

BAB III STUDI KASUS

3.1 Hasil

3.1.1 Kondisi Laporan Kasus

Laporan kasus ini dilaksanakan di Ruang Anggrek RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang yang berlokasi di Jl. Dr. W. Z. Johannes, Kelurahan Oebobo, Kecamatan Oebobo, Kota Kupang, Provinsi Nusa Tenggara Timur. RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang merupakan rumah sakit rujukan utama di Provinsi Nusa Tenggara Timur yang berperan dalam pelayanan kesehatan tingkat lanjutan bagi masyarakat Kota Kupang maupun daerah sekitarnya. Ruang Anggrek merupakan salah satu ruang perawatan rawat inap yang memberikan pelayanan keperawatan dan medis bagi pasien dewasa dengan berbagai kondisi penyakit, baik kasus medis maupun pasca tindakan. Pelayanan yang diberikan di Ruang Anggrek meliputi pelayanan keperawatan komprehensif, pemantauan kondisi klinis pasien, pemberian terapi sesuai program pengobatan, serta edukasi kesehatan kepada pasien dan keluarga sebagai bagian dari upaya peningkatan kualitas asuhan keperawatan.

3.1.2 Karakteristik subyek laporan kasus

Subyek dalam laporan kasus ini adalah seorang pasien wanita dengan kesadaran yang menurun (Sopor) dengan luka pada bokongnya di wilayah kerja RSUD. Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang khususnya di ruang Anggrek

3.1.3 Hasil Laporan Kasus

a. Pengkajian Keperawatan

Proses asuhan keperawatan pada kasus kelolaan ini dilaksanakