan keluhan pada pasien yaitu kesulitan berbicara dan kesulitan melakukan pergerakan di tempat tidur disebabkan adanya kelemahan di sisi tubuh bagian kanan disertai rasa nyeri ketika hendak merubah posisi secara mandiri yang dirasakan sejak masuk di Ruang Perawatan Anggrek. Pengkajian kekuatan otot pada ekstremitas atas kanan adalah 3, ekstremitas bawah kanan 3, ekstremitas atas kiri 5 dan ekstremitas bawah kiri 5, yang menunjukkan Ny. T mengalami penurunan kekuatan otot pada tubuh bagian kanannya. Pengkajian Braden Scale digunakan untuk menilai tingkat resiko luka tekan, hasil pengkajian Braden Scale adalah 11 yang menunjukkan Resiko Tinggi terhadap luka tekan.

Adapun riwayat keluhan yang dialami seperti penurunan kemampuan gerak di sisi tubuh bagian kanan, kelemahan, kesulitan dalam melakukan perubahan posisi, serta mengeluh nyeri kepala dan pusing. Riwayat kesehatan masa lalu, keluarga pasien mengatakan bahwa pasien sebelumnya tidak pernah dirawat di rumah sakit dengan penyakit ataupun gejala yang sama. Keluarga pasien mengatakan bahwa ada anggota keluarga yang pernah menderita penyakit yang serupa, yaitu Bapak dan Kakak dari pasien. Keluarga juga mengatakan bahwa Ny. T memiliki riwayat hipertensi dengan angka pemeriksaan selalu menunjukkan hasil yang tinggi dan jarang mengalami penurunan di angka normal.

Saat pengkajian didapatkan kondisi umum pasien lemah, kesadaran *compos mentis* (cm) dengan GCS E4V3M4. Pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan hasil : tekanan darah 150/90 mmHg, frekuensi pernafasan 22 kali/menit, frekuensi nadi 90 kali/menit, suhu badan 36,3°C, saturasi oksigen 98%. Berat badan 50 kg dengan tinggi badan 160 cm yang menunjukkan hasil pemeriksaan Indeks Masa Tubuh (IMT) didapatkan hasil 19,5 (interpretasi 18,5 -22,9) termasuk dalam kategori normal.

Pada hasil pemeriksaan fisik pada pasien didapatkan bentuk kepala mesocophal, kulit kepala bersih dan tidak berketombe, tidak ada nyeri tekan di area belakang kepala, tidak ada kemerahan di belakang kepala, tidak ada pigmentasi yang abnormal dan pasien mengeluhkan sakit kepala serta pusing. Pada pemeriksaan mata, didapatkan hasil mata simetris kanan dan kiri, tidak ada kemerahan di sklera (pucat), serta konjungtiva anemis. Pada pemeriksaan telinga didapatkan hasil ketajaman pendengaran normal, tidak ada nyeri tekan pada belakang telinga, ada nyeri tekan pada telinga kanan disertai adanya penurunan perfusi jaringan, tidak ada kemerahan pada telinga serta tidak ada pigmentasi abnormal pada telinga. Pada pemeriksaan hidung, mulut dan leher tidak terdapat gangguan yang signifikan, seperti bunyi nafas yang normal, keadaan mulut yang bersih serta mobilitas leher yang tidak terganggu. Pada pemeriksaan thoraks, abdomen dan genitalia tidak didapatkan adanya masalah, seperti tidak adanya gangguan jalan nafas, warna kulit yang normal dan tidak ada nyeri tekan pada abdomen, serta tidak ada keluhan pada area genitalia.

Pada pengkajian sistem saraf pada pasien menunjukkan kesadaran *compos mentis*, tidak ada gangguan memori, tidak dapat melakukan mobilisasi secara mandiri, kelemahan di sisi tubuh bagian kanan, tidak ada gangguan sensasi dan refleks menurun di sisi tubuh bagian kanan. Pada pengkajian ekstremitas didapatkan hasil berupa warna kulit sawo matang, tidak terdapat edema di ekstremitas, kulit nampak kering, tidak ada kemerahan di area kulit ekstremitas, tidak terdapat pigmentasi abnormal di area ekstremitas, CRT >3 detik di area punggung kanan dan tungkai atas (paha) tubuh bagian kanan pasien, kekuatan otot di tubuh bagian kanan menurun, pergerakan sulit dan lambat, kaku sendi dan otot serta terdapat nyeri di area tungkai atas (paha) serta area bahu pada sisi tubuh bagian kanan pasien ketika digerakkan.

Pada pengkajian kebutuhan dasar ditemukan permasalahan di kebutuhan aktivitas, kebutuhan keamanan serta kebutuhan kenyamanan. Pada kebutuhan aktivitas, pasien merasa kesulitan dalam merubah posisi ataupun bergerak secara mandiri serta ADL atau kegiatan sehari-hari di bantu oleh keluarga. Kebutuhan kemananan dan kenyamanan pasien ditemukan permasalahan berupa pasien yang mengalami *bedrest* (tirah baring dalam waktu yang lama/selama perawatan), terpasang infus RL di tangan kiri pasien, terpasang popok, adanya gangguan dalam melakukan mobilisasi, kelemahan di sisi tubuh kanan, adanya nyeri di sisi tubuh bagian kanan (pinggul dan bahu), serta adanya kemerahan dan pigmentasi yang abnormal di area bokong dan punggung bagian kanan pasien disertai dengan rasa nyeri yang diakibatkan gesekan saat melakukan pergerakan ataupun perubahan posisi di tempat tidur.

Hasil pemeriksaan laboratorium berupa pemeriksaan kimia darah di tanggal 8 Juni 2024 (10:00) didapatkan hasil Glukosa Sewaktu 108 mg/dL, Kreatinin 0,7 mmol/L, Kolesterol Total 171 mg/dL, Trigliserida 145 mg/dL, serta Asam Urat 4,4 mg/dL. Terapi obat yang diberikan kepada pasien yaitu infus RL: 1.500 cc/24 jam, Ranitidin tablet: 2x1, Aspilet (80 mg): 1x1, Injeksi Mecobalamin: 1x1, simvastatin 20 mg: 1x1, Asam Folat Tablet : 3x1, Fluoxetin 20 mg: 1x1, Amlodipin 10 mg: 1x1 dan Candesartan 16 mg : 1x1.

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan oleh peneliti sehingga ditegakkan masalah keperawatan yakni Resiko Luka Tekan yang dibuktikan dengan penurunan mobilisasi akibat dari gejala penyakit yaitu stroke yang ditandai dengan pasien yang mengalami gangguan dalam melakukan mobilisasi secara mandiri, kelemahan pada salah satu bagian tubuh yaitu di tubuh bagian kanan, pengkajian Braden Scale 11, adanya rasa nyeri dengan skala 5 di telinga kanan, punggung kanan dan bokong saat melakukan pergerakan, adanya pigmentasi abnormal berupa hipopigmentasi di area

bokong, adanya kemerahan di punggung dan bokong pasien disertai dengan penurunan perfusi jaringan di area kemerahan tersebut, tekanan darah 140/90 mmHg, frekuensi nadi 90 kali/menit, suhu 36,3°C dan pernafasan 22 kali/menit. Berdasarkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) Pencegahan Luka Tekan untuk diagnosa Resiko Luka Tekan diberikan penerapan pengaturan posisi pada pasien yang beresiko tinggi mengalami luka tekan yang bertujuan untuk mengurangi tekanan pada area tubuh yang rentan, menyebarkan beban tubuh ke setiap bagian tubuh secara bergantian, meningkatkan sirkulasi darah pada jaringan tubuh, mencegah kerusakan pada kulit akibat tekanan yang lama, serta dapat mengurangi nyeri, kemerahan serta perubahan pigmentasi pada kulit akibat tertekan dalam jangka waktu yang lama pada pasien yang mengalami gangguan mobilisasi.

Penerapan intervensi pengaturan posisi ini dilaksanakan selama 3 hari berturut-turut dan dilakukan setiap 2 jam, dengan perubahan posisi pada pasien dilakukan tiap 2 jam pada siang hari dan tiap 5 jam pada malam hari hingga waktu tidur. Posisi yang diberikan disesuaikan dengan keinginan pasien Ny. T dengan memberikan 4 jenis perubahan posisi yang harus dilaksanakan, seperti miring ke kanan, miring ke kiri, telentang/supinasi serta posisi semifowler (setengah duduk). Untuk melihat adanya penurunan resiko luka tekan pada Ny. T sebelum dan sesudah diberikan terapi pengaturan posisi dari hari pertama sampai dengan hari ketiga dapat diamati pada tabel berikut ini :

**Tabel 4.1 Hasil Evaluasi Penerapan Pengaturan Posisi Terhadap Resiko Luka Tekan**

<b>Hasil Evaluasi Pengaturan Posisi Terhadap Resiko Luka Tekan</b>				
<b>Hari/Tanggal</b>	<b>Variabel</b>	<b>Komponen Penilaian</b>		
		<b>SEBELUM INTERVENSI</b>	<b>SETELAH INTERVENSI</b>	<b>Keterangan</b>
Selasa 11 Juni 2024	Perfusi Jaringan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 5 detik (Tidak Normal) pada telinga kanan</li> <li>2. 7 detik (Tidak Normal) pada punggung bagian kanan</li> <li>3. 7 detik (Tidak Normal) pada bokong bagian kanan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 5 detik (Tidak Normal) pada telinga kanan</li> <li>2. 6 detik (Tidak Normal) pada punggung bagian kanan</li> <li>3. 8 detik (Tidak Normal) pada bokong bagian kanan</li> </ol>	Setelah dilakukan intervensi pengaturan posisi pada hari pertama, tidak terjadi penurunan perfusi jaringan secara signifikan di lokasi yang beresiko dengan waktu perfusi lebih dari 3 detik yang menunjukkan ketidaknormalan perfusi jaringan di telinga kanan, punggung kanan serta bokong bagian kanan yang disebabkan oleh posisi pasien yang selalu miring ke kanan selama di rawat di Rumah Sakit.
	Nyeri	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skala 5 (Nyeri Sedang) pada telinga kanan</li> <li>2. Skala 5 (Nyeri Sedang) pada punggung bagian kanan</li> <li>3. Skala 5 (Nyeri Sedang) pada bokong bagian kanan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skala 3 (Nyeri Ringan) pada telinga bagian kanan</li> <li>2. Skala 5 (Nyeri Sedang) pada punggung bagian kanan</li> <li>3. Skala 5 (Nyeri Sedang) pada bokong bagian kanan</li> </ol>	Setelah dilakukan intervensi pengaturan posisi pada hari pertama, keluhan nyeri yang dirasakan oleh pasien di telinga kanan mengalami penurunan dari nyeri sedang (skala 5) menjadi nyeri ringan (skala 3), sementara untuk punggung dan bokong pasien masih merasakan nyeri sedang dengan skala 5.

	Kemerahan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berwarna merah terang (Derajat II) pada punggung bagian kanan</li> <li>2. Berwarna merah muda (Derajat I) pada bokong bagian kanan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berwarna merah terang (Derajat II) pada punggung bagian kanan</li> <li>2. Berwarna merah muda (Derajat I) pada bokong bagian kanan</li> </ol>	Setelah dilakukan intervensi pengaturan posisi pada hari pertama, tidak terjadi penurunan derajat kemerahan pada punggung kanan dan bokong kanan pasien. Hal ini menunjukkan bahwa pengaturan posisi di hari pertama tidak memiliki pengaruh pada derajat kemerahan terhadap resiko luka tekan.
	Pigmentasi Abnormal	Tidak terdapat pigmentasi abnormal pada kulit pasien	Tidak terdapat pigmentasi abnormal pada kulit pasien	Hal ini menunjukkan bahwa tirah baring selama 4 hari di rumah sakit tidak memiliki dampak berupa pigmentasi yang abnormal berupa hiperpigmentasi ataupun hipopigmentasi pada pasien yang beresiko mengalami luka tekan.
Rabu 12 Juni 2024	Perfusi Jaringan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 4 detik (Tidak Normal) pada telinga kanan</li> <li>2. 4 detik (Tidak Normal) pada punggung bagian kanan</li> <li>3. 6 detik (Tidak Normal) pada bokong bagian kanan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 4 detik (Tidak Normal) pada telinga kanan</li> <li>2. 5 detik (Tidak Normal) pada punggung bagian kanan</li> <li>3. 4 detik (Tidak Normal) pada bokong bagian kanan</li> </ol>	Setelah dilakukan intervensi pengaturan posisi di hari kedua, perfusi jaringan mengalami penurunan dari hari pertama dengan waktu di atas 5 detik pada hari pertama dan mengalami penurunan pada hari kedua dengan waktu rata-rata dibawah 5 detik dan kembali mengalami penurunan saat evaluasi setelah intervensi di hari kedua.

	Nyeri	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skala 3 (Nyeri Ringan) pada telinga kanan</li> <li>2. Skala 5 (Nyeri Sedang) pada punggung bagian kanan</li> <li>3. Skala 5 (Nyeri Sedang) pada bokong bagian kanan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak Nyeri pada telinga kanan</li> <li>2. Skala 3 (Nyeri Ringan) pada punggung bagian kanan</li> <li>3. Skala 5 (Nyeri Sedang) pada bokong bagian kanan</li> </ol>	Setelah dilakukan intervensi pengaturan posisi pada hari kedua, pasien mengatakan sudah tidak merasakan nyeri pada telinga kanan, nyeri berkurang pada punggung bagian kanan dengan skala 3 serta nyeri yang masih sama pada bokong bagian kanan dengan skala 5.
	Kemerahan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berwarna merah muda (Derajat I) pada punggung bagian kanan</li> <li>2. Berwarna merah muda (Derajat I) pada bokong bagian kanan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berwarna merah muda (Derajat I) pada punggung bagian kanan</li> <li>2. Berwarna merah muda (Derajat I) pada bokong bagian kanan</li> </ol>	Setelah dilakukan intervensi pengaturan posisi di hari kedua, kemerahan di punggung bagian kanan pasien mengalami penurunan dibandingkan hari pertama dengan warna merah terang (Derajat II) menurun menjadi merah muda (Derajat I) di hari kedua intervensi hingga setelah intervensi dilakukan.
	Pigmentasi Abnormal	Tidak terdapat pigmetasi abnormal pada kulit pasien.	Tidak terdapat pigmentasi abnormal pada kulit pasien.	Hal ini menunjukkan bahwa tirah baring selama 5 hari di rumah sakit tidak memiliki dampak berupa pigmentasi yang abnormal berupa hiperpigmentasi ataupun hipopigmentasi pada pasien yang beresiko mengalami luka tekan.



Kamis 13 Juni 2024	Perfusi Jaringan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 2 detik (Normal) pada telinga kanan</li> <li>2. 4 detik (Tidak Normal) pada punggung bagian kanan</li> <li>3. 5 detik (Tidak Normal) pada bokong bagian kanan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 3 detik (Normal) pada telinga kanan</li> <li>2. 5 detik (Tidak Normal) pada punggung bagian kanan</li> <li>3. 4 detik (Tidak Normal) pada bokong bagian kanan</li> </ol>	<p>Saat dilakukan intervensi pengaturan posisi di hari ketiga, perfusi jaringan pada telinga membaik dengan waktu kurang dari 3 detik yang menunjukkan terjadi perubahan yang signifikan pada perfusi jaringan pada telinga kanan saat dilakukan intervensi pengaturan posisi di hari pertama dengan waktu perfusi 5 detik menjadi 3 detik pada hari ketiga.</p> <p>Pada punggung bagian kanan di hari ketiga tidak mengalami penurunan waktu perfusi yaitu 5 detik, begitu pula dengan bokong bagian kanan tidak mengalami waktu perfusi yaitu di 4 dan 5 detik.</p>
	Nyeri	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak nyeri pada telinga kanan</li> <li>2. Skala 3 (Nyeri Ringan) pada punggung bagian kanan</li> <li>3. Skala 5 (Nyeri Sedang) pada bokong bagian kanan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak nyeri pada telinga kanan</li> <li>2. Skala 3 (Nyeri Ringan) pada punggung bagian kanan</li> <li>3. Skala 3 (Nyeri Ringan) pada bokong bagian kanan</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan intervensi pengaturan posisi di hari ketiga, terjadi perubahan signifikan pada nyeri di bokong kanan pasien yang sebelumnya dengan skala 5 (Nyeri Sedang) menjadi skala 3 (Nyeri Ringan) sesuai dengan hasil pengkajian nyeri secara subjektif oleh pasien.</p>

	Kemerahan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berwarna merah muda (Derajat I) pada punggung bagian kanan</li> <li>2. Berwarna merah muda (Derajat II) pada bokong bagian kanan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berwarna merah muda (Derajat I) pada punggung bagian kanan</li> <li>2. Berwarna merah muda (Derajat I) pada bokong bagian kanan</li> </ol>	Setelah dilakukan intervensi pengaturan posisi di hari ketiga, tidak terjadi perubahan warna kemerahan pada punggung dan bokong pasien, yang masih dengan kemerahan berwarna merah muda (Derajat I).
	Pigmentasi Abnormal	Tidak terdapat pigmentasi yang abnormal pada kulit pasien	Tidak terdapat pigmentasi yang abnormal pada kulit pasien	Hal ini menunjukkan bahwa tirah baring selama 6 hari di rumah sakit tidak memiliki dampak berupa pigmentasi yang abnormal berupa hiperpigmentasi ataupun hipopigmentasi pada pasien yang beresiko mengalami luka tekan.
<b>EVALUASI</b>				
Jum'at 14 Juni 2024	Perfusi Jaringan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 3 detik (Normal) pada telinga kanan</li> <li>2. 4 detik (Tidak Normal) pada punggung bagian kanan</li> <li>3. 3 detik (Normal) pada bokong bagian kanan</li> </ol>		Setelah dilakukan intervensi pengaturan posisi selama 3 hari, perfusi jaringan mengalami perubahan yang signifikan dibuktikan dengan perfusi jaringan pada telinga kanan yaitu 3 detik berbeda dengan hari pertama yaitu 5 detik, perfusi jaringan pada punggung bagian kanan yaitu 4 detik berbeda dengan hari pertama yaitu 7 detik, serta pada bokong bagian kanan yaitu 3 detik berbeda

