

## BAB IV

### HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

#### A. Hasil Studi Kasus

Dari hasil pengkajian yang dilakukan pada 15 Mei 2024, terdapat hasil identitas nomor rekam medik 234073 atas nama Ny. S jenis kelamin perempuan tempat tanggal lahir Konawe 1 Juli 1973, berusia 50 tahun, status perkawinan sudah menikah, agama Islam, suku bangsa Jawa, pendidikan SD, pekerjaan IRT, identitas penanggung jawab anak pasien, pekerjaan wiraswasta, pasien masuk RS tanggal 14 Mei 2024 dengan diagnosa medis Stroke non hemoragik.

Keluhan utama Ny. S tidak dapat menggerakkan anggota tubuh sebelah kiri, keadaan umum pasien tampak lemah, hasil skrining risiko luka tekan menggunakan skala braden didapatkan hasil skor 13 menunjukkan risiko sedang, kemerahan skala 5 (tidak adanya kemerahan), sensasi skala 2 kategori sangat terbatas (gangguan sensori pada bagian  $\frac{1}{2}$  permukaan tubuh atau hanya berespon pada tubuh nyeri), tingkat kesadaran *composmentis* E4M5V6, Tekanan darah 140/90 mmHg, RR: 20x/menit, N: 95x/menit, S: 36,7<sup>0</sup>C. Riwayat kesehatan masa lalu pasien tidak pernah menderita penyakit yang sama namun memiliki riwayat hipertensi, sebelumnya tidak pernah dirawat di rumah sakit, tidak pernah mengalami pembedahan, tidak terdapat riwayat alergi dan tidak ada ketergantungan terhadap zat seperti merokok, minum yang beralkohol, minum kopi tidak sering dan konsumis obat-obatan juga jarang. Riwayat kesehatan keluarga pasien, ada anggota keluarga yang mengalami penyakit serupa dan ada juga anggota keluarga yang memiliki

penyakit menurun yaitu hipertensi.

Kebutuhan aktivitas pada kegiatan rutin yang dilakukan sebelum sakit pasien mengatakan mengerjakan pekerjaan rumah dan setelah sakit pasien mengatakan hanya berbaring, kemampuan berjalan sebelum sakit mampu dan setelah sakit tidak mampu, kemampuan merubah posisi berbaring ke duduk atau sebaliknya sebelum sakit pasien mengatakan mampu setelah sakit pasien mengatakan tidak mampu, penggunaan alat bantu dalam pergerakan sebelum sakit pasien tidak menggunakan alat bantu setelah sakit butuh alat bantu, pergerakan lambat sebelum sakit tidak ada setelah sakit gerakan menjadi lambat karena kelemahan sebagian anggota tubuhnya.

Berdasarkan data di atas masalah keperawatan yang ditemukan pada Ny. S adalah risiko luka tekan dibuktikan dengan skor skala braden 13 (dewasa), skala kemerahan berada pada skala 5 (tidak ada kemerahan) dan sensasi skala 2 kategori sangat terbatas (gangguan sensoris pada bagian 1/2 permukaan tubuh atau hanya berespon pada stimulus nyeri). Oleh sebab itu, untuk mengatasi masalah tersebut dibutuhkan perencanaan keperawatan atau intervensi pencegahan luka tekan yang dapat mencegah terjadinya luka tekan pada pasien tirah baring lama. Pencegahan luka tekan dilakukan dengan cara pemberian perubahan posisi per 2 jam dan pemberian *massage* yang bertujuan untuk mencegah terjadinya luka pada daerah tulang yang menonjol dengan mengurangi penekanan dan gesekan kulit akibat pasien tertahan dalam satu posisi, sehingga mengurangi risiko luka tekan serta melancarkan sirkulasi darah, meningkatkan sistem imun, dan melancarkan sistem pernafasan.

Ny.S mengikuti terapi perubahan posisi per 2 jam dan *massage* 1x sehari durasi 4-5 menit yang dilakukan selama 3 hari, mulai dari tanggal 15 hingga 17 Mei 2024. Klien mengikuti Terapi perubahan posisi dan *massage* sesuai dengan SOP perubahan posisi dan *massage*. Tahap pra interaksi siapkan alat dan bahan yang akan digunakan, siapkan jadwal perubahan posisi dan *massage*, buku catatan dan pena. Tahap orientasi berikan salam dan senyum menjelaskan kegiatan dan tujuan yang akan dilakukan, menjelaskan waktu yang dibutuhkan, menanyakan kesiapan pasien : klien mengatakan siap dan menjaga privasi pasien selama terapi.

Prosedur pelaksanaan perubahan posisi dan *massage* mencuci tangan 6 langkah sebelum tindakan, identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik, identifikasi adanya kemerahan pada area yang tertekan atau tidak pastikan pasien dalam keadaan rileks, berikan posisi kanan selama 2 jam berikan sokongan bantal pada punggung peneliti berada di sebelah kiri pasien dan memastikan area yang akan di *massage* terbebas dari pakaian tetap memperhatikan privasi pasien lakukan *massage* menggunakan minyak zaitun yang dituangkan pada telapak tangan lalu menggosok pada bagian punggung, tulang kelangkangan, ekstremitas atas dan bawah (tumit, tulang paha bagian luar, tonjolan pergelangan kaki) atau yang rentan terjadinya luka tekan dengan menggunakan tehnik *massage Effleurage* selama 4-5 menit setelah pasien berbaring dalam posisi miring kanan selama 2 jam ubah posisi pasien miring ke kiri dan berikan sokongan bantal pada punggung, setelah itu melihat kembali kondisi pasien selama dilakukan perubahan posisi dan *massage* rapikan kembali pasien dan alat yang telah digunakan, mencuci tangan 6 langkah.

Lakukan rencana tindak lanjut, dokumentasikan tindakan, mengkaji respon pasien setelah diberikan tindakan : pasien mengatakan lebih merasa rileks dari sebelumnya, kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya, mendoakan pasien dan berpamitan. Selama 3 hari implementasi dilakukan observasi terhadap integritas kulit dan jaringan adapun hasil observasi sebagai berikut.

**Tabel 4.1**  
**Hasil Observasi Integritas Kulit dan Jaringan Berdasarkan Tanda kemerahan pada kulit**

<b>Skala Penilaian Derajat Kemerahan pada kulit</b>										
<b>Area : punggung, tulang kelangkangan, eksremitas bawah (tumit, tulang paha bagian luar, tonjolan pergelangan kaki)</b>										
<b>Hari/tanggal</b>	<b>Sebelum</b>					<b>Sesudah</b>				
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Rabu /15 Mei 2024					√					√
Kamis/16 Mei 2024					√					√
Jum'at/17 Mei 2024					√					√

**Keterangan:**

Kemerahan yang dikategorikan menjadi :

1 = meningkat ditandai dengan kulit merah gelap.

2 = cukup meningkat ditandai dengan kulit merah terang dan jelas dapat dibedakan dengan kulit sekitarnya.

3 = sedang ditandai dengan kulit merah terang.

4 = cukup menurun ditandai dengan kulit merah samar. 5= menurun ditandai dengan tidak adanya kemerahan.

**Tabel 4.2**  
**Hasil Observasi Integritas Kulit dan Jaringan Berdasarkan sensasi pada kulit**

<b>Penilaian sensasi pada area punggung, tulang kelangkangan, eksremitas bawah (tumit, tulang paha bagian luar, tonjolan pergelangan kaki) yang mengalami kelemahan</b>								
<b>Hari/tanggal</b>	<b>Sebelum</b>				<b>Sesudah</b>			
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Rabu/ 15 Mei 2024		√				√		
Kamis/ 16 Mei 2024		√				√		
Jum'at/ 17 Mei 2024			√				√	

**Keterangan :**

Sensasi yang dikategorikan menjadi :

- 1 = Keterbatasan Penuh (Tidak merasakan atau respon terhadap stimulus nyeri, kesadaran menurun)
- 2 = Sangat Terbatas (Gangguan sensori pada bagian ½ permukaan tubuh atau hanya berespon pada stimulus nyeri).
- 3 = Keterbatasan Ringan (Gangguan sensori pada 1 atau ekstremitas atau berespon pada perintah verbal tapi tidak selalu mampu mengatakan ketidaknyamanan)
- 4 = Tidak ada gangguan (Tidak ada gangguan sensori, berespon penuh terhadap perintah verbal).

**B. Pembahasan**

Dari hasil penelitian yang dilakukan pada Ny.S diketahui bahwa Ny. S didiagnosis stroke non hemoragik dan masalah keperawatan risiko luka tekan dibuktikan dengan skor skala braden 13, tidak ada kemerahan (skala 5 atau kategori kemerahan menurun) dan sensasi skala 2 kategori sangat terbatas

(gangguan sensori pada bagian ½ permukaan tubuh atau hanya berespon pada stimulus nyeri atau dapat diartikan bahwa Ny. S mengalami risiko sedang untuk mengalami luka tekan. Pengkajian awal yang dilakukan pada Ny. S diketahui bahwa klien mengalami kelemahan pada bagian tubuh sebelah kiri sehingga klien lebih banyak berbaring. Kelemahan yang terjadi pada pasien stroke non hemoragik dapat mengakibatkan mobilitas fisik terganggu dan juga pasien mengalami ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Selain itu, terjadi juga penurunan sensasi atau rasa pada area yang mengalami kelemahan. Hal ini tentunya sangat berisiko terjadinya luka tekan. Pada penelitian yang dilakukan sebelumnya menyatakan bahwa di Indonesia pasien stroke non hemoragik yang mengalami kelemahan pada sebagian atau seluruh anggota tubuh sehingga memiliki potensi mengalami risiko luka tekan sebesar 33,3% (Zahra et al., 2023). Selain kelemahan, penurunan persepsi sensoris juga memengaruhi terjadinya risiko luka tekan. Penelitian yang dilakukan Alimansur dan Santoso (2019) menyatakan bahwa kehilangan rasa atau sensasi menyebabkan pasien cenderung tidak merubah posisi sehingga penekanan tersebut berlanjut dan menyebabkan luka tekan (Alimansur & Santoso, 2019).

Pada penelitian ini pencegahan luka tekan pada Ny. S dilakukan pada dengan pemberian intervensi perubahan posisi per 2 jam dan *massage* dengan durasi 4-5 menit selama 3 hari untuk mengurangi tekanan dan gesekan pada area yang menonjol dan melancarkan sirkulasi darah menjadi pada area yang tertekan didapati hasil dihari pertama sebelum intervensi kemerahan dari kategori 5 yaitu kemerahan menurun sedangkan sensasi kategori 2 yaitu

sensori pada ½ permukaan tubuh atau hanya berespon pada stimulus atau rangsangan nyeri dan setelah 3 hari intervensi kemerahan menjadi kategori 5 yaitu kemerahan menurun dan sensasi kategori yaitu gangguan sensoris pada 1 atau 2 ekstremitas atau berespon pada perintah verbal.

Pada pasien stroke dengan risiko luka tekan diberikan terapi perubahan posisi per 2 jam dan *massage* dapat mencegah risiko luka tekan akibat kelemahan sebagian anggota tubuh yang ditandai dengan adanya kemerahan dan hilangnya sensasi (Dewi et al., 2020). Sejalan pada penelitian yang dilakukan oleh Chintia Fitri (2023) bahwa perubahan posisi suatu bentuk mobilisasi yang bertujuan untuk menghindari titik-titik tekanan dengan mengeser posisi tubuh pasien ke sisi kanan dan kiri secara berkala. Selain fokus pada mobilisasi, pencegahan luka tekan juga dapat dilakukan *massage* atau pijatan pada permukaan kulit yang paling sering mendapat tekanan agar melancarkan sirkulasi darah, menjaga integritas kulit seperti kemerahan dan membantu regenerasi area yang tertekan (Fitri, 2023). Terapi perubahan posisi dan *massage* juga dilakukan oleh Diah (2022) bahwa perubahan posisi secara berkala pada pasien yang berada dalam posisi tertentu dapat mencegah terjadinya luka tekan pada daerah tulang yang menonjol dengan mengurangi penekanan dan gesekan kulit akibat pasien tertahan dalam satu posisi, sehingga mengurangi risiko luka tekan. Selain dari perubahan posisi, metode efektif lainnya dalam mengurangi gangguan integritas kulit dan jaringan adalah melalui *massage* yang bermanfaat melancarkan sirkulasi darah karena diberi pijatan pada area tulang yang menonjol yang sering mendapat tekanan, meningkatkan sistem imun, dan melancarkan sistem

pernafasan (Diah KD et al., 2022).

Teknik perubahan posisi dan *massage* dibuktikan juga dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Wahyu (2023) terkait efektivitas penerapan perubahan posisi dan *massage* terhadap risiko luka tekan membuktikan bahwa sebelum dilakukan penerapan perubahan posisi dan *massage* bahwa didapatkan risiko luka tekan dengan skor 13 kategori risiko sedang sedangkan setelah dilakukan penerapan perubahan posisi dan *massage* didapatkan risiko luka tekan dengan skor 15 kategori risiko ringan (Wahyu, 2023).

Badrujamaludin, (2022) menambahkan bahwa terdapat penurunan kategori risiko luka tekan yang diukur menggunakan skala braden antara sebelum dan setelah dilakukan perubahan posisi dari kategori jam dan pemberian *massage* didapatkan sebelum dilakukan risiko sedang dan setelah dilakukan risiko ringan hal ini membuktikan bahwa dengan melakukan pemberian perubahan posisi dan *massage* itu tidak hanya meminimalkan risiko tersebut namun juga dapat mencegah risiko luka tekan.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada Ny. S, setelah dilakukan pemberian perubahan posisi dan *massage* didapatkan hasil bahwa terapi ini dapat mencegah terjadinya risiko luka tekan pada Ny. S, ditandai dengan tidak munculnya tanda seperti kemerahan dan sensasi yang cukup membaik pada area yang paling sering mendapatkan tekanan pada saat berbaring. Selain itu, keluarga juga berperan penting dalam mencegah terjadinya risiko luka tekan. Pada Ny. S dengan membantu mengubah posisi setiap 2 jam dan dapat menjaga kesehatan klien. Dengan adanya penelitian ini keluarga dapat mengetahui dan bisa menggunakan terapi perubahan posisi dan *massage* di

rumah untuk bisa mengurangi atau mencegah terjadinya luka tekan pada pasien. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Wahyu (2023) bahwa dengan adanya dukungan dari keluarga tentang penerapan perubahan posisi dan massage itu dapat mencegah risiko luka tekan saat mengalami tirah baring (Wahyu, 2023).

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

Dalam pelaksanaan penelitian ini peneliti menemui adanya keterbatasan dalam menyusun studi kasus. keterbatasan itu berasal dari peneliti dan juga klien keterbatasan tersebut antara lain :

1. Keterbatasan pada saat terapi *massage* akan dilakukan klien menolak untuk melepaskan pakaian bagian atasnya dan hanya mempersilahkan membuka area yang akan di pijat saja sehingga ada beberapa area yang tidak dilakukan pemijatan.
2. Klien menolak untuk dilakukan perubahan posisi tengkurap sehingga posisi yang diberikan hanya posisi miring kanan, miring kiri, dan terlentang.