

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK
DENGAN KERUSAKAN INTEGRITAS KULIT; TIRAH BARING
DI RUANG ICU RS PKU MUHAMMADIYAH
GOMBONG**

Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan
Program Pendidikan Diploma III Keperawatan



ROFIK ABI KURNIAWAN

NIM : A01401997

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH GOMBONG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**

2017

**LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS
KARYA TULIS ILMIAH**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Rofik Abi Kurniawan
NIM : A01401997
Program Studi : DIII Keperawatan
Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan karya tulis ilmiah ini hasil jiplakan , maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Gombong, Agustus 2017
Pembuat Pernyataan,



Rofik Abi Kurniawan

LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

Karya Tulis Ilmiah oleh Rofik Abi Kurniawan, NIM A01401997, dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik (SNH) Dengan Kerusakan Integritas Kulit; Tirah Baring” telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Hari / Tanggal : 08 Agustus 2017
Tempat :

Gombong, 8 Agustus 2017
Pembimbing



(Barkah Waladani, S. Kep.Ns,M.Kep)

LEMBAR PERSETUJUAN PENGUJI

Karya Tulis Ilmiah oleh Rofik Abi Kurniawan NIM A01401997 dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik (SNH) Dengan Kerusakan Integritas Kulit; Tirah Baring” telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 8 Agustus 2017

Dewan Penguji
Penguji Ketua

(Bambang Utoyo, S. Kep.Ns., M.Kep)

(.....)

Penguji Anggota

(Barkah Waladani, S. Kep.Ns., M.Kep)

(.....)

Mengetahui

Ketua Program Studi DIII Keperawatan
STIKES Muhammadiyah Gombong



(Murtala, S.kep, S. Kep.Ns., M.Kep)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang senantiasa melimpahkan rahmat dan hidayahnya serta kemudahan sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke dengan Kerusakan Integritas Kulit; Tirah Baring”

Penyusunan karya tulis ilmiah ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Pendidikan Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Muhammadiyah Gombong. Penyusunan karya tulis ini dilakukan dengan suatu prosedur terstruktur dan terencana. Proses penulisan karya tulis ilmiah sedikit menemui beberapa kesulitan dan hambatan, namun kesulitan dan hambatan itu Alhamdulillah dapat diatasi berkat adanya bimbingan, niat dan kemauan dari penyusun sendiri. Penulis menyadari akan keterbatasan karya tulis ilmiah, namun berkat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak akhirnya proses penyusunan karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan. Untuk itu penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Kepada kedua orang tua yang selalu memberikan semangat dan dukungan baik moril maupun materil.
2. Herniatun, M. Kep., Sp. Mat, selaku Ketua STIKes Muhammadiyah Gombong yang memberikan kesempatan penulis dapat menempuh studi di STIKes Muhammadiyah Gombong.
3. Nurlaila, S. Kep. Ns., M. Kep, selaku ketua pordi DIII Keperawatan STIKES Muhammadiyah Gombong
4. Barkah Waladani, S. Kep. Ns., M. Kep, selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
5. Bambang Utoyo, S. Kep. Ns., M. Kep, selaku dosen penguji yang telah memberikan masukan maupun evaluasi dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
6. Seluruh Bapak dan Ibu dosen beserta staf karyawan dilingkungan STIKes Muhammadiyah Gombong
7. Seluruh teman-teman seperjuangan yang saling memberikan semangat dan dukungan.

Penulis menyadari sepeunhnya bahwa karya tulis ilmiah ini masih kurang dari kata sempurna, karena memang kesempurnaan hanya milik Allah SWT. Untuk itu diharapkan kritik dan saran yang membangun dari berbagai pihak, demi mengejar kesempurnaan yang tidak ada batasnya. Penulis berharap dalam hati, lisan dan pikiran agar karya tulis ilmiah ini bisa bermanfaat bagi para pembaca dan masyarakat.

Gombong, Agustus 2017


Penulis

Program Studi DIII Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong
KTI, Agustus 2017
Rofik Abi Kurniawan¹⁾, Barkah Waladani²⁾
iv + 61 hal + 2 tabel + 5 lampiran

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DENGAN KERUSAKAN INTEGRITAS KULIT; TIRAH BARING DI RUMAH SAKIT PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG

Latar belakang : karya tulis ilmiah ini berdasarkan sumber kepustakaan yang menyatakan bahwa stroke adalah suatu penyakit menurunnya fungsi saraf secara akut yang disebabkan oleh gangguan pembuluh darah otak, terjadi secara mendadak dan cepat yang menimbulkan gejala dan tanda sesuai dengan daerah otak yang terganggu. stroke dibagi menjadi dua yaitu : stroke non hemoragik dan stroke hemoragik. Dekubitus adalah salah satu dampak dari stroke. Tirah baring merupakan salah satu penanganan yang dapat dilakukan oleh perawat untuk menangani kerusakan integritas kulit.

Tujuan : penulisan karya ilmiah yaitu untuk memberikan gambaran tentang asuhan keperawatan pasien stroke non hemoragik dengan masalah kerusakan integritas kulit; tirah baring di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gombong.

Metode : karya tulis ilmiah ini menggunakan metode studi kasus berupa asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik.

Hasil : kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan imobilisasi teratasi dengan perawatan tirah baring 2 jam sekali selama 3 hari, sehingga mengatasi kerusakan integritas kulit.

Kesimpulan : tirah baring menjadi tindakan yang efektif untuk memperbaiki kerusakan integritas kulit.

Kata Kunci : kerusakan integritas kulit, stroke, tirah baring.

Referensi : 36 hal, (2006-2015)

-
- 1) Mahasiswa DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong.
 - 2) Dosen Pembimbing DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong.

**DIPLOMA III NURSING PROGRAM
MUHAMMADIYAH HEALTH SCIENCE INSTITUTE OF GOMBONG**

Scientific Paper, August 2017

Rofik Abi Kurniawan¹⁾, Barkah Waladani²⁾

iv + 61 page + 2 table + 5 appendices

ABSTRACT

**NURSING CARE OF DAMAGE TO SKIN INTEGRITY; CHANGING SLEEP
POSITION OF STROKE NON HEMORAGIK PATIENT AT PKU
MUHAMMADIYAH HOSPITAL OF GOMBONG**

Background:

This scientific paper is based on data obtained from various sources of literature stating that a stroke is a disease of decreased acute nerve function caused by brain blood vessel disorders, occur suddenly and quickly that cause symptoms and signs in accordance with the area of the brain Disturbed. Stroke is divided into two, namely: non hemorrhagic stroke and hemorrhagic stroke. Dekubitus is one of the impact of stroke. Changing sleep position is, one of a part of you who can be done by the nurse to deal with skin damage integrity.

Purpose:

Perform changing sleep position every two hours skin damage integrity of stroke non hemoragik patient at PKU Muhammadiyah hospital of Gombong.

Method:

The paper used case study method and reported nursing care of stroke non hemoragik patient..

Result :

Skin damage integrity associated with immobilization disorders has been resolved with changing sleep position every two hours for three days, so that resolve skin damage integrity.

Conclusion:

Changing sleep position is effective to improve skin damage integrity.

Keywords: *skin damage integrity, stroke, changing sleep position.*

Reference: 36 hal, (2006-2015)

-
- 1) University student Diploma III of Nursing Muhammadiyah Health Science Institute of Gombong.
 - 2) Consultant Diploma III of Nursing Muhammadiyah Health Science Institute of Gombong.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMANPERSETUJUAN PEMBIMBING	iii
HALAMAN PERSETUJUAN PENGUJI.....	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	4
1.4 Manfaat Penulisan	4
BAB II TINJAUAN TEORI	
2.1 Tinjauan Pustaka	6
2.1.1 Asuhan Keperawatan dengan kerusakan integritas kulit	6
2.1.1.1 Pengkajian	6
2.1.1.2 Diagnosa	10
2.1.1.3 Perencanaan	11
2.1.1.4 Pelaksanaan	15

2.1.1.5 Evaluasi	16
2.1.2 Kerusakan integritas kulit dengan dekubitus pada SNH	17
2.1.2.1 Pengertian SNH	17
2.1.2.2 Tanda dan gejala stroke	18
2.1.2.3 Patofisiologi.....	18
2.1.2.4 Komplikasi stroke	19
2.1.2.5 Stadium luka dekubitus pada stroke	20
2.1.2.6 Faktor-faktor yang mempengaruhi dekubitus	20
2.1.2.7 Pencegahan luka dekubitus	20
2.1.2.8 Cara pengukuran luka tekan	21
2.1.3 Tirah baring dalam mengatasi kerusakan integritas kulit	24
2.1.3.1 Pengertian tirah barin.....	24
2.1.3.2 Prosedur tirah baring.....	24
2.1.3.3 Tujuan dilakakukan tirah baring	24

BAB III METODE STUDI KASUS

3.1 Jenis, Desain dan Rancangan.....	25
3.2 Subyek studi kasus	25
3.3 Fokus studi kasus	26
3.4 Definisi Operasional	26
3.5 Instrumen studi kasus	26
3.6 Metode pengumpulan data	27
3.7 Lokasi & Waktu studi kasus	28
3.8 Analisa data da penyajian data	28
3.9 Etika studi kasus	28

BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Studi Kasus	31
4.1.1 Pengkajian	31
4.1.2 Analisa data dan intervensi keperawatan	35
4.1.3 Implementasi keperawatan.....	37

4.1.4 Evaluasi keperawatan.....	40
4.2 Pembahasan.....	43
4.2.1 Diagnosa I	43
4.2.2 Diagnosa II	45
4.2.3 Diagnosa III.....	46
4.2.4 Fokus pembahasan	48
4.3 Keterbatasan studi kasus	56
BAB V PENUTUP	
5.1 Kesimpulan	57
5.2 Saran.....	58
Daftar Pustaka	59



DAFTAR LAMPIRAN

1. Lembar konsul
2. Penjelasan untun mengikuti penelitian
3. Informed consent
4. Table design P (luka tekan)
5. Asuhan keperawatan
6. Jurnal penelitian



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke adalah suatu penyakit menurunnya fungsi saraf secara akut yang disebabkan oleh gangguan pembuluh darah otak, terjadi secara mendadak dan cepat yang menimbulkan gejala dan tanda sesuai dengan daerah otak yang terganggu. Stroke dibagi menjadi dua golongan yaitu: stroke non hemoragik dan stroke hemoragik, stroke non hemoragik adalah kurangnya aliran darah ke otak sehingga mengganggu kebutuhan darah dan oksigen di jaringan otak, sedangkan stroke hemoragik adalah keluarnya darah ke jaringan otak dan ke ekstrasvaskular di dalam kranium (Dinas Kesehatan Jawa Tengah, 2012).

Menurut WHO (*World Health Organization*) pada tahun 2012, kematian akibat stroke sebesar 51% di seluruh dunia disebabkan oleh tekanan darah tinggi. Selain itu, diperkirakan sebesar 16% kematian stroke disebabkan tingginya kadar glukosa darah dalam tubuh. Menurut Junaidi (2007) masyarakat cenderung mengkonsumsi makanan cepat saji serta tidak mempertimbangkan kandungan dari makanan tersebut, begitu pula dengan bertambahnya masyarakat yang mengkonsumsi alkohol dan rokok, hal tersebut juga merupakan faktor-faktor timbulnya berbagai penyakit termasuk stroke. Menurut American Heart Association & American Stroke Association (2012), kematian akibat stroke pada tahun 2011 berdasarkan jenis kelamin, laki-laki 55,3% perempuan 47,0%, pada tahun 2011 berdasarkan umur 80+ laki-laki 15,8% perempuan 14,0%.

Prevalensi stroke berdasarkan diagnosa oleh tenaga kesehatan dan gejala tertinggi terdapat di Sulawesi Selatan (17,9%), Sulawesi Tengah (16,6%), Daerah Istimewa Yogyakarta (16,9%), diikuti Jawa Timur sebesar (16%). Menurut (RISKESDAS, 2013) Jawa Tengah menduduki gejala tertinggi ke lima terbesar (12,0%). Prevalansi stroke berdasarkan hasil wawancara (jawaban responden yang pernah didiagnosis dan tenaga

kesehatan) mengalami peningkatan dari 8,3% pada tahun 2007 menjadi 12,1% pada tahun 2013. Prevalansi stroke di Jawa Tengah Menurut Profil Dinas Kesehatan Jawa Tengah 2013 dari 8% pada tahun 2007 meningkat menjadi 12% pada tahun 2013. Prevalansi stroke di Kabupaten Kebumen tahun 2012 dari 55,5% meningkat menjadi 93,4% (Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen, 2013).

Dampak dari stroke adalah infeksi thorax, pneumonia, infeksi saluran kemih, konstipasi, depresi, kejang, stroke berulang, gagal jantung kongestif dan dekubitus. Dekubitus merupakan salah satu dampak stroke yang menyebabkan kerusakan integritas kulit. Penekanan pada daerah yang bersentuhan dengan permukaan tempat tidur akan menyebabkan dekubitus. Dekubitus adalah salah satu bahaya terbesar jika tidak dilakukan tirah baring. Dalam sehari-hari masyarakat menyebutkan sebagai akibat dari seseorang yang terlalu lama ditempat tidur tanpa dibantu melakukan perubahan posisi (Tarihoran, 2010). Dekubitus (luka akibat penekanan, kerusakan kulit, *bedsores*) adalah kerusakan kulit yang terjadi akibat kekurangan aliran darah dan iritasi pada kulit yang menutupi tulang yang menonjol dimana kulit tersebut mendapatkan tekanan dari tempat tidur, kursi roda, gips, pembidaian atau benda keras lainnya dalam jangka panjang (Utoyo, 2014). Kerusakan integritas kulit bukan merupakan masalah yang terjadi pada sebagian orang sehat, tetapi merupakan ancaman bagi pasien dengan keterbatasan mobilitas, penyakit kronis, trauma, dan pasien yang sedang mengalami prosedur invansif (Berman, *et al.*, 2009). Kerusakan integritas kulit terjadi akibat tekanan yang lama, iritasi kulit, atau imobilisasi, sehingga menyebabkan luka tekan (Potter & Perry, 2010).

Pananganan merupakan hal yang terpenting pada pasien yang mengalami kerusakan integritas kulit dengan cara memiringkan badan secara teratur, menjaga kulit tetap bersih agar tidak terjadi dekubitus (Gisbreng, 2008). Penanganan dekubitus bisa dilakukan dengan beberapa tindakan yaitu merubah posisi dengan tirah baring, melindungi bagian

tubuh yang tulangnya menonjol dengan bahan yang lembut, menjaga kebersihan dan kekeringan kulit, melakukan gerakan ROM, menyediakan penyangga yang nyaman dan ventilasi yang baik dan tidak membatasi gerakan (Utoyo, 2014).

Merubah posisi dengan tirah baring diartikan sebagai merubah posisi dengan miring di tempat tidur untuk jangka waktu yang lama dan di haruskan untuk beristirahat. Pada pasien stroke dengan gangguan mobilisasi, pasien hanya berbaring saja tanpa mampu untuk mengubah posisi karena keterbatasan tersebut. Tindakan pencegahan dekubitus harus dilakukan sedini mungkin dan terus menerus, sebab pada pasien stroke dengan gangguan mobilisasi yang mengalami tirah baring ditempat tidur dalam waktu yang cukup lama tanpa mampu untuk merubah posisi akan berisiko tinggi terjadinya dekubitus. Gangguan mobilisasi adalah faktor yang paling signifikan untuk menyebabkan gangguan integritas kulit sehingga menyebabkan dekubitus (Ginsbrengr, 2008).

Penelitian yang dilakukan Sari (2007), terjadinya dekubitus pada posisi tubuh lateral dengan sudut maksimum 30 derajat juga akan mencegah kulit dari pergesekan (*friction*) dan perobekan jaringan (*shear*). Pergesekan akan mengakibatkan abrasi dan merusak permukaan epidermis kulit, sedangkan perobekan jaringan bisa mengakibatkan kerusakan pada jaringan kulit bagian dalam, seperti otot. Merubah posisi adalah perubahan posisi secara berkala setiap jam yaitu mulai jam 08.00-10.00 WIB pasien dimiringkan ke arah kanan, kemudian jam 10.00-12.00 WIB pasien ditelentangkan, kemudian jam 12.00-14.00 WIB pasien dimiringkan ke arah kiri, dan seterusnya seperti itu (Huda, 2012).

Dengan angka kejadian stroke yang setiap tahun meningkat diberbagai daerah, penulis tertarik melakukan studi kasus kerusakan integritas kulit/dekubitus pada pasien stroke, dengan melakukan tindakan atau studi kasus dengan cara tirah baring untuk menanggulangi pasien stroke terhadap resiko terjadinya dekubitus.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian data latar belakang dapat dirumuskan masalah “bagaimanakan gambaran asuhan keperawatan pasien stroke dengan gangguan integritas kulit sehingga terjadinya dekubitus?”

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Memberikan gambaran dalam memberikan asuhan keperawatan dengan masalah gangguan integritas kulit pada pasien Stroke Non Hemoragik.

1.3.1 Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan gangguan integritas kulit pada pasien dengan SNH.
- b. Mampu menganalisa masalah keperawatan dan menyusun diagnosa prioritas pada pasien dengan gangguan integritas kulit dengan pasien SNH.
- c. Mampu menyusun perencanaan keperawatan pada pasien dengan gangguan integritas kulit pada pasien dengan SNH.
- d. Mampu melakukan implementasi keperawatan pada pasien dengan gangguan integritas kulit pada pasien dengan SNH.
- e. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan gangguan integritas kulit pada pasien dengan SNH.
- f. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan integritas kulit pada pasien dengan SNH.

1.4 Manfaat Penulisan

Studi kasus ini, diharapkan memberikan manfaat bagi :

1.4.1 Pendidikan Keperawatan dan Masyarakat

Meningkatkan pengetahuan kesehatan masyarakat khususnya petugas kesehatan tentang perawatan pasien dengan metode tirah

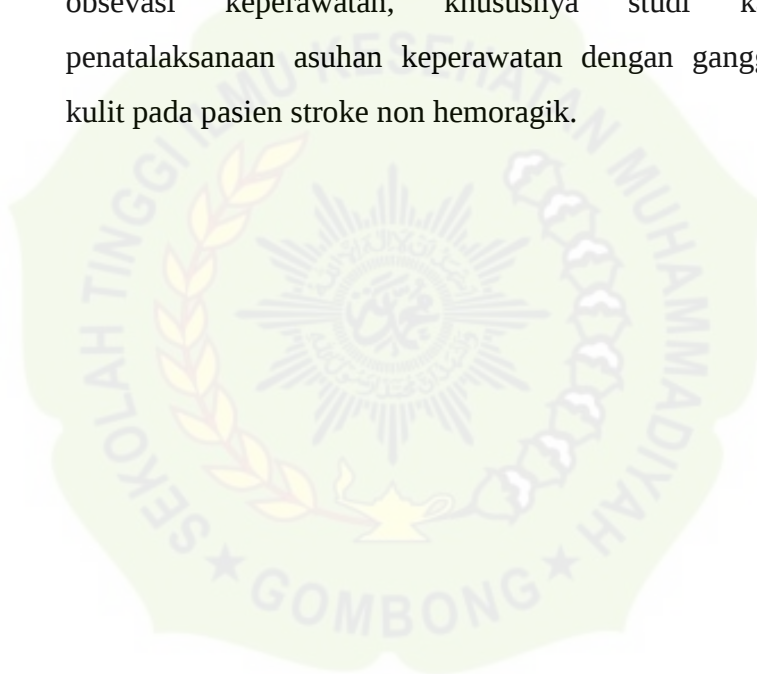
baring/merubah posisi pada pasien stroke yang mengalami gangguan imobilisasi, sehingga mengurangi angka risiko dekubitus setiap tahunnya.

1.4.2 Pelayanan Kesehatan

Sebagai referensi dalam memberikan asuhan keperawatan pada kasus SNH dengan gangguan integritas kulit sehingga dapat mengurangi angka resiko dekubitus.

1.4.3 Pembaca

Memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan hasil obsevasi keperawatan, khususnya studi kasus tentang penatalaksanaan asuhan keperawatan dengan gangguan integritas kulit pada pasien stroke non hemoragik.

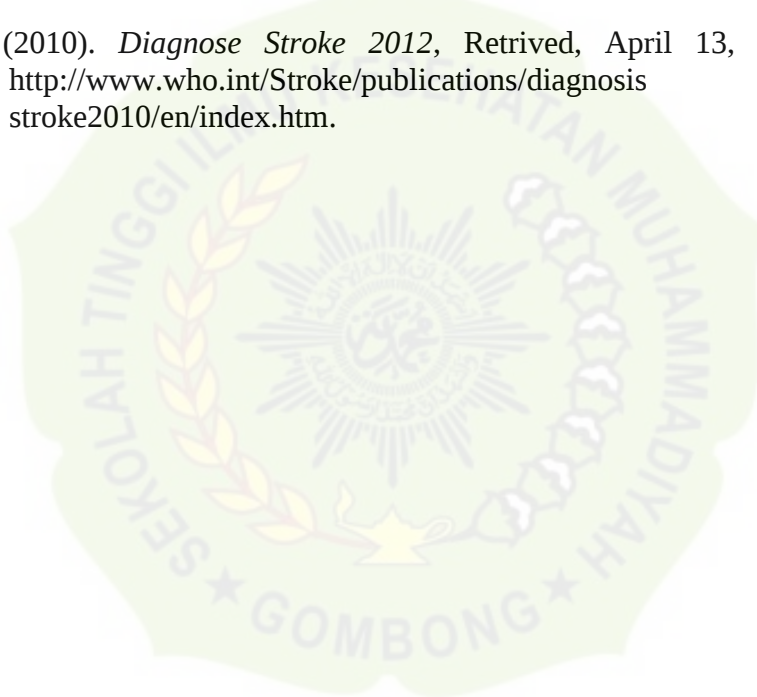


DAFTAR PUSTAKA

- Aini, F. (2013). *Pengaruh Alih Baring Terhadap Kejadian Dekubitus Pada Pasien Stroke Yang Mengalami Hemiparesis di Ruang Yudistira di RSUD Kota Semarang*.
<http://perpusnwu.web.id/karyailmiah/documents/3440.pdf> diakses pada tanggal 6 April 2014.
- Ariani, T. A. (2012). *Sistem Neurobehaviour*. Jakarta: Salemba Medika.
- Asmadi. (2008). *Teknik Prosedural Keperawatan: Konsep dan aplikasi kebutuhan dasar klien*. Jakarta: Salemba Medika.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS), (2013). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: (2013) <http://www.litbang.depkes.go.id/sites/download/rkd2013> Diakses Minggu 29 Juni 2015.
- Breman, A. (2009). *Buku ajar praktik keperawatan klinis*. Edisi 5. Jakarta: EGC
- Brouns R, De Deyn P. P. (2009). The complexity of neuobiological processes in acute ischemic stroke. *Clin Neurol Neurosurg* 111:438-95.
- Carpenito, L. J. (2010). *Buku Saku Diagnosa Keperawatan, Edisi 8*. Jakarta: EGC
- Corwin, E. J. (2009). *Buku Saku Patofisiologi*. Jakarta: EGC
- Dinarti, dkk. (2009). *Dokumentasi Keperawatan*: Trans Info Media.
- Dinas Kesehatan Jawa Tengah, (2012). *Table Profil Dinas Kesehatan Jawa Tengah*: (2012). <http://www.dinkesjatengprov.go.id> Diakses Rabu 1 Juli 2015.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen. (2012). *Table Profil 2012 – Dinkes Kebumen*. <http://dinkeskebumen.files.wordpress.com/2013/05/profil-kesehatan-tahun-2012.pdf> Diakses 12 Juli 2015.
- Elysabeth, D. (2010). *Pengaruh posisi miring 30 derajat terhadap kejadian luka tekan grade I (non blanchable erythema) pada pasien stroke di Siloam Hospitals*. <http://www.lontar.ui.ac.id/file?file=pdf/abstrak-20282630.pdf> diakses pada tanggal 4 April 2014.
- Farida, I., & Amalia, N. (2009), *Mengantisipasi Stroke*, Buku Biru. Jogjakarta.
- Ginsbeng, L. (2008). *Lecture Notes Neurologi*, Jakarta: penerbit Erlangga.
- Herdman, T. (2014). *Diagnosis Keperawatan Defenisi dan Klasifikasi 2012-2014*. Penerbit Buku Kedokteran. Jakarta: EGC

- Huda, N. (2012). Pengaruh Posisi Miring Untuk Mengurangi Luka Tekan Pada Pasien Dengan Gangguan Persyarafan. *Jurnal keperawatan*.
- Hutahaean, S. (2010). *Konsep dan Dokumentasi Proses Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Junaidi. (2007). “*Stroke A – Z*”. Jakarta: PT Bhuana Ilmu Populer. Kelompok Gramedia.
- NANDA Internasional. (2015). *Diagnosa Keperawatan 2015-2017*. Jakarta: EGC
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu keperawatan*. Jakarta: Raneka Cipta.
- Nursalam. (2011). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan: Konsep dan Praktik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Notoajmodjo, S. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta :Rineka Cipta.
- Misbach J. (2007). *Stroke Aspek Diagnosis Patofisiologi Dan Managemen*. Jakarta: FKUI
- Muttaqin, A. (2011). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Muwarni. (2009). *Ketrampilan Dasar Praktek Klinik Keperawatan*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Potter & Perry. (2006). *Buku Ajar Fundamental Of Nursing : Consept, Proses and Prantice* (4 ed). Jakarta: EGC
- Potter, P.A., & Perry,Va.G., (2010). *Fundamental keperawatan*. Edisi 7. Jakarta: Salemba Medika.
- Pudiastuti, R. (2011). *Penyakit Pemicu Stroke*. Yogyakarta: NuhaMedika.
- Pupung. (2010). *Efek Messase pada Peredaran Darah, Lympa, Kulit dan Jaringan Otot*. Jakarta: Salemba Medika
- Rohmah, N., & Walid, S. (2012), *Proses Keperawatan Teori dan Aplikasi*, Ar – Ruzz Media, Jogjakarta.
- Sari, Y. (2007). *Luka Tekan: Penyebab dan Pencegahan*. Retrieved from www.ppni.com February 4, 2010

- Sumardino, L., & S. Widodo. (2007). Evaluation of Effectiveness: *Braden Scale, Norton Scale and Waterlow Scale to Identity The Risk of Pressure Ulcer in The Hospital of Prof. Dr. Soeharso. Motorik Journal of Health Sciences* vol.2No. 3. ISSN 1907-128X.
- Tarihoran, E. (2010). *pengaruh posisi miring 30 derajat terhadap kejadian luka tekan grade I pada pasien stroke di RS Siloam Jakarta. thesis: FKUI*
- Utoyo, B. (2014). *Dekubitus Pada Pasien Stroke dalam Buletin Kesehatan No.1 September 2014*. Kebumen: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong (hlm 9-15).
- Wilkinson, J. M., & Ahern, N. R. (2011). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & Nanda Nic Nic*. Jakarta: EGC
- WHO. (2010). *Diagnose Stroke 2012*, Retrived, April 13, 2013, From : http://www.who.int/Stroke/publications/diagnosis_stroke2010/en/index.htm.





PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKES MUHAMMADIYAH GOMBONG

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : ROFIK ABI KURNIAWAN
NIM : A01401997
NAMA PEMBIMBING : BARKAH WALADANI, M.Kep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	Rabu, 24/5 - 2017	- penentuan topik dengan lokasi - penyusunan BAB I	
2	Sabtu, 27/5 - 2017	- BAB I : sistematika penulisan, pengelompokan isi paragraf, justifikasi penerapan tindakan yang akan dilakukan	
3	Senin, 29/5 - 2017	- BAB II : tambahkan jurnal penelitian di dalam pemaparan pemilihan intervensi yang mengarah ke akupunktur	
4	Jabab, 3/6 - 2017	- BAB II : tambahkan kriteria inklusi & eksklusi, penentuan rancangan	
5	Selasa, 6/6 - 2017	- BAB II : referensi etika penelitian	
6	Jum'at, 9/6 - 2017	- daftar pustaka sesuaikan dengan penulisan - finishing : lengkapi lampiran	
7	Sabtu, 10/6 - 2017	- acc sidang proposal KTI study case	
8			
9			
10			

Mengetahui
Ketua Program Studi

PROGRAM STUDI
DIII KEPERAWATAN

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama mahasiswa : ROFIK ABI KURNIAWAN
NIM : A01401997
Prodi : DIII KEPERAWATAN

NO.	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	23 Juli 2017	- dokumentasi askep - BAB II asuhan kep. dibuat narasi	
2.	26 Juli 2017	- BAB IV pembahasan per diagnosis & fokus ttd intervensi yg diambil	
3.	27 Juli 2017	- BAB V kesimpulan sesuai dg tujuan, uraian dg manfaat	
4.	31 Juli 2017	- BAB VI bentuk proposal disertai karena sudah baik	
5.	3 Agustus 2017	- abstrak dan kelengkapan lampiran	
6.	15 Agustus 2017	- Pembahasan ditambah menurut teori dan tabel	
7.	19 Agustus 2017	- Menambahkan kepe di pembahasan	



Mengetahui

Ketua Prodi DIII Keperawatan

Nurhala, S. Kep. Ns. M. Kep

**PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN
(PSP)**

1. Kami adalah Peneliti berasal dari STIKES Muhammadiyah Gombong, Program Studi DIII Keperawatan dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Non Hemoragik (SNH) dengan Kerusakan Integritas Kulit; Tirah Baring di Ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Gombong".
2. Tujuan dari penelitian ini adalah menggambarkan asuhan keperawatan pasien Stroke Non Hemoragik (SNH) dengan kerusakan integritas kulit: Tirah Baring yang dapat memberi manfaat yaitu meningkatkan pengetahuan, pemahaman masyarakat dalam menangani masalah kerusakan integritas kulit; Tirah Baring pada pasien dengan stroke non hemoragik (SNH). Penelitian ini akan berlangsung selama 3 hari.
3. Prosedur pengambilan bahan data dengan cara wawancara terpimpin menggunakan pedoman wawancara yang akan berlangsung 15-20 menit. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi anda tidak perlu khawatir karena untuk kepentingan pengembangan asuhan atau pelayanan keperawatan.
4. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertakan pada penelitian ini adalah anda turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan atau tindakan yang diberikan.
5. Nama jati diri anda seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap dirahasiakan.
6. Jika saudara membutuhkan informasi sehubungan dengan penelitian ini, silahkan menghubungi pada nomor Hp: 089525553327.

Peneliti



Rofik Abi Kurniawan

INFORMED CONSENT
(Persetujuan Menjadi Partisipan)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh Rofik Abi Kurniawan dengan judul "Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Non Hemoragik (SNH) dengan Kerusakan Integritas Kulit; Tirah Baring di Ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Gombong".

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Kamis, 06 Juli 2017
Yang memberikan persetujuan

Saksi


.....


.....

Peneliti


(Rofik Abi Kurniawan)
.....



SKALA PENGUKURAN LUKA TEKAN

DESIGN : Pengkajian untuk keparahan luka tekan (*Courtesy of Japanese Pressure Ulcer Society*)

Nama Pasien :		Tanggal 06 - 07 - 2017	tanggal 07 - 07 - 2017	Tanggal 08 - 07 - 2017
Depth (kedalaman luka) d : hilangnya sebagian lapisan kulit (sampai ke dermis)	D : hilangnya seluruh lapisan kulit (dari lapisan subkutan ke bawah)	1	1	0
Exudate (eksudat) : lapisan dari pergantian balutan e : paling sedikit satu kali setiap hari	E : lebih dari dua kali sehari	0	0	0
Size : ukuran luka s : kurang dari 100 cm ²	S : 100 cm ² atau lebih	2	1	0
Infection i : tidak ada tanda dari infeksi lokal	I : ada tanda dari infeksi lokal	1	1	0
Jaringan granulasi : persentasi jaringan yang sehat g : 50% atau lebih	G : kurang dari 50%	0	0	0
Jaringan nekrotik n : tidak ada	N : jaringan nekrotik ada	0	0	0
Pocket : ada tidaknya pocket (kantong luka)	P : ada pocket (kantong luka)	2	1	0
Region : sacrum, isium, trochanter, tumit, atau regio yang lain.....	Total	6	4	0

Keterangan :

Deph (kedalaman luka)					
d	0	Tidak ada lesi dan kemerahan pada kulit	D	3	Lesi sampai lapisan subkutan
	1	Kemerahan yang menetap		4	Lesi sampai pada tendon, otot, atau tulang
	2	Lesi pada lapisan dermis		5	Lesi sampai pada kravitas, atau sangat sulit diukur kedalamannya
Exudate (eksudat)					
e	0	Tidak ada eksudat	E	3	Banyak memerlukan pergantian balutan setiap hari
	1	Ringan : tidak memerlukan pergantian balutan setiap hari			
	2	Menengah : memerlukan balutan setiap hari			

Size (ukuran luka)					
s	0	Tidak ada	S	6	100 cm ² atau lebih besar
	1	Lebih kecil dari 4 cm ²			
	2	4 cm ² atau lebih besar, namun lebih kecil dari 6 cm ²			
	3	16 cm ² atau lebih tetapi lebih kecil dari 36 cm ²			
	4	36 cm ² atau lebih, tetapi lebih kecil dari pada 64 cm ²			
	5	64 cm ² atau lebih, tetapi lebih kecil dari 100 cm ²			
Infection/inflamation (infeksi/inflamasi)					
i	0	Tidak ada infeksi	I	2	Tanda-tanda yang jelas dari infeksi lokal (contoh : inflamasi, push, dan berbau)
	1	Ada tanda-tanda dari inflamasi (demam, kemerahan, pembengkakan, dan nyeri sekitar luka)		3	Adanya pengaruh sistemik, seperti demam
Granulation tissue (jaringan granulasi)					
g	0	Jaringan granulasi tidak dapat dikaji karena luka sembuh atau terlalu dangkal	G	3	10% atau lebih (namun kurang dari 50%) dari luka telah terisi oleh jaringan granulasi
	1	90% dari luka telah diisi oleh jaringan granulasi		4	Kurang dari 10% dari luka tertutup oleh jaringan granulasi
	2	50% atau lebih (namun kurang dari 90%) dari luka telah terisi jaringan granulasi		5	Tidak ada jaringan granulasi
n	0	Tidak ada	N	1	Ada jaringan nekrotik yang lembut
				2	Terdapat jaringan nekrotik yang keras dan tebal melekat pada luka
Pocket undermining (kantong luka)					
			+P	1	Lebih kecil dari 4 cm ²
				2	4 cm ² atau lebih, tetapi lebih kecil dari pada 16 cm ²
				3	16 cm ² atau lebih, tetapi lebih kecil dari 36 cm ²
				4	36 cm ² atau lebih

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KERUSAKAN INTEGRITAS
KULIT DENGAN PENANGANAN TIRAH BARING
DI RUANG ICU PKU MUHAMMADIYAH
GOMBONG**

I. PENGKAJIAN

1. Identitas Pasien

Nama : Tn. M
Umur : 59 Tahun
Jenis kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
BB : 60 kg
No. Rekam Medik : 326129
Tanggal Pengkajian : 06-07-2017
Diagnosa Medik : SNH

2. Riwayat penyakit

Keluhan Utama

Tidak sadar

Riwayat penyakit sekarang :

.Saat di ruang ICU pasien tampak lemah, nilai GCS E1, VT, M3. Klien terpasang ventilator dengan mode SIM V FIO2 100%, terpasang ETT dan mayo ukuran 7.0. pasien terpasang Dc dan selang NGT ukuran 16.0. Vital sign saat di ICU, TD: 122/93 mmHg, N: 141x/menit, RR: 26x/menit, S: 37° C, SpO2: 97%, pasien tampak terdapat adanya suara nafas tambahan (ronchi) serta terdapat sekret pada saluran nafas pasien.

Riwayat penyakit dahulu :

- Riwayat saat di IGD:

Pasien datang ke IGD Rumah sakit PKU Muhammadiyah Gombong pada tanggal 05-06-2017 pukul 19.00. Pasien tidak sadar sejak jam 13.00, tidak muntah, tidak pusing, sebelumnya pasien susah/tidak bisa

berjalan sejak satu bulan yang lalu, dan bicara tidak jelas sejak 3 bulan yang lalu

- Riwayat pengobatan:

Pasien memiliki riwayat pengobatan dengan cara selalu rutin kontrol ke poli saraf.

- Riwayat penyakit sebelumnya:

Pasien memiliki riwayat jatuh sejak 1 tahun yang lalu dan memiliki riwayat stroke sejak 1 tahun yang lalu dan pernah dirawat di Rumah sakit Bandung.

Riwayat penyakit keluarga :

Keluarga mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang mempunyai penyakit menurun ataupun menular lainnya.

3. Pengkajian Kritis B6

a. B1 (Breathing)

Dada simetris, tidak ada lesi terdapat peningkatan produksi sekret, suara nafas ronchi. Terpasang ventilator dengan mode SIM V FIO2 100%, Terpasang mayo ukuran 7.0 dan ETT Ukuran 7.0, bibir tampak kering.

b. B2 (Blood)

TD: 122/93 mmHg, N: 141x/menit RR: 26x/menit S: 37° C
SpO2: 97%.

c. B3 (Brain)

Keadaan umum lemah, dengan kesadaran sopor nilai GCS E1 Mt V3

d. B4 (Bowel)

Terpasang NGT ukuran 16, produksi residu sedikit keruh.

e. B5 (Bladder)

Pasien terpasang Dc ukuran 16, produksi urine 600/12 jam, berwarna kuning pekat

f. B6 (Bone)

Pasien terpasang infus NaCl ditangan kiri dengan 20 tpm terpasang 1 jalur, tidak ada oedema, turgor kulit tampak jelek dan kulit tampak

kering, di area punggung tampak lembab, dan di area bokong terdapat kemerahan.

4. Pola fungsional

1. pola oksigenasi

sebelum sakit : keluarga mengatakan k pasien bernafas dengan normal

saat dikaji : pasien tampak menggunakan alat bantu nafas ventilator dengan mode SIM V F102 100%

2. Pola nutrisi

sebelum sakit : keluarga mengatakan pasien makan 3x sehari dan minum jika haus

Saat dikaji : pasien tampak memakai alat bantu untuk makan yaitu selang NGT ukuran 7.0 dengan diit susu dengan kebutuhan 3x150cc/hari

3. Pola kebutuhan istirahat dan tidur

sebelum sakit : keluarga mengatakan pasien dapat tidur dan beristirahat dengan nyenyak

saat dikaji : pasien tampak tidur dan belum sadar

4. Pola eliminasi

sebelum sakit : keluarga mengatakan pasien BAK 5-7 x/hari dan BAK 1 x/hari

Saat dikaji : pasien tampak terpasang DC kateter ukurang 7.0 dan belum BAB

5. Pola aktivitas

sebelum sakit : keluarga mengatakan pasien dapat beraktivitas secara mandiri

saat dikaji : pasien tampak semua aktivitas dibantu oleh perawat dan keluarga saat dijenguk.

6. Pola berpakaian

- sebelum sakit : keluarga mengatakan pasien dapat berpakaian secara mandiri
- saat dikaji : pasien tampak dibantu saat berpakaian oleh perawat

7. Pola menjaga suhu tubuh

- Sebelum sakit : keluarga mengatakan pasien jika merasa dingin menggunakan selimut/ pakaian tebal serta minum air hangat, jika panas memakai pakaian tipis dan menggunakan kipas angin
- Saat dikaji : pasien tampak memakai selimut dan suhu pasien 37°C

8. Pola personal hygiene

- Sebelum sakit : keluarga mengatakan pasien biasanya mandi 2x sehari dengan mandiri
- Saat dikaji : pasien tampak diseka pagi dan sore oleh perawat

9. Pola Aman dan nyaman

- Sebelum sakit : keluarga mengatakan pasien lebih nyaman saat berkumpul dengan keluarga
- Saat dikaji : pasien tampak tidak sadar

10. Pola komunikasi

- Sebelum sakit : keluarga mengatakan pasien sejak 3 bulan yang lalu bicara tidak jelas
- Saat dikaji : pasien tampak tidak sadar

11. Pola rekreasi

- Sebelum sakit : keluarga mengatakan pasien pernah rekreasi setahun sekali dengan keluarganya
- Saat dikaji : pasien tampak tidak sadar

12. Pola kebutuhan bekerja

- Sebelum sakit : keluarga mengatakan pasien bekerja seperti biasa sebagai kuli bangunan

Saat dikaji : pasien tampak tidak bisa bekerja karena sakit yang diderita

13. Pola kebutuhan belajar

Sebelum sakit : keluarga mengatakan sudah tahu tentang penyakit yang diderita pada pasien

Saat dikaji : pasien tampak tidak sadar

14. Pola spiritual

Sebelum sakit : keluarga mengatakan pasien menjalankan sholat 5 waktu

Saat dikaji : pasien tidak bisa mengerjakan sholat 5 waktu karena sakit dan belum sadar, hanya saja keluarga tampak membacakan surat suci al- qur'an saat jam besuk tiba.

5. Pemeriksaan umum

Keadaan Umum : lemah atau tidak sadar

kesadaran : sopor

TD : 122/93 mmHg

N : 141 x/menit

RR : 26 x/menit

S : 37°C

a. Pemeriksaan fisik

1) Kepala : mesocephal, tidak ada benjolan, tidak ada lesi, rambut sedikit kotor.

2) Leher : tidak ada lesi, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid

3) Mata : simetris, ukuran pupil 3mm/3mm, sklera anikterik, pupil isokor, reflek cahaya +

4) Telinga : simetris, terdapat sedikit serumen, tidak ada lesi.

5) Mulut : gigi kotor, mukosa bibir kering, terdapat bau mulut dan lidah tampak kotor dan terdapat sekret di mulut

6) Dada

Paru-paru

Inspeksi : bentuk simetris, pergerakan simetris
Palpasi : ekspansi dada simetris
Perkusi : sonor
Auskultasi : ronchi

Jantung

Inspeksi : tidak ada lesi, tidak ada ictus cordis
Palpasi : ictus cordis teraba
Perkusi : pekak
Auskultasi : terdengar bunyi lup dup di S1, S2.

Abdomen

Inspeksi : perut datar, tidak ada benjolan, tidak ada oedema
Auskultasi : bising usus 10 x/menit
palpasi : tidak ada pembesaran hepar
perkusi : timpani

7) Genetalia dan Rektum

Genetalia normal laki laki dan terpasang Dc ukuran 16

8) Ekstermitas :

- o Atas : mengalami kelemahan kekuatan otot berkurang ditangan kiri terpasang IVUD NaCl 20 tpm
- o Bawah : mengalami kelemahan, kekuatan otot berkurang. Di area bokong tampak terdapat kulit yang mengalami kemerahan

6. Data Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium

Hasil laboratorium pada tanggal 05 Juli 2017

Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
Hemoglobin	18.3	13.2 - 17.3
Leukosit	10.10	3.8 - 10.6

Hematokrit	56.7	40–52
Eritrosit	6.14	4.4 – 5.9
Trombosit	213	150- 440
MCH	29.8	26 – 34
MCHC	32.3	32- 36
MCV	92.3	80–100
Eosinofil	0,9	2.0 – 4.0
Basofil	0,1	0.0– 1.0
Netrofil	80.5	50.00– 70.00
Limfosit	13.7	25.0– 40.0
Monosit	4.8	1 – 6
FAAL GINJAL		
Ureum	55	15-39
Creatinin	0.80	0.9-1.3
GDS	99	70-105
FAAL HATI		
SGOT	25.00	0-50
SGPT	22.00	0-50
ELEKTROLIT		

Natrium	139.5	135-147
Kalium	3.96	3.5-5.0

b. Pemeriksaan ST Scan

Pada tanggal 5 Juli 2017 idapatkan hasil ST Scan :

Lesi insodens homogeny, bentuk bulat batas tegas, ukuran lk 40-58 mm dilobus temporalis dextra dx :

- Glioblastoma multiforme dengan perifocal oedema luas yang menyempitkan ventride lateralis dextra dan mendevasi midline sinistra.
- Ddx: abcess cerebri

c. Pemeriksaan Thoraks

Pada tanggal 5 Juli 2017 idapatkan hasil thorax :

- Bronchopneumonia
- Besar cor normal

d. Pemeriksaan Lain-lain

Pada tanggal 5 Juli 2017 didapatkan hasil EKG :

EKG : Sinus tachy cardia T.abnormality (hat T) right axis deviation

7. Terapi

No	Tanggal	Nama terapi	Dosis
1.	05-07-2017	NaCl 500 cc	20 tpm
2.		Ranitidine 50 mg	2x1
3.		Chiticholine 500 mg	2x500 mg
4.		Dexa 1 ampul	4x1 ampul
5.		Ceftriaxone	2x1 gr
6.		Glucon tab	3x1 tab
7.		Aspar tab	2x1 tab

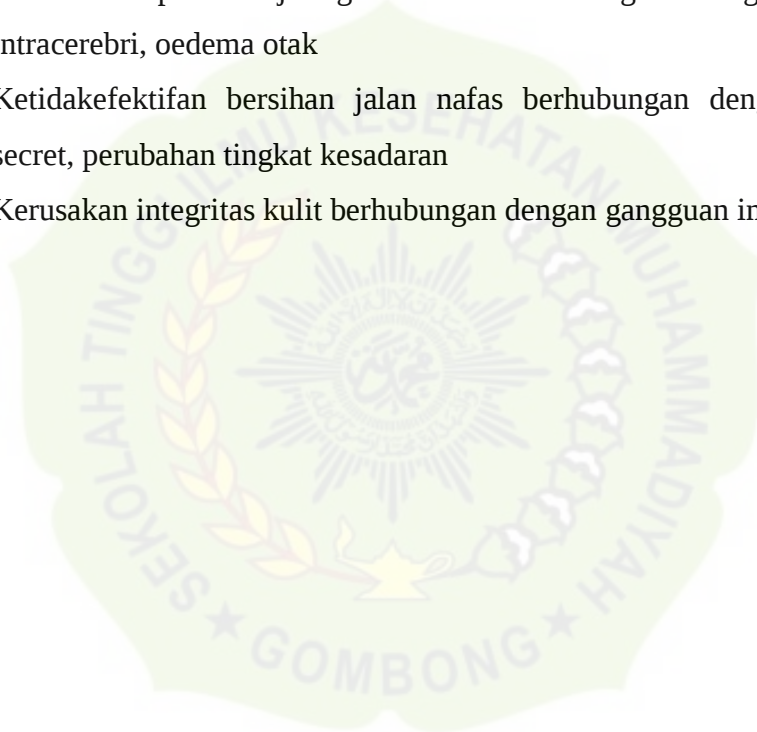
II. ANALISA DATA

No	Tanggal	Data	Etiologi	Masalah
1	06-07-17	DS : - DO : - Pasien tampak lemas dan tidak sadar, GCS E1 VT M3 - Terpasang IUVd NaCl 20 tpm ditngan kiri - ST-scan didapat adanya oedema cerebri - TD: 122/93 mmHg N : 141 x/menit RR : 26 x/menit S : 37 C SpO2 :97 % - Terpasang mayo dan ETT ukuran 7.0	Perdarahan intracerebri, oedema otak	Perubahan perfusi jaringan otak
2		DS : - DO : - Terdapat suara nafas tambahan ronchi - RR : 26 x/menit - Tampak terdapat secret yang masih produktif - Terpasang ventilator dengan mode SIM V FIO2 100% - Mukosa bibir tampak kering	Akumulasi secret, perubahan tingkat kesadaran	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
3		DS : - DO : - Pasien tampak lemah dan hanya terbaring ditempat tidur - Kulit tampak kering - Turgor kulit jelek	Gangguan imobilisasi	Kerusakan integritas kulit

		- Terdapat kemerahan pada area bokong dan area yang tertekan tampak lembab (sedikit berkeringat)		
--	--	--	--	--

III. DIAGNOSA KEPERAWATAN

- 1) Perubahan perfusi jaringan otak berhubungan dengan perubahan intracerebri, oedema otak
- 2) Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan akumulasi secret, perubahan tingkat kesadaran
- 3) Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan imobilisasi



IV. RENCANA KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1.	Perubahan perfusi jaringan otak	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan perubahan perfusi jaringan otak dapat teratasi dengan kriteria hasil : - Nilai GCS naik - Vital Sign dalam batas normal - Pupil isokor, reflek cahaya +	- Beri posisi 30 derajat tanpa bantal - Monitor tanda-tanda neurologis GCS - Monitor keadaan umum - Monitor vital sign - Beri cairan infuse dengan perhatian ketat - Beri lingkungan yang tenang dengan membatasi pengunjung - Kolaborasi medis dalam pemberian terapi
2.	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan ketidakefektifan bersihan jalan nafas dapat teratasi dengan kriteria hasil :	- Kaji keadaan nafas - Beri suction secara berkala - Atur atau ubah posisi secara teratur - Beri minum hangat jika memungkinkan - Beri perawatan mulut yang baik agar bersih

		- Frekuensi nafas normal - Tidak terdapat suara nafas tambahan - Menunjukkan jalan nafas yang paten - Produktifitas secret berkurang	- Auskultasi suara nafas - Monitor status O2 - Posisikan 30 derajat untuk memaksimalkan ventilasi - Monitor Respirasi dan SpO2
3.	Kerusakan integritas kulit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan kerusakan integritas kulit dapat teratasi dengan kriteria hasil : - Tidak ada tanda-tanda kemerahan atau dekubitus - Turgor kulit membaik - Perfusi jaringan kulit baik - Menunjukkan proses perbaikan kulit	- Ubah posisi setiap 2 jam (miring kanan dan kiri) - Beri kasus dekubitus - Lakukan massage pada daerah menonjol yang baru mengalami tekanan - Observasi turgor kulit - Jaga kebersihan kulit dan hindari trauma panas pada kulit - Monitor status nutrisi - Lakukan ROM

V. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tanggal/Dx	Implementasi	Respon	TTD
06-07-17 / 09.30	- Memonitor vital sign	- TD: 105/90 mmHg, N : 130 x/menit, RR : 26 x/menit, S : 37 C, SpO2 :97 %	
09.40	- Memonitor KU dan tanda-tanda neurologis GCS	- Pasien tampak lemah dengan kesadaran sapor dan nilai GCS E1, VT, M3	
10.00	- Memasukan terapi dexta 1 ampul	- Terapi obat dexta masuk 1 ampul melalui IV bolus	
10.10	- Mengkaji keadaan kulit	- Kulit tampak kering, turgor kulit jelek, dan terdapat kemerahan diareka bokong serta lembab diareka kulit yang tertekan	
10.30	- Memonitor Respirasi dan SpO2	- RR : 26 x/menit SpO2 : 97%	
11.00	- Mengubah posisi miring kanan dan kiri serta melakukan massage	- Pasien tampak permukaan kulit yang tertekan basah dan terdapat kemerahan pada area bokong.	
13.00	- Memberikan suction secara berkala	- Pasien tampak secret masih produktif, dan masih terdengar suara ronchi,terpasang Mayo da ETT ukuran 7.0	

07-07-17 08.00	- Merubah posisi setiap 2 jam sekali (miring kanan dadn kiri) dan melakukan messase	- Pasien tampak kulitnya masih kemerahan pada area bokong dan kemerahan sedikit berkurang.	
08.15	- Memonitor tanda-tanda neurologis GCS	- Pasien tampak lemah dan kesadaran masih sopor dengan nilai GCS E3, VT, M3	
08.30	- Monitor vital sign	- TD: 100/90 mmHg, N : 110 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 37 C, SpO2 :98 %	
09.00	- Memberikan nutrisi melalui selang NGT 150cc dan member terapi obat Glucon dan aspar	- Sonde masuk 150 cc dan obat glucon dan aspar masuk melalui selang NGT	
09.20	- Mengkaji keadaan nafas dan suara nafas tambahan	- Keadaan nafas cukup baik, SpO2 98% dan masih terdapat suara ronchi	
09.40	- Melakukan suction secara berkala	- Secret tampak masih keluar, dan klien saat dilakukan suction tampak menggigit selang untuk suction, suara ronchi masih terdengar	
10.00	- Memberikan terapi obat injeksi dexta 1 ampul	- Terapi obat dexta masuk melalui IV bolus	
10.30	- Memberikan kasur dekubitus	- Kasur dekubitus terpasang	
11.00	- Mengobservasi turgor kulit	- Turgor kulit sedikit membaik dan masih ada kemerahan pada kulit diarea bokong.	
11.05	- Memberikan weaning dan T-piece 10 tpm dan melepas Mayo serta ventilator dan observasi keadaan pasien	- Pasien tampak mampu bernafas tanpa bantuan ventilator, mayo dilepas dan SpO2 98%, kondisi pasien tampak sedikit membaik	
14.00	- Memonitor turgor kulit, respirasi dan SpO2	- Turgor kulit tampak membaik, kulit tampak kering, masih ada sedikit kemerahan. RR: 18x/menit SpO2 98% N: 90x/menit.	

08-07-17 08.00	- Merubah posisi setiap 2 jam dan melakukan mesasse	- Kulit pasien tampak bagus, kemerahan diarea bokong hilang	
08.20	- Memonitor tanda-tanda neurologis GCS	- Pasien tampak kesadaran somnolen dengan nilai GCS E3, V2, M3	
08.30	- Memonitor Vital Sign	- TD: 116/62 mmHg, N : 100 x/menit, RR : 19 x/menit, S : 37 C, SpO2 :98 %	
09.00	- Memberikan nutrisi melalui selang NGT 150 cc	- Sonde masuk 150 cc melalui selang NGT	
10.00	- Memberikan terapi obat dexta 1 ampul	- Terapi obat dexta 1 ampul masuk melalui IV bolus	
10.20	- Melakukan suction secara berkala	- Secret masih ada tetapi sedikit, suara ronchi tidak ada	
10.35	- Melepas ET dan mengganti dengan NRM 10 lpm serta mengobservasi pasien	- ETT terlepas dan pasien mampu bernafas dengan baik tanpa bantuan ET, dan menggunakan NRM 10 lpm, pasien SpO2 tetap 98%	
11.00	- Memonitor Respirasi dan SpO2	- RR : 18x/menit, SpO2 98%	
13.00	- Mmberi terapi obat glucon 1 tab	- Terapi obat glucon masuk melalui selang NGT	
13.30	- Mengobservasi turgor kulit dan vital sign	- Turgor kulit tampak baik, dan kemerahan pada area bokong hilang TD: 110/70 mmHg, N : 96 x/menit, RR : 18 x/menit, S : 37 C, SpO2 :98 %	

VI. EVALUASI

Tanggal	Dx. Kep	SOAP
06-07-17	1	S :- O :- KU lemah, kesadaran spoor nilai GCS E1, VT, M3 - Masih terpasang ventilator dengan mode SIM V F1O2 100% - TD: 105/90 mmHg, N : 130 x/menit, RR : 26 x/menit, S : 37 C, SpO2 :97 % - Mukosa bibir tampak kering A : masalah keperawatan gangguan perfusi jaringan otak belum teratasi P : lanjutkan intervensi - Management airway - Monitor KU dan hemodinamik
	2	S :- O :- Terpasang ventilator dengan mode SIM V F1O2 100% - Terdapat suara nafas tambahan (ronchi) - RR : 26 x/menit - Jumlah sputum masih banyak dan prokduktif A : masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas belum teratasi P : lanjutkan intervensi - Observasi respirasi dan SpO2

	3	- Observasi secret dan suara nafas tambahan S :- O :- Turgor kulit tampak jelek, terdapat kemerahan pada area bokong - Kulit tampak sedikit kotor - Kulit pasien tampak mengeluarkan sedikit keringan pada area yang tertekan A : masalah keperawatan kerusakan integritas kulit belum teratasi P : lanjutkan intervensi - Ubah posisi miring kanan kiri setiap 2 jam sekali dan lakukan messase - Jaga kebersihan kulit pasien - Observasi turgor kulit dan tanda-tanda dekubitus
07-07-17	1	S :- O :- KU lemah, kesadaran sopor nilai GCS E2, VT, M3 - Ventilator dilepas dan diganti dengan weaning dan T- piece 10 lpm - TD: 100/90 mmHg, N : 110 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 37 C, SpO2 :98 % - Mukosa bibir tampak kering A : masalah keperawatan gangguan perfusi jaringan otak teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi

	2	- Management airway - Monitor KU dan hemodinamik S :- O :- Ventilator tampak dilepas dan weaning (T-piece) 10 lpm - Terdapat suara nafas tambahan (ronchi) masih sedikit terdengar - RR : 20 x/menit - Jumlah sputum tampak berkurang dan masih terpasang ET ukuran 7.0 A : masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi - Observasi respirasi dan SpO2 - Observasi secret dan suara nafas tambahan
	3	S :- O :- Turgor kulit tampak membaik, kemerahan pada area bokong sedikit berkurang - Kulit tampak bersih - Kulit pasien tampak kering A : masalah keperawatan kerusakan integritas kulit teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi

		- Ubah posisi miring kanan kiri setiap 2 jam sekali dan lakukan massage - Jaga kebersihan kulit pasien - Observasi turgor kulit dan tanda-tanda dekubitus
08-07-17	1	S :- O :- KU lemah, kesadaran somnolen nilai GCS E3, V2, M3 - ET dilepas dan diganti menggunakan NRM 10 lpm - TD: 100/90 mmHg, N : 110 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 37 C, SpO2 :98 % - Mukosa bibir tampak sedikit kering dan bersih A : masalah keperawatan gangguan perfusi jaringan otak teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi - Management airway - Monitor KU dan hemodinamik
	2	S :- O :- ETT tampak dilepas dan diganti dengan NRM 10 lpm - Suara nafas tambahan (ronchi) hilang - RR : 19 x/menit Spo2 98% - Jumlah sputum tampak berkurang A : masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas teratasi

	3	P : pertahankan intervensi - Observasi respirasi dan SpO2 - Observasi secret dan suara nafas tambahan S : - O : - Turgor kulit baik, kemerahan pada area bokong hilang - Kulit tampak bersih - Kulit pasien tampak kering A : masalah keperawatan kerusakan integritas kulit teratasi s P : pertahankan intervensi - Ubah posisi miring kanan kiri setiap 2 jam sekali dan lakukan massage - Jaga kebersihan kulit pasien - Observasi turgor kulit dan tanda-tanda dekubitus - Pindah ruangan ke ruang barokah
--	---	--

