

IMPLEMENTASI POSISI MIRING KANAN DAN MIRING KIRI UNTUK MENCEGAH DEKUBITUS PADA PASIEN STROKE HEMORAGIK DI RUMAH SAKIT VITA INSANI PEMATANGSIANTAR

Anggi Ayu Sahputri¹, Norong Perangin-Angin²
anggiayusahputri17@gmail.com¹, noper.rimo@gmail.com²
Akademi Keperawatan Kesdam I/BB Pematang Siantar

ABSTRAK

Pendahuluan : Stroke hemoragik merupakan perdarahan di jaringan otak yang menyebabkan darah masuk ke parenkim otak. Menurut World Stroke Organization (2019), sebanyak 3,927 miliar dari total kematian akibat stroke disebabkan oleh stroke hemoragik. Kondisi ini menyebabkan penurunan kesadaran dan tirah baring berkepanjangan, yang meningkatkan risiko luka tekan (dekubitus). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui keefektifan pemberian posisi miring kanan dan miring kiri dalam mencegah dekubitus. Metode: Jenis penelitian yang digunakan yaitu kuantitatif dengan desain penelitian deskriptif melalui pendekatan study kasus. Sampel penelitian sebanyak 2 orang yang menderita stroke hemoragik Hasil: Setelah dilakukan perubahan posisi miring kanan dan kiri secara rutin, didapatkan hasil bahwa suhu dan kelembapan kulit punggung pasien membaik, serta perubahan warna kulit menunjukkan perbaikan sebagian. Kesimpulan: Implementasi posisi miring kanan dan kiri secara rutin efektif dalam mencegah terjadinya dekubitus pada pasien stroke hemoragik. Saran: diharapkan bagi perawat ruangan menerapkan intervensi posisi miring setiap hari guna menurunkan risiko terjadinya dekubitus.

Kata Kunci: Posisi Miring, Dekubitus, Stroke Hemoragik.

PENDAHULUAN

Pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas hanya dapat berbaring tanpa bisa mengubah posisi karena keterbatasan gerak yang mengalami tirah baring ditempat tidur dalam waktu yang cukup lama tanpa merubah posisi gerak. Kondisi yang sering muncul akibat mobilisasi dalam kurun waktu yang lama, tanpa perubahan posisi inilah yang menyebabkan pasien stroke beresiko terjadinya dekubitus (luka tekan) (Prabawa & Rahmanti, 2019). Stroke dikategorikan menjadi dua bagian yaitu stroke hemoragik dan stroke iskemik, stroke juga dibagi menjadi dua tipe yaitu perdarahan intarcerebral yang lebih sering disebabkan oleh hipertensi dan perdarahan subarachnoid lebih sering akibat pecahnya aneurisma atau benjolan pembuluh darah yang diakibatkan melemahnya pembuluh darah, stroke hemoragik dengan serangan mendadak dapat menimbulkan gejala sebagai berikut yaitu kelumpuhan pada sisi wajah atau anggota badan, bicara tidak jelas dan tidak lancar, perubahan pada kesadaran dan fungsi kognitif (Kholifah at al., 2022). Menurut World Stroke Organization (2019) melaporkan sebanyak 51% atau 3,927 miliar dari keseluruhan kemaatian akibat stroke dan disebabkan oleh stroke hemoragik. Menurut World Health Organization (2022), secara global jumlah penderita stroke sebanyak 12,2 juta orang, atau satu dari emp 12 orang di atas usia 25 tahun akan mengalami stroke. Jumlah penderita stroke iskemik di dunia sebanyak 63% (7.686.000 orang) dan jumlah penderita stroke haemorrhagic di dunia sebanyak 37% (4.514.000 orang) yang dibagi menjadi stroke yang disebabkan oleh perdarahan intra serebral sebanyak 3.250.080 orang dan stroke yang disebabkan oleh perdarahan sub arachnoid sebanyak 1.263.920 orang (World Health Organization 2022).

Berdasarkan Negara berkembang di Amerika Serikat penderita Stroke pada tahun

2021 sebanyak 795.000, diantaranya 87% diakibatkan karena stroke iskemik (691.650) dan 13% diakibatkan karena stroke haemoragik (103.350). Terdapat sebanyak 610.000 orang merupakan serangan stroke pertama/baru dan 185.000 orang merupakan stroke berulang. Stroke mengakibatkan kecacatan jangka panjang yang serius dan mmengurangi mobilitas pada lebih dari separuh penderita stroke yang berusia 65 tahun keatas (CDC, 2021)

Berdasarkan data rekam medis yang penulis peroleh di Rumah Sakit Vita Insani Pematang Siantar, jumlah penderita stroke hemoragik dari tahun 2022 hingga 2024 tercatat sebanyak 147 orang, dengan Rincian sebagai berikut: pada tahun 2022 terdapat 53 orang penderita stroke hemoragik, pada tahun 2023 menurun menjadi 41 orang, dan pada tahun 2024 kembali meningkat menjadi 53 orang, data 3 bulan terakhir dari bulan oktober sampai dengan desember jumlah penderita stroke hemoragik sebanyak 13 orang. Hasil wawancara yang penulis lakukan kepada kepala ruangan icu rumah 4 sakit vita insani pematang siantar, mengatakan bahwasannya mereka telah menetapkan posisi miring kanan dan miring kiri, namun tidak per 2 jam sekali sehingga hal ini yang dapat mengakibatkan beberapa pasien mengalami luka dekubitus. Dekubitus adalah kondisi di mana terjadi kerusakan atau kematian jaringan kulit hingga jaringan di bawahnya, bahkan bisa sampai ke otot dan tulang, yang disebabkan oleh tekanan terus-menerus pada satu area tubuh. Tekanan tersebut menghambat sirkulasi darah pada area yang tertekan, menyebabkan jaringan tidak mendapatkan oksigen dan nutrisi yang cukup, hingga akhirnya menimbulkan luka. Dekubitus biasanya muncul dalam bentuk luka kronis pada bagian tubuh yang menopang berat saat berbaring, seperti punggung, bokong, tumit, dan siku. Kondisi ini sering terjadi pada pasien yang tidak dapat bergerak secara mandiri, seperti pasien stroke di ruang perawatan intensif (Rokhman et al., 2020). Luka dekubitus tidak hanya memperlambat proses penyembuhan, tetapi juga menyebabkan nyeri berkepanjangan dan rasa tidak nyaman yang mengganggu kualitas hidup pasien.

Melihat kondisi tersebut, penulis tertarik untuk menerapkan intervensi berupa terapi perubahan posisi setiap dua jam sekali, dengan harapan dapat mengurangi risiko terjadinya dekubitus, memperlancar sirkulasi darah, dan meningkatkan kenyamanan pasien selama menjalani perawatan (Rokhman et al., 2020). Berdasarkan Negara maju pasien yang mengalami ulkus dekubitus sekitar 110 juta pasien, biasanya dalam dua minggu pertama perawatan luka 5 dekubitus pada derajat II lebih sering terjadi pada pasien rawat inap dengan kisaran 30 hingga 110 juta pasien. Selama perawatan dirumah sakit pada pasien baru sekitar 10 hingga 30 juta pasien mengalami luka dekubitus dan pada pasien yang berbaring atau duduk selama satu minggu maka jumlah kasus pada luka dekuitus tingkat II lebih meningkat hingga 280 juta, namun pada pasien baru terdapat 10 hingga 300 juta pasien yang mengalami luka dekubitus (Natalia., 2019). Berdasarkan negara maju pasien yang mengalami ulkus dekubitus sekitar 110 juta pasien, biasanya dalam dua minggu pertama perawatan luka dekubitus pada derajat II lebih sering terjadi pada pasien rawat inap dengan kisaran 30 hingga 110 juta pasien. Selama perawatan dirumah sakit pada pasien baru sekitar 10 hingga 30 juta pasien mengalami luka dekubitus dan pada pasien yang berbaring atau duduk selama satu minggu maka jumlah kasus pada luka dekuitus tingkat II lebih meningkat hingga 280 juta, namun pada pasien baru terdapat 10 hingga 300 juta pasien yang mengalami luka dekubitus (Natalia., 2019). Menurut sebuah studi internasional di kawasan Asia Tenggara (termasuk Jepang, Korea, dan Cina), luka dekubitus yang dikenal juga sebagai luka tekan atau pressure ulcer terjadi pada sekitar 20.000 hingga 180.000 orang dari setiap 1 juta pasien. Namun, di Indonesia, angka kejadian luka dekubitus jauh lebih tinggi, yaitu sekitar 330.000 dari setiap 1 juta pasien. Penyebab utama luka dekubitus adalah tekanan yang berlangsung secara terus-menerus atau berkepanjangan pada satu bagian tubuh, terutama 6 pada area

yang memiliki bantalan otot dan lemak yang tipis. Tekanan ini dapat menghambat aliran darah (insufisiensi aliran darah), Menyebabkan anoreksia (hilangnya nafsu makan), dan Menyebabkan iskemia (kekurangan suplai oksigen dan nutrisi) pada jaringan lunak, yang akhirnya memicu kerusakan jaringan dan terbentuknya luka (Nofiyanto & Ivana, 2019).

Menurut riset kesehatan dasar (Rikesdas) kementerian kesehatan tahun 2020, jumlah kasus luka dekubitus di Indonesia mencapai 33 orang dari setiap 100 orang. Angka ini cukup tinggi dibandingkan dengan prevalensi ulkus dekubitus di Asia tenggara, yang bersekitar antara 2 hingga 31 dari setiap 100 orang, dirumah sakit di Jawa tengah catatan 9.413 penderita dekubitus yang setara dengan 30 dari setiap 100 pasien (Kemenkes, 2023). Berdasarkan data prevalensi Sumatra utara pada tahun 2020 sampai dengan 2022 dirumah sakit RSUP H.Adamalik medan menunjukkan bahwa luka dekubitus paling sering terjadi pada pasien berusia 41 hingga 60 tahun yaitu sekitar 28 dari setiap 100 pasien, Mayoritas penderita dekubitus yaitu perempuan dengan angka 53 dari 100 pasien. Kemudian penyebab utama pada ulkus dekubitus adalah gangguan saraf yang di alami oleh 26 dari setiap 100 pasien dengan luka yang di temukan dirumah sakit RSUP H.Adamalik yaitu luka dengan stadium III berkisar 36 dari setiap 100 penderita. (Christanti Regina,2024). Untuk mencegah dan menangani luka dekubitus, pasien perlu diberikan posisi miring ke kanan dan ke kiri secara bergantian. Pergantian posisi ini penting dilakukan untuk mengurangi tekanan terus-menerus pada satu area 7 tubuh, terutama di bagian tulang yang menonjol seperti sakrum, tumit, atau pinggul. Posisi miring kanan dan kiri membantu mendistribusikan tekanan secara merata ke permukaan tubuh lainnya, sehingga aliran darah tetap lancar dan jaringan tubuh tidak mengalami iskemia (kekurangan oksigen). Dengan demikian, pemberian posisi miring ini merupakan langkah penting dalam mencegah terbentuknya luka dekubitus baru serta mempercepat penyembuhan luka yang sudah ada (Christanti Regina,2024).

Penanganan terjadinya dekubitus dengan cara alih baring yaitu mengatur posisi miring kanan dan kiri dapat mencegah dekubitus pada daerah yang menonjol yang bertujuan untuk mengurangi penekanan akibat tertahannya pasien dalam posisi tidur yang dapat menyebabkan luka lecet, penatalaksanaan alih baring dengan melakukan posisi miring kanan dan miring kiri yang dilakukan setiap 2 jam sekali selama kurang dari 15 menit tindakan ini dilakukan agar dapat mencegah terjadinya dekubitus (Setiawan, Susyanti & Pratama,2023). Penelitian yang sejalan dengan Ahmad kholid 2024 menyebutkan bahwa posisi miring kiri dan miring kanan (mika-miki) telah menunjukkan efektivitasnya dalam mencegah luka dekubitus pada pasien dengan keterbatasan mobilitas, seperti pasien pasca stroke atau sepsis. pemberian posisi miring dilakukan setiap 2 jam sekali dan terbukti efektif dalam menurunkan risiko dekubitus pada pasien stroke, yang dibuktikan dengan kenaikan skor skala Norton.

METODOLOGI

Jenis penelitian yang digunakan pada karya tulis ilmiah ini yaitu penelitian kuantitatif dengan desain penelitian deskriptif melalui pendekatan studi kasus. Penelitian kuantitatif adalah suatu metode penelitian yang ditujukan untuk menggambarkan fenomena-fenomena yang ada, yang berlangsung pada saat itu atau saat yang lampau. Penelitian ini dilakukan di ruangan ICU rumah sakit vita insani Pematang Siantar. Penelitian ini tertuju pada 2 responden yaitu Tn.T dilakukan pada tanggal 25 April sampai dengan 28 April 2025. Sedangkan, pada Tn.S dilakukan penelitian pada tanggal 26 Mei 2025 sampai dengan 29 Mei 2025. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien stroke hemoragik yang dirawat di ruangan ICU di rumah sakit vita insani Pematang Siantar. Sampel penelitian ini

sebanyak 2 responden yang mengalami penyakit stroke hemoragik. Data yang akan dikumpulkan setelah mendapatkan izin dari rumah sakit vita insani Pematang Siantar, peneliti menentukan responden berdasarkan kriteria inklusi dengan menggunakan teknik purposive sampling, kemudian peneliti yang akan dilakukan kepada calon responden, responden yang bersedia mengikuti penelitian ini akan diberikan informed consent dan data yang dikumpulkan penulis dengan melakukan observasi, wawancara serta dokumentasi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Vita Insani Pematangsiantar yang terletak di Jalan Merdeka No. 329, Pahlawan Kecamatan Siantar Timur Kota Pematangsiantar Sumatera Utara 21132. Penelitian ini dilakukan di ruang Intensive Care Unit (ICU) yang digunakan pada pasien-pasien kritis dengan berbagai penyebab, salah satunya adalah pasien dengan stroke hemoragik. Peneliti melakukan asuhan keperawatan dengan menerapkan posisi miring kanan dan miring kiri untuk mencegah 106 dekubitus pada pasien stroke yang dipilih sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan.

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang dilakukan terhadap pasien 1 Resiko kerusakan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanisme (penekanan terus menerus) ditandai dengan klien mengalami penurunan kesadaran GCS 13 (Apatis), terdapat luka lecet di area punggung klien disertai kemerahan, suhu punggung hangat dan tekstur kulit teraba kasar, TD : 186/90 MmHg, HR:90x/menit, RR:23x/menit, suhu 37°C. Sedangkan untuk pasien 2 didapat hasil diagnosa keperawatan yaitu Resiko kerusakan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanisme (penekanan terus menerus) ditandai dengan klien mengalami penurunan kesadaran GCS 6 (sopor) kulit di area punggung terdapat sedikit kemerahan, disertai suhu punggung hangat dan terksstur kulit teraba kasar, TD:190/70 MmHg, HR:77x/menit, RR:25x/menit, suhu:36°C.

Pembahasan

Penelitian ini membahas tentang asuhan keperawatan pada dua klien dengan penyakit stroke hemoragik dalam pencegahan dekubitus. Asuhan keperawatan dilakukan selama 3 hari yang dilakukan pada Tn.T pada tanggal 25 april 2025 - 27 april 2025 dan Tn.S pada tanggal 26 mei 2025 - 28 mei 2025 diruang ICU rumah sakit vita insani pematangsiantar. Kegiatan ini meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

Sebagai peneliti hasil anamnesis pada pasien I dan pasien II sama sama menderita stroke hemoragik namun dari data pengkajian observasi dari Hasil CT-scan otak pasien I menunjukkan ICH (intracerebral hemorrhage) di basal ganglia kiri, yang menyebabkan hemiparesis pada sisi kanan tubuh. Kondisi ini menunjukkan gangguan neurologis dengan risiko komplikasi lebih lanjut akibat perdarahan di pusat motorik otak dan juga menyebabkan penurunan kesadaran dengan GCS E5V4M4 (skor 13, apatis). Sedangkan pada pasien II Hasil CT-scan otak menunjukkan perdarahan di lobus temporal kiri, yang menyebabkan gangguan kesadaran dengan GCS GCS E2V2M2 (total 6, sopor), dan terjadi kelemahan di bagian ekstremitas bawah bilateral. Hal ini menimbulkan imobilitas total, yang menjadi faktor risiko utama terjadinya dekubitus. Karena ketidak mampuan itulah maka klien mengalami resiko dekubitus yang ditandai dengan pasien I ditemukan kulit lecet dan kemerahan di daerah punggung, dengan kulit yang terasa kasar, hangat, dan lembab, sedangkan pada pasien II ditemukan sedikit kemerahan dan kelembapan di area punggung, kulit tampak kasar dan hangat Saat ditemukan keluhan dari keluarga pasien I ternyata sebelum masuk kerumah sakit klien sudah ditemukan adanya tanda-tanda demikian selama

5 hari sebelum masuk rumah sakit, nah begitupun juga pada pasien ke II keluarga mengatakan 2 hari Sebelum masuk kerumah sakit sudah ditemukan tanda-tanda resiko dekubitus namun keluarga hanya membiarkannya saja karena keluarga mengaku tidak tau cara menanganinya.

Kedua pasien dalam kondisi tirah baring total dengan mobilitas sangat terbatas sehingga akan meningkatkan risiko luka tekan. Kebijakan dari rumah sakit bahwa pemberian posisi mika miki pada pasien di ruang ICU hanya dilakukan satu kali dalam sehari yaitu pada pagi hari saja yang secara frekuensi tidak memadai untuk mencegah luka tekan yang progresif. Penelitian ini sejalan dengan kajian literatur dalam Bab II, yang menyebutkan bahwa indikator awal dekubitus dapat diidentifikasi dari warna kulit (kemerahan), suhu (hangat), dan kelembapan yang meningkat. Menurut penelitian oleh Meylan Okta Apriani, posisi miring secara berkala setiap 2 jam sekali terbukti menurunkan risiko dekubitus pada pasien stroke tahap awal dan Penelitian ini juga sejalan dengan Abdul Manan & Khairiyatul, yang menunjukkan bahwa pemeriksaan terhadap warna kulit yang kemerahan, suhu kulit yang hangat, dan kelembapan yang terjadi di area tekan pada pasien menjadi indikator penting dalam menilai risiko dekubitus pada pasien stroke hemoragik, Dalam studi tersebut, intervensi posisi miring kanan dan kiri yang dilakukan rutin dapat memperbaiki kondisi kulit punggung, termasuk menurunkan suhu, mengurangi kelembapan, serta memperbaiki sirkulasi darah.

Setelah peneliti melakukan pengkajian terhadap kedua responden, peneliti melanjutkan pada penegakan diagnosa keperawatan yang didukung oleh sumber data yang diperoleh dari hasil penelitian pada kedua responden. Berdasarkan teori Wilkinson (2020) mengatakan bahwa diagnosa keperawatan merupakan suatu keputusan klinis mengenai masalah kesehatan klien yang actual atau potensial yang menjadi dasar dalam menetapkan intervensi keperawatan dasar dalam penetapan intervensi keperawatan untuk menapai hasil yang diharapkan. Diagnosa pada Tn.T yaitu Resiko kerusakan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanisme (penekanan terus menerus) ditandai dengan klien mengalami penurunan kesadaran GCS 13 (Apatis), terdapat luka lecet di area punggung klien disertai kemerahan, suhu punggung hangat dan tekstur kulit teraba kasar, TD : 186/90 MmHg, HR:90x/menit, RR:23x/menit, suhu 37 o C.

Diagnosa pada Tn.S yaitu Resiko kerusakan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanisme (penekanan terus menerus) ditandai dengan klien mengalami penurunan kesadaran GCS 6 (sopor) kulit di area punggung terdapat sedikit kemerahan, disertai suhu punggung hangat dan terktur kulit teraba kasar, TD:190/70 MmHg, HR:77x/menit, RR:25x/menit, suhu: 36 o C.

Dalam asuhan keperawatan ini, luaran disesuaikan dengan diagnosa keperawatan yang telah ditegakkan, yaitu risiko gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan tirah baring berkepanjangan pada pasien stroke hemoragik. Luaran keperawatan dan kriteria hasil disusun dengan berpedoman pada buku Standar Luaran Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SLKI, PPNI, 2018). Implementasi intervensi posisi miring kanan dan kiri (mika-miki) pada pasien stroke hemoragik merupakan tindakan utama dalam upaya pencegahan risiko kerusakan integritas kulit atau luka dekubitus. Intervensi ini dilakukan selama tiga hari berturut-turut dengan jadwal perubahan posisi setiap dua jam sekali, sebagaimana telah direncanakan pada tahap perencanaan. Namun, dalam pelaksanaannya, terjadi beberapa perbedaan pada masing-masing pasien akibat kondisi klinis dan respon fisiologis yang berbeda. Pada pasien satu (Tn. T), saat intervensi dilakukan, pasien berada dalam kondisi kesadaran apatis dengan GCS 13. Meskipun pasien tampak lemas dan tidak banyak berkomunikasi, namun saat dilakukan perubahan posisi, pasien menunjukkan respon

menolak dan memberontak. Pasien terlihat gelisah, tidak nyaman, dan tidak mampu bertahan dalam posisi miring lebih dari 15 menit. Hal ini tentu menjadi hambatan dalam pelaksanaan intervensi sebagaimana yang direncanakan, di mana posisi miring idealnya dipertahankan selama dua jam. Oleh karena itu, penyesuaian dilakukan dengan memperpendek durasi posisi dan memberikan pendekatan secara perlahan agar pasien tetap merasa aman dan tidak stres. Di hari pertama, kondisi kulit pasien masih menunjukkan kemerahan dan kelembapan tinggi di area punggung dan bokong. Namun setelah dua hari intervensi, warna kulit mulai membaik dan tidak ditemukan tanda luka tekan baru.

Berbeda dengan pasien satu, pada pasien dua (Tn. S), implementasi intervensi berjalan lebih lancar. Pasien berada dalam kondisi sopor dengan GCS 6, dan mengalami imobilisasi total. Saat dilakukan intervensi posisi miring, pasien tidak menunjukkan respon menolak atau ketidaknyamanan. Perawat dapat melakukan perubahan posisi sesuai prosedur setiap dua jam, dan posisi dapat dipertahankan dalam durasi yang ditentukan. Kondisi kulit pasien dua di hari pertama masih tampak lembap dengan sedikit kemerahan di area sakrum dan bokong, namun tidak sampai terjadi luka. Setelah dua hari intervensi, kulit pasien tampak lebih kering dan kemerahan menghilang. Pada hari ketiga, integritas kulit sudah kembali normal dan tidak ditemukan adanya kelainan kulit. Perbedaan respon antara kedua pasien ini sangat dipengaruhi oleh tingkat kesadaran dan kenyamanan pasien terhadap intervensi. Pasien satu yang masih memiliki kesadaran ringan cenderung menolak intervensi karena merasa tidak nyaman atau tidak memahami tujuan tindakan, sedangkan pasien dua dalam kondisi sopor tidak memberikan reaksi yang menghambat tindakan. Perbedaan lainnya juga terlihat dari durasi posisi, di mana pasien satu tidak mampu bertahan dalam posisi miring dalam waktu yang lama, sementara pasien dua bisa diposisikan sesuai waktu yang telah ditentukan. Meskipun pelaksanaan intervensi tidak berjalan sepenuhnya sama antara kedua pasien, hasil yang dicapai tetap menunjukkan efektivitas intervensi posisi miring dalam mencegah luka dekubitus. Tidak ditemukan luka tekan baru pada kedua pasien, dan integritas kulit menunjukkan perbaikan dari hari ke hari. Hal ini menunjukkan bahwa penerapan posisi miring kanan dan kiri secara konsisten efektif dalam mencegah terbentuknya luka dekubitus dan menjaga integritas kulit pasien stroke hemoragik.

Evaluasi dalam asuhan keperawatan ini bertujuan untuk mengetahui hasil tindakan serta perubahan kondisi pasien setelah dilakukan implementasi terapi posisi miring kanan dan kiri sebagai pencegahan dekubitus. Evaluasi dilakukan dengan membandingkan luaran keperawatan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan sebelumnya. Evaluasi dilakukan selama 3 hari berturut-turut setelah pemberian intervensi, baik pada klien 1 maupun klien 2.

a. Hari pertama pada pasien Tn. T:

Kulit punggung tampak kemerahan, suhu kulit terasa hangat dan lembap, terdapat kelembapan berlebih di area punggung sampai ke sakrum. Klien hanya dapat berbaring pada satu sisi. Intervensi berupa posisi miring kanan dan kiri mulai diberikan setiap 2 jam sekali, Masalah belum teratasi.

b. Hari kedua pada pasien Tn. T:

Warna kulit mulai membaik, kemerahan tampak memudar, kelembapan kulit berkurang, suhu kulit mulai stabil, pasien tampak lebih nyaman dan tidak mengeluh nyeri di punggung, Masalah teratasi sebagian.

c. Hari ketiga pada pasien Tn. T:

Warna kulit kembali normal, kelembapan kulit dalam batas normal, tidak ditemukan tanda-tanda luka tekan atau lecet pada area rawan dekubitus seperti punggung. Klien tampak lebih tenang dan nyaman saat dilakukan perubahan posisi, Masalah teratasi. Intervensi dihentikan karena pasien dipindahkan ke ruang rawat lanjutan.

d. Hari pertama pada pasien Tn. S:

Kulit tampak pucat pada area bokong dan punggung bawah, kelembapan tinggi, belum ada luka terbuka, tetapi pasien mengalami imobilitas total. Intervensi posisi miring dilakukan 2 jam sekali sesuai prosedur, Masalah belum teratasi.

e. Hari kedua pada pasien Tn. S:

Kelembapan kulit mulai berkurang, warna kulit pada area punggung tampak membaik, tidak tampak iritasi atau luka. Pasien mulai tampak lebih rileks saat dilakukan alih baring, Masalah teratasi sebagian.

f. Hari ketiga pada pasien Tn. S:

Kondisi kulit membaik secara keseluruhan, tidak ditemukan adanya kemerahan, lecet, atau luka tekan. Kulit terasa kering dan suhu normal. Pasien tidak menunjukkan tanda-tanda ketidaknyamanan saat posisi diubah, Masalah teratasi. Intervensi dihentikan karena kondisi pasien stabil dan pindah ruang perawatan.

KESIMPULAN

Asuhan keperawatan dilakukan selama 3 hari perawatan intensif, dengan hasil pengkajian awal ditemukan bahwa kedua klien mengalami tirah baring total akibat penurunan kesadaran dan kelumpuhan sisi tubuh. Kedua klien menunjukkan tanda-tanda risiko tinggi mengalami dekubitus, seperti kelembapan kulit berlebih, kemerahan di area punggung dan bokong, serta imobilitas total. Masalah keperawatan utama yang ditegakkan pada pasien I dan pasien II adalah risiko gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan tirah baring berkepanjangan. Intervensi yang diberikan berupa pemberian posisi miring kanan dan kiri secara bergantian setiap dua jam sekali, pemantauan kondisi kulit, menjaga kelembapan kulit tetap stabil, serta penggunaan bantal penyangga untuk mencegah tekanan langsung pada area area rawan luka tekan. Setelah dilakukan implementasi intervensi pada klien I dan klien II selama 3 hari berturut-turut maka didapat, adanya perubahan kondisi yang signifikan, yaitu: kelembapan kulit membaik, tidak ditemukan luka tekan baru, warna kulit kembali normal, suhu kulit stabil, dan tidak terdapat keluhan tidak nyaman dari pasien selama dilakukan perubahan posisi. Dengan hasil ini, dapat disimpulkan bahwa penerapan posisi miring kanan dan kiri secara rutin efektif dalam mencegah terjadinya dekubitus pada pasien stroke hemoragik yang mengalami keterbatasan mobilitas total.

DAFTAR PUSTAKA

- Ardhina, S. (2020). Struktur dan fungsi tengkorak dalam melindungi otak. Yogyakarta: Penerbit Ilmu Kedokteran.
- Brunner, L., & Suddarth, D. (2010). Buku ajar keperawatan medikal bedah (9th ed.). Jakarta: Penerbit EGC.
- Bahrudin, S. (2013). Susunan saraf pusat dan fungsi neuron. Yogyakarta: Penerbit Kedokteran.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021). Stroke mengurangi mobilitas lebih dari setengah penderita usia lanjut.
- Dwi Ermavianti, T., & Ani Susilowati, R. (2021). Fungsi otak tengah dalam pengaturan pergerakan mata dan refleks. Yogyakarta: Penerbit Eduka.
- Dani Prastiwi, R., et al. (2023). Pengkajian primer pada pasien stroke hemoragik di ruang gawat darurat. *Jurnal Keperawatan*, 9(1), 101-108.
- Dhany Ardyansyah, A., & Soraya Vallenti, F. (2019). Sistem saraf: Penghantar rangsangan dan respon tubuh. Jakarta: Penerbit Ilmu Saraf.
- Eka Apriyanti, M., Wulandari, S., & Setiawan, H. (2021). Meninges: Perlindungan sistem saraf pusat dan pengelolaan cairan serebrospinal. Bandung: Penerbit Ilmu Anatomi.
- Haryono, R. & Utami, M. P. S. 2019. Keperawatan Medikal Bedah 2. 2nd Edn. Yogyakarta: Pustaka

- Baru Press.
- Harsono, A. (1996). *Neurologi klinis dasar*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Hamali, S., et al. (2023). *Teknik pengumpulan data dalam penelitian keperawatan*. Yogyakarta: Penerbit Penelitian Kesehatan.
- I Ketut Tangking Widarsa, I., et al. (2022). *Etika penelitian dan persetujuan informatif dalam penelitian klinis*. Yogyakarta: Penerbit Etika Penelitian.
- Jeffery, D., & Nevid, J. (2021). *Otak depan: Pengontrol fungsi mental dan pengolahan bahasa*. Jakarta: Penerbit Ilmu Kesehatan.
- Junaidi, A. (2017). *Dasar-dasar patofisiologi sistem saraf pusat*. Jakarta: Penerbit Kesehatan Indonesia.
- Jamila, F., et al. (2020). *Studi kasus dalam penelitian keperawatan: Teknik analisis mendalam pada individu*. Jakarta: Penerbit Penelitian Klinis.
- Kholifah, N., Nuraini, L., & Handayani, S. (2022). *Keperawatan pada pasien stroke hemoragik*. Malang: CV Literasi Nusantara.
- Khanifuddin, M. (2012). *Anatomi dan fungsi bagian utama otak*. Bandung: Penerbit Ilmu Saraf.
- Kemenkes. (2023). *Laporan nasional prevalensi ulkus dekubitus di rumah sakit Indonesia tahun 2023*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kusumawati, E. (2024). *Etika penelitian dalam menjaga integritas dan kualitas penelitian ilmiah*. Bandung: Penerbit Etika Penelitian.
- Kemenkes. (2021). *Pencegahan luka dekubitus dalam perawatan medis*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kirnantoro, H., Maryam. (2020). *Buku Anatomi Fisiologis*. Yogyakarta: Pustaka Baru press
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Laporan Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023*. Jakarta: Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Laporan nasional riset kesehatan dasar (Riskesdas) 2018*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Lilis, D., Dani, I., et al. (2023). *Tahapan dekubitus: Pendekatan klinis dan penanganannya*. Yogyakarta: Penerbit Medika.
- Marieb, E. N., & Hoehn, K. (2019). *Human anatomy & physiology (11th ed.)*. Pearson
- Mariah, S. (2021). *Struktur dan fungsi ganglion basalis dalam sistem saraf pusat*. Bandung: Penerbit Medika Saraf.
- Muliyadi, S. (2022). *Konsep dekubitus: Penyebab dan penanganannya*. Surabaya: Penerbit Medika Sehat.
- Mahmuda, D. (2019). *Komplikasi akibat kompresi jaringan pada dekubitus: Dampaknya terhadap aliran darah dan kematian sel*. Jakarta: Penerbit Ilmu Kesehatan.
- Nugroho, A. (2013). *Anatomi dan fisiologi batang otak*. Yogyakarta: Penerbit Ilmu Kesehatan.
- Nofiyanto, H., & Ivana, M. (2019). *Pencegahan dan penanganan luka tekan pada pasien rawat inap*. Jakarta: Penerbit Sehat Sentosa.
- Ningrum, R. (2022). *Efek ekstrasvasi darah terhadap jaringan otak dan peradangan*. Bandung: Penerbit Kesehatan Indonesia.
- Natalia, A. (2019). *Penatalaksanaan luka dekubitus pada pasien rawat inap*. Jakarta: Penerbit Kesehatan Sejahtera.
- Prabawa, R. A., & Rahmanti, A. (2019). *Asuhan keperawatan pada pasien stroke*. Yogyakarta: Deepublish.
- Priyanto, A., & Rohadi, M. (2023). *Sistem sirkulasi cairan serebrospinal: Anatomi dan fisiologi klinis*. Yogyakarta: Penerbit Medis Akademika.
- Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Diagnosa keperawatan pada stroke hemoragik: Penanganan dan tindak lanjut*. Jakarta: Penerbit Keperawatan.
- Putri, P, H .,Aisyah, P., Pangestu, K.W.I., Ar,B.,Fhatima,S.,& Putri,N.(2024). *Stroke Hemoragik Dengan Riwayat Hipertensi Tidak Terkontrol: Sebuah Laporan Kasus Hemorrhagic Stroke Wih An Uncontrolled Hypertension: Acase Resport. 14,512-517.*
- Rendy, A. (2020). *Fisiologi Sistem Saraf Manusia*. Yogyakarta: Deepublish.
- Sri Untari, R. (2023). *Fisiologi otak dan sistem saraf pusat*. Surabaya: Penerbit Ilmu Kesehatan.

- Setiawan, A., Susyanti, R., & Pratama, D. (2023). Penatalaksanaan alih baring untuk pencegahan ulkus dekubitus pada pasien rawat inap. Jakarta: Penerbit Medika Nusantara.
- Safrida, R. (2020). Fungsi otak besar dalam pengendalian mental dan tingkah laku. Jakarta: Penerbit Ilmu Saraf.
- Setiawan, T. (2022). Penyebab dan dampak pendarahan serebral pada otak. Jakarta: Penerbit Saraf Sehat.
- Sriwahyuni, A. (2022). Anatomi kulit dan fungsinya dalam perlindungan tubuh. Yogyakarta: Penerbit Kedokteran.
- Suwardianto, M. (2017). Posisi miring untuk pencegahan iskemia dan luka tekan. Jakarta: Penerbit Kesehatan.
- Siti Maimunah, N. (2022). Posisi sim dalam pencegahan luka dekubitus: Posisi miring kiri dan kanan. Bandung: Penerbit Ilmu Saraf.
- Sulistiyowati, T., et al. (2020). Penilaian sekunder dengan metode head-to-toe pada pasien stroke. *Jurnal Kesehatan*, 8(2), 50-58.
- Safrida. (2020). Anatomi Dan Fisiologi Manusia. Syiah Kuala University Press.
- Suryani, Lilis Et.Al. (2023). Tindakan Keperawatan Pada Sistem Muskuloskeletal, Integumen Dan Persyarafan. Jambi: PT.Sonpedia Publishing Indonesia.
- Setiadi, R. (2021). Dasar-Dasar Anatomi dan Fisiologi untuk Mahasiswa Kesehatan. Bandung: Refika Aditama.
- Setiadi. (2016). Dasar-Dasar Anatomi Dan Fisiologi Manusia. Yogyakarta: Indomedia Pustaka.
- Tim POKJA DPP PPNI. (2017). Standar Luaran Keperawatan Indonesia :Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan (1st ed.). Jakarta : DPP PPNI.
- Tumurang, M. (2024). Definisi operasional dalam penelitian keperawatan. Surabaya: Penerbit Ilmu Pengetahuan.
- World Stroke Organization. (2019). Global stroke fact sheet 2019. World Stroke Organization.
- World Health Organization. (2022). WHO mengungkap penyebab utama kematian dan disabilitas di seluruh dunia.
- Wahyuni, E. (2019). Neuroanatomi Klinis. Jakarta: Salemba Medika.
- Widiyono, T., et al. (2023). Penelitian deskriptif: Metode dan aplikasi dalam studi klinis. Surabaya: Penerbit Akademika.
- Yilmazer, T., &. (2019). Pressure Ulcer Prevention Care Bundle: A Cross-Sectional, Content Validation Study. *Wound Management And Prevention*, 65(5), 33-39.
- Yueniwati, S. (2017). Anatomi dan fungsi serebelum dalam sistem saraf pusat. Jakarta: Penerbit Ilmu Saraf.