			<p>dengan hari pertama yaitu 7 detik.</p> <p><b>Kesimpulan :</b>  Terjadi perubahan perfusi jaringan pada titik area tubuh yang terdampak beresiko. Hal ini dikarenakan akibat posisi tubuh yang diubah secara konsisten dapat membuat peredaran darah mulai membaik di titik area tubuh yang beresiko. Hal ini sejalan dengan salah satu tujuan dari pengaturan posisi, yaitu meningkatkan sirkulasi perifer pada area tubuh yang beresiko</p> <p><b>Luaran Keperawatan :</b>  Setelah dilakukan intervensi selama 3 hari, hasil yang didapatkan yaitu <i>Perfusi Jaringan Meningkat</i></p>
	Nyeri	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak nyeri pada telinga kanan</li> <li>2. Skala 3 (Nyeri Ringan) pada punggung kanan</li> <li>3. Skala 3 (Nyeri Ringan) pada bokong kanan</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan intervensi pengaturan posisi selama 3 hari, skala nyeri mengalami perubahan yang signifikan dibuktikan dengan tidak nyeri pada telinga kanan yang berbeda dengan hari pertama dengan skala nyeri 5, pada</p>

			<p>punggung kanan dengan skala nyeri 3 berbeda dengan hari pertama dengan skala nyeri 5 serta pada bokong kanan dengan skala nyeri 3 berbeda dengan hari pertama dengan skala nyeri 5.</p> <p><b>Kesimpulan :</b> Skala nyeri yang mengalami perubahan pada pasien setelah diberikan pengaturan posisi dikarenakan titik tubuh yang sebelumnya tertekan beban tubuh dalam waktu lama tidak lagi menerima tekanan yang lama setelah diberikan pengaturan posisi. Karena tujuan dari pengaturan posisi salah satunya adalah menyebarkan beban tubuh secara bergantian di seluruh bagian tubuh</p> <p><b>Luaran Keperawatan :</b> Setelah dilakukan intervensi selama 3 hari, hasil yang didapatkan yaitu <i>Nyeri Menurun</i></p>
--	--	--	---

	Kemerahan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berwarna merah muda (Derajat I) pada punggung bagian kanan</li> <li>2. Berwarna merah muda (Derajat I) pada bokong bagian kanan</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan intervensi pengaturan posisi selama 3 hari, derajat kemerahan juga mengalami penurunan terutama pada punggung bagian kanan yang mengalami penurunan derajat kemerahan menjadi derajat I yang berbeda dengan hari pertama dengan kemerahan derajat II. Tetapi pada bokong bagian kanan tidak mengalami perubahan kemerahan dikarenakan ketika pasien diberikan posisi semi fowler, pasien selalu mencoba mengangkat tubuh dan akhirnya mengakibatkan penekanan secara berulang-ulang meskipun sudah diberikan penyangga berupa bantal pada bokong pasien, tetapi selalu tergeser akibat gerakan pasien.</p> <p><b><i>Luaran Keperawatan :</i></b> Setelah dilakukan intervensi selama 3 hari, hasil yang didapatkan yaitu <i>Kemerahan Menurun</i></p>
--	-----------	--	--

	<p>Pigmentasi Abnormal</p>	<p>Tidak terdapat pigmentasi yang abnormal pada kulit pasien          Tidak terdapat pigmentasi yang abnormal pada kulit pasien</p>	<p>Hal ini menunjukkan bahwa tirah baring selama 7 hari di rumah sakit tidak memiliki dampak berupa pigmentasi yang abnormal berupa hiperpigmentasi ataupun hipopigmentasi pada pasien yang beresiko mengalami luka tekan.</p> <p><b><i>Luaran Keperawatan :</i></b>          Setelah dilakukan intervensi selama 3 hari, hasil yang didapatkan yaitu <i>Pigmentasi Abnormal Menurun</i></p>
--	----------------------------	---	--

Pengkajian hari pertama, Selasa 11 Juni 2024 pada pukul 07.00 dilakukan penilaian awal resiko luka tekan dengan menggunakan *Braden Scale* untuk menilai tingkat resiko luka tekan pada pasien yang mengalami resiko luka tekan dengan gangguan mobilitas fisik. Pada Ny. T didapatkan total hasil penilaian *Braden Scale* yaitu 11 yang menunjukkan tingkat resiko tinggi mengalami luka tekan dengan persepsi sensori yang sedikit terbatas dengan nilai 3, kelembaban yang sering lembab sehingga membutuhkan penggantian linen 1-2 kali dalam sehari dengan nilai 2, aktivitas selama sakit yang lebih banyak di tempat tidur/tirah baring dengan nilai 1, mobilitas yang sangat terbatas dengan nilai 2, nutrisi yang tidak adekuat dengan nilai 2 serta gesekan atau tempat tidur sering bermasalah dengan nilai 1.

Setelah mendapatkan penjelasan, menandatangani *informed consent*, serta menentukan tingkat resiko luka tekan pada pasien Ny. T, selanjutnya dilakukan pemeriksaan fisik pada titik area tubuh pasien yang beresiko mengalami luka tekan seperti belakang kepala, telinga, lengan atas, punggung, pinggul, bokong, betis, mata kaki, tumit, serta pada jari kaki. Pemeriksaan fisik yang dilakukan untuk menilai variabel luka tekan yaitu waktu perfusi jaringan, skala dan kategori nyeri yang dirasakan, derajat kemerahan berdasarkan warnanya, serta ada tidaknya pigmentasi abnormal seperti hipopigmentasi ataupun hiperpigmentasi.

Variabel penilaian pertama resiko luka tekan yaitu perfusi jaringan. Dalam menilai perfusi jaringan, peneliti melakukan penekanan secara perlahan pada titik area pemeriksaan selama 5 detik kemudian melepas tekanan dengan melihat kembalinya perfusi jaringan di area penekanan serta menghitung waktu kembalinya perfusi jaringan pada area penekanan, dengan kriteria penilaian yaitu normal apabila perfusi jaringan kembali dibawah 3 detik dan tidak normal apabila perfusi jaringan kembali lebih dari 3 detik. Pada hari pertama, Selasa tanggal 11 Juni 2024 di jam 07.00

dilakukan observasi awal perfusi jaringan pada pasien sebelum dilakukannya intervensi dengan hasil perfusi jaringan pada telinga kanan 5 detik, pada punggung kanan 7 detik dan pada bokong kanan 7 detik, lalu selanjutnya dilakukan pengaturan posisi selama 2 jam dari pagi hingga sore hari. Kemudian dilakukan pemeriksaan kembali perfusi jaringan pada pukul 19.00 dengan hasil perfusi jaringan pada telinga kanan 5 detik, pada punggung kanan 6 detik dan pada bokong kanan 8 detik, lalu selanjutnya dilakukan pengaturan posisi selama 5 jam dari malam hingga waktu tidur. Kemudian dilanjutkan di hari kedua, Rabu 12 Juni 2024 di jam 07.00 dilakukan pemeriksaan perfusi jaringan sebelum dilakukannya intervensi dengan hasil perfusi jaringan pada telinga kanan 4 detik, pada punggung kanan 4 detik dan pada bokong kanan 6 detik, lalu selanjutnya kembali dilakukan pengaturan posisi selama 2 jam dari pagi hingga sore hari. Kemudian dilakukan pemeriksaan kembali perfusi jaringan pada pukul 19.00 dengan hasil perfusi jaringan pada telinga kanan 4 detik, punggung kanan 5 detik dan bokong kanan 4 detik, lalu selanjutnya dilakukan pengaturan posisi kembali 5 jam dari malam hingga waktu tidur. Di hari ketiga, Kamis 13 Juni 2024 di jam 07.00 dilakukan kembali pemeriksaan perfusi jaringan sebelum dilakukannya intervensi dengan hasil perfusi jaringan pada telinga kanan 2 detik dan sudah tergolong normal, pada punggung kanan 4 detik dan pada bokong kanan 5 detik, lalu selanjutnya dilakukan kembali pengaturan posisi selama 2 jam dari pagi hingga sore hari. Kemudian dilakukan pemeriksaan kembali perfusi jaringan pada pukul 19.00 dengan hasil perfusi jaringan pada telinga kanan 3 detik dan sudah tergolong normal, pada punggung kanan 5 detik dan pada bokong kanan 4 detik. Kemudian pemeriksaan perfusi jaringan terakhir di laksanakan di Hari Jumat pada pukul 05.00 pagi dengan hasil perfusi jaringan pada telinga kanan 3 detik dan sudah tergolong normal, pada punggung kanan 4 detik serta pada bokong kanan 3 detik dan sudah tergolong normal.



Pemeriksaan perfusi jaringan pada daun telinga dan jari, seperti yang diuraikan dalam penelitian yang berjudul “*Agreement between Capillary Refill Time measured at Finger and Earlobe sites in different positions: a pilot prospective study on healthy volunteers*” yang dipublikasikan oleh BMC Anesthesiology, menunjukkan bahwa waktu pengisian kapiler (*Capillary Refill Time/CRT*) yang diukur di kedua lokasi ini dapat memberikan informasi yang relevan dalam menilai risiko luka tekan. Penelitian ini menemukan bahwa pengukuran CRT di daun telinga dan jari menunjukkan kesesuaian yang signifikan, bahkan ketika subjek berada dalam posisi tubuh yang berbeda. Hasil ini juga menegaskan bahwa daun telinga, selain jari dapat digunakan sebagai titik pengukuran alternatif yang valid untuk mengevaluasi perfusi perifer (La Via et al., 2023).

Variabel penilaian kedua resiko luka tekan yaitu nyeri. Dalam menilai tingkat nyeri, peneliti menggunakan NRS (*Numeric Rating Scale*) untuk mengukur tingkat nyeri yang dirasakan oleh pasien pada titik area pemeriksaan. Pemeriksaan yang dilakukan dengan memberi sedikit tekanan atau pijatan di titik area pemeriksaan dan selanjutnya pasien mengupkankan skala nyeri yang di rasakan berdasarkan yang telah dijelaskan oleh peneliti dengan memilih skala 1 sampai dengan 10, dimana 1-3 menunjukkan nyeri ringan, 4-6 menunjukkan nyeri sedang, 7-9 menunjukkan nyeri berat dan 10 menunjukkan nyeri sangat berat. Pada hari pertama, Selasa tanggal 11 Juni 2024 di jam 07.00 dilakukan observasi awal nyeri pada pasien sebelum dilakukannya intervensi dengan hasil nyeri skala 5 (nyeri sedang) pada telinga kanan, nyeri skala 5 (nyeri sedang) pada punggung kanan dan nyeri skala 5 (nyeri sedang) pada bokong kanan, lalu selanjutnya dilakukan pengaturan posisi selama 2 jam dari pagi hingga sore hari. Kemudian dilakukan pemeriksaan kembali nyeri pada pukul 19.00 dengan hasil nyeri skala 3 (nyeri ringan) pada telinga kanan, nyeri skala 5

(nyeri sedang) pada punggung kanan dan nyeri skala 5 (nyeri sedang) pada bokong kanan, lalu selanjutnya dilakukan pengaturan posisi selama 5 jam dari malam hingga waktu tidur. Kemudian dilanjutkan di hari kedua, Rabu 12 Juni 2024 di jam 07.00 dilakukan pemeriksaan kembali nyeri sebelum dilakukannya intervensi dengan hasil nyeri skala 3 (nyeri ringan) pada telinga kanan, nyeri skala 5 (nyeri sedang) pada punggung kanan dan nyeri skala 5 (nyeri sedang) pada bokong kanan, lalu selanjutnya kembali dilakukan pengaturan posisi selama 2 jam dari pagi hingga sore hari. Kemudian dilakukan pemeriksaan kembali nyeri pada pukul 19.00 dengan hasil tidak nyeri pada telinga kanan, nyeri skala 3 (nyeri ringan) pada punggung kanan dan nyeri skala 5 (nyeri sedang) pada bokong kanan, lalu selanjutnya dilakukan pengaturan posisi kembali 5 jam dari malam hingga waktu tidur. Di hari ketiga, Kamis 13 Juni 2024 di jam 07.00 dilakukan kembali pemeriksaan nyeri sebelum dilakukannya intervensi dengan hasil tidak nyeri pada telinga kanan, nyeri skala 3 (nyeri ringan) pada punggung kanan dan nyeri skala 5 (nyeri sedang) pada bokong kanan, lalu selanjutnya dilakukan kembali pengaturan posisi selama 2 jam dari pagi hingga sore hari. Kemudian dilakukan pemeriksaan kembali nyeri pada pukul 19.00 dengan hasil tidak ada nyeri pada telinga kanan, nyeri skala 3 (nyeri ringan) pada punggung kanan dan nyeri skala 3 (nyeri ringan) pada bokong kanan. Kemudian pemeriksaan nyeri terakhir di laksanakan di Hari Jum'at pada pukul 05.00 pagi dengan hasil tidak ada nyeri pada telinga kanan, nyeri skala 3 (nyeri ringan) pada punggung kanan dan nyeri skala 3 (nyeri ringan) pada bokong kanan.

Variabel penilaian ketiga resiko luka tekan yaitu kemerahan. Dalam menilai kemerahan, peneliti membagi derajat kemerahan berdasarkan warna yang muncul pada titik area pemeriksaan. Derajat 0 ketika tidak ditemukan kemerahan pada area kulit yang tertekan, derajat I ketika daerah kulit yang tertekan berwarna merah muda,

derajat II ketika daerah kulit yang tertekan berwarna merah terang, derajat III ketika daerah kulit yang tertekan berwarna ungu tua atau kecoklatan serta derajat IV ketika daerah kulit yang tertekan berwarna coklat gelap atau hitam. Pada hari pertama, Selasa tanggal 11 Juni 2024 di jam 07.00 dilakukan observasi awal kemerahan pada pasien sebelum dilakukannya intervensi dengan hasil kemerahan derajat II (merah terang) pada punggung kanan dan derajat I (merah muda) pada bokong kanan, lalu selanjutnya dilakukan pengaturan posisi selama 2 jam dari pagi hingga sore hari. Kemudian dilakukan pemeriksaan kembali kemerahan pada pukul 19.00 dengan kemerahan derajat II (merah terang) pada punggung kanan dan kemerahan derajat I (merah muda) pada bokong kanan, lalu selanjutnya dilakukan pengaturan posisi selama 5 jam dari malam hingga waktu tidur. Kemudian dilanjutkan di hari kedua, Rabu 12 Juni 2024 di jam 07.00 dilakukan pemeriksaan kembali kemerahan sebelum dilakukannya intervensi dengan hasil kemerahan derajat I (merah muda) pada punggung kanan dan kemerahan derajat I (merah muda) pada bokong kanan, lalu selanjutnya kembali dilakukan pengaturan posisi selama 2 jam dari pagi hingga sore hari. Kemudian dilakukan pemeriksaan kembali kemerahan pada pukul 19.00 dengan hasil kemerahan derajat I (merah muda) pada punggung kanan dan kemerahan derajat I (merah muda) pada bokong kanan, lalu selanjutnya dilakukan pengaturan posisi kembali 5 jam dari malam hingga waktu tidur. Di hari ketiga, Kamis 13 Juni 2024 di jam 07.00 dilakukan kembali pemeriksaan kemerahan sebelum dilakukannya intervensi dengan hasil kemerahan derajat I (merah muda) pada punggung kanan dan kemerahan derajat II (merah muda) pada bokong kanan, lalu selanjutnya dilakukan kembali pengaturan posisi selama 2 jam dari pagi hingga sore hari. Kemudian dilakukan pemeriksaan kembali kemerahan pada pukul 19.00 dengan hasil kemerahan derajat I (merah muda) pada punggung kanan dan kemerahan derajat I (merah muda)

pada bokong kanan. Kemudian pemeriksaan kemerahan terakhir di laksanakan di Hari Jumat pada pukul 05.00 pagi dengan hasil kemerahan derajat I (merah muda) pada punggung kanan dan kemerahan derajat I (merah muda) pada bokong kanan.

Variabel penilaian keempat resiko luka tekan yaitu melakukan pemeriksaan pigmentasi abnormal. Dalam melakukan penilaian, peneliti membagi perubahan pigmentasi dalam 3 bagian, yaitu normal, hipopigmentasi dan hiperpigmentasi. Dalam kondisi normal apabila warna kulit yang tertekan sama dengan warna kulit yang berada di sekitarnya. Dalam kondisi hipopigmentasi terjadi apabila daerah kulit yang tertekan memiliki warna yang lebih muda atau cerah dibandingkan dengan warna kulit disekitarnya. Dalam kondisi hiperpigmentasi terjadi apabila kulit yang tertekan memiliki warna yang lebih gelap/kecoklatan dari warna kulit disekitarnya (Kohara et al., n.d.). Pada hari pertama hingga hari ketiga penatalaksanaan intervensi pengaturan posisi, tidak ditemukannya ada perubahan pigmentasi pada kulit pasien sehingga bisa dikatakan bahwa tidak terjadi adanya pigmentasi yang abnormal pada daerah kulit pasien yang tertekan sebelum hingga setelah intervensi dilakukan. Adapun metode pemeriksaan pigmentasi abnormal pada pasien dengan resiko luka tekan dapat berbeda antara orang dengan kulit putih dan kulit gelap. Pada kulit putih, perubahan warna seperti kemerahan (eritema) mudah terlihat sebagai tanda awal resiko luka tekan. Namun, pada kulit gelap, tanda-tanda ini mungkin tidak terlihat jelas, sehingga perlu diperhatikan perubahan lain seperti peningkatan suhu kulit, tekstur yang lebih keras, atau terjadi perubahan warna menjadi lebih gelap ataupun keunguan. Oleh karena itu, pemeriksaan pada kulit gelap memerlukan pendekatan yang lebih teliti dengan fokus pada perubahan non-pigmentasi untuk mendeteksi resiko luka tekan lebih dini dan akurat (Oozageer Gunowa et al., 2024).

## **B. Pembahasan Studi Kasus**

Dari hasil penelitian yang dilakukan pada penerapan pengaturan posisi terhadap resiko luka tekan pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilisasi di RSUD Kota Kendari selama 3 hari, tingkat resiko luka tekan yang dibuktikan dengan nilai *Braden Scale* 11 (resiko tinggi) dan ditandai dengan penurunan mobilisasi akibat gejala dari stroke non hemoragik, yaitu penurunan mobilisasi, penurunan kekuatan otot, aktivitas yang lebih banyak di tempat tidur/tirah baring, serta gangguan dalam komunikasi secara verbal, tekanan darah 150/90 mmHg, frekuensi nadi 90 kali/menit, pernafasan 22 kali/menit, serta suhu 36,3°C. Keluarga pasien mengatakan sebelum masuk Rumah Sakit, pasien memiliki riwayat tekanan darah tinggi atau hipertensi dan juga anggota keluarga yang memiliki penyakit serta gejala yang sama dengan pasien yaitu Bapak dan Kakak pasien.

Ny. T dengan usia 58 tahun dengan gejala stroke berupa terjadinya penurunan kemampuan komunikasi verbal (bicara pelo) yang disertai dengan kelemahan serta penurunan kemampuan gerak pada otot sebelah kanan. Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien sebelumnya tidak pernah dirawat di rumah sakit dengan penyakit ataupun gejala yang sama. Menurut (Masduki, 2023), perempuan memiliki hormon estrogen dan progesteron yang dapat melindungi organ tubuh termasuk pembuluh darah sebelum memasuki masa menopause. Setelah memasuki masa menopause, hormon ini mulai melemah dan berkurang seiring dengan bertambahnya usia sehingga menyebabkan sistem pertahanan pada organ tubuh termasuk pembuluh darah rentan mengalami gangguan akibat kurangnya pertahanan hormon esterogen dan progesteron. Selain itu, esterogen juga dapat membantu menjaga kesehatan jantung dengan meningkatkan kadar kolesterol baik (HDL) dan menurunkan kadar kolesterol jahat (LDL), tetapi apabila hormon esterogen berkurang dan rusak maka produksi

HDL dalam darah akan semakin berkurang diikuti dengan peningkatan produksi LDL yang dapat menyebabkan resiko sumbatan pembuluh darah akibat menumpuknya LDL di pembuluh darah atau biasa disebut dengan Hiperkolesterolemia.

Keluarga pasien mengatakan bahwa ada anggota keluarga yang pernah menderita penyakit yang serupa, yaitu Bapak dan Kakak dari pasien. Keluarga juga mengatakan bahwa Ny. T memiliki riwayat hipertensi dengan angka pemeriksaan selalu menunjukkan hasil yang tinggi dan jarang mengalami penurunan di angka normal. Dengan kata lain, penyebab dari stroke yang dialami oleh Ny. T adalah diakibatkan karena hipertensi dan riwayat stroke keluarga. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Puspitasari, 2020), mengatakan bahwa tekanan darah tinggi atau hipertensi merupakan faktor resiko paling umum dari penyakit stroke, yang menimbulkan tegangan di pembuluh darah menebal hingga memburuk yang pada akhirnya akan menyebabkan terjadinya stroke. Ketika pembuluh darah menebal, diikuti tekanan darah yang meningkat, kolesterol serta substansi dari lemak yang lainnya dapat mengakibatkan rusaknya dinding pembuluh darah arteri serta penyumbatan pada arteri di otak, meningkatnya tegangan pada pembuluh darah di otak juga dapat menyebabkan dinding pada pembuluh darah melemah sehingga menyebabkan pembuluh darah tersebut pecah dan pada akhirnya terjadilah stroke. Penelitian yang juga dilakukan oleh (Ilmiah Kesehatan Sandi Husada et al., 2019), adanya riwayat anggota keluarga memiliki riwayat hipertensi dapat menjadi pemicu utama seseorang menderita hipertensi dibandingkan dengan keluarga tanpa adanya riwayat hipertensi. Jika kedua orang tua memiliki riwayat hipertensi, maka kemungkinan terjadinya hipertensi pada keturunannya dapat meningkat 4 sampai dengan 15 kali dibandingkan dengan yang memiliki orang tua normotensi (tekanan darah normal).

Stroke merupakan suatu kondisi gangguan pada suplai darah yang menuju ke

otak sehingga mengakibatkan otak kekurangan suplai oksigen yang berakibat pada kerusakan otak hingga kehilangan fungsi pada otak. Stroke dapat mengakibatkan gangguan pada sistem saraf seperti kelumpuhan parsial, gangguan dalam berbicara serta pemahaman dan kemampuan memori di otak. Bagian otak yang terdampak akibat dari lamanya suplai darah yang terhenti juga dapat mempengaruhi jenis serta tingkat keparahan dari penyakit stroke (*World Stroke Organization, 2022*). Gejala awal yang sering terjadi pada penderita stroke berupa senyum yang tidak simetris, salah satu sisi ataupun kedua sisi tubuh melemah, bicara pelo atau tidak dapat berbicara, kram atau kesemutan, pandangan kabur secara spontan, sakit kepala hebat, mati rasa mendadak, kejang, gangguan daya ingat, serta penurunan fungsi motorik. Kelemahan yang terjadi pada pasien stroke dengan penurunan fungsi motorik dapat menyebabkan pasien kesulitan dalam melakukan pergerakan, tirah baring dalam waktu yang lama serta tidak mampu memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-harinya secara mandiri (Harmawati et al., 2021).

Pada pasien stroke yang mengalami tirah baring akibat dari gangguan mobilisasi dapat memberikan banyak masalah keperawatan salah satunya yaitu resiko terkena luka tekan. Resiko luka tekan adalah kemungkinan seseorang mengalami luka pada kulit yang diakibatkan oleh tekanan berlebihan pada kulit serta jaringan dibawahnya dalam waktu yang lama, hal ini disebabkan karena terhambatnya aliran/peredaran darah di area yang tertekan sehingga menimbulkan beberapa masalah yang menjadi tanda awal terjadinya resiko luka tekan. Pada Ny. T tanda resiko luka tekan yang ditemukan yaitu adanya gangguan perfusi jaringan, nyeri serta kemerahan yang disebabkan oleh kulit yang selalu lembab serta gesekan dan penekanan pada tonjolan tulang dalam waktu lama yang dapat mengakibatkan beresiko mengalami luka tekan. Ny. T menunjukkan tanda-tanda awal yang beresiko berkembang menjadi luka

tekan pada hari ke-3 setelah pasien mengalami imobilisasi yang hal ini dikarenakan adanya gesekan secara terus menerus antara pakaian dan kulit pasien, serta kelembaban yang disebabkan oleh keringat dan urine pasien yang berlebihan, ditambah lagi dengan pasien yang sering gelisah ketika tidur di malam hari dan selalu dengan posisi yang sama yaitu miring ke kanan dari pagi hingga sore hari, hal inilah yang mengakibatkan luka tekan lebih cepat terjadi dan akan terus meningkat jika tidak segera diberikan intervensi keperawatan yang tepat. Maka dari itu, penanganan resiko luka tekan pada Ny. T dapat diatasi dengan pemberian pengaturan posisi setiap 2 jam di pagi hingga sore hari dan 5-6 jam di malam hingga waktu tidur. Penerapan pengaturan posisi ini merupakan salah satu terapi non farmakologi yang dalam pelaksanaannya pasien diberikan posisi yang berbeda sesuai dengan jadwal perubahan posisi, yang diharapkan ketika dilakukan perubahan posisi secara konsisten maka akan mengurangi tingkat resiko luka tekan yang dapat terjadi.

Dari hasil penelitian yang dilakukan pada Ny. T berupa pengaturan posisi setiap 2 jam di pagi hingga sore hari dan 5-6 jam di malam hingga waktu tidur yang telah dilakukan secara konsisten selama 3 hari, pada Ny. T perfusi jaringan semakin mendekati waktu normal yang di hari pertama dengan waktu perfusi jaringan pada rentang 5-6 detik menjadi 3-5 detik, nyeri yang dirasakan di hari pertama yaitu nyeri sedang mengalami penurunan di hari ketiga menjadi nyeri ringan bahkan tidak nyeri, kemerahan yang dialami di hari pertama yaitu berwarna merah terang dengan derajat 2 menjadi berwarna merah muda dengan derajat 1 serta pigmentasi abnormal yang tidak terjadi di hari pertama hingga hari ketiga selama melakukan intervensi pengaturan posisi.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Mayangsari dkk. (2020) yaitu perubahan posisi yang dilakukan tiap 2 jam pada pagi hingga sore hari dan 5-6



jam pada malam hari hingga waktu tidur pada responden yang menggunakan kasur biasa. Hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan rata-rata terhadap resiko terjadinya luka tekan sebelum dan sesudah dilakukan perubahan posisi. Hasil penelitian ini juga memperlihatkan penurunan resiko terjadinya luka tekan dari resiko sedang menjadi resiko rendah setelah dilakukan tindakan perubahan posisi. Mengingat tekanan dalam jangka panjang merupakan faktor yang paling utama dalam terjadinya luka tekan, maka tindakan utama yang juga perlu dilakukan dalam mencegah terjadinya luka tekan adalah dukungan dalam melakukan pergerakan, menghindari tekanan dan mendistribusikan tekanan (Mayangsari, 2020).

Pengaturan posisi adalah intervensi keperawatan yang berfokus pada posisi pasien tirah baring di tempat tidur selama melakukan perawatan di rumah sakit yang bertujuan untuk dapat mengurangi tekanan pada area tubuh yang rentan, menyebarkan beban tubuh keseluruhan bagian tubuh secara bergantian, meningkatkan sirkulasi darah pada jaringan tubuh, mencegah terjadinya kerusakan pada kulit akibat tekanan dalam jangka waktu yang lama serta dapat mengurangi nyeri, kemerahan, pembengkakan dan pigmentasi yang abnormal pada area yang tertekan. Pengaturan posisi yang baik dan tepat sangat penting untuk menunjang pemeliharaan integritas kulit dan mengurangi tekanan pada daerah tertentu serta dapat membantu kesejajaran tubuh yang baik pada pasien yang mengalami tirah baring dalam jangka waktu yang lama. Pemberian pengaturan posisi yang benar juga akan meningkatkan aliran darah secara keseluruhan khususnya aliran darah ke area kulit yang tertekan. Kondisi yang sebelumnya mengalami tekanan akibat tirah baring lama dapat menormalkan metabolisme jaringannya sehingga luka tekan dapat dicegah atau diperbaiki (Agustina et al., 2023).

### **C. Keterbatasan Studi Kasus**

Dalam pelaksanaan studi kasus ini peneliti menemukan beberapa hambatan sehingga menjadi keterbatasan dalam penyusunan studi kasus. Keterbatasan bagi peneliti berupa kesulitan dalam mencari subjek pada saat melakukan penelitian. Pada studi kasus ini, pasien yang dijadikan sebagai responden yaitu pasien yang mengalami tirah baring dengan kesadaran *compos mentis* agar dapat dilakukan pengkajian terhadap tingkat nyeri yang dirasakan, akan tetapi saat melakukan pengkajian di pasien sebelumnya memiliki sedikit hambatan dengan tingkat kesadaran yang dialami sehingga tidak dapat dilakukan pengkajian tingkat nyeri. Selain itu, kekurangan data penunjang yang tidak lengkap juga menjadi salah satu keterbatasan dalam studi kasus ini sehingga ada beberapa data yang tidak bisa dipaparkan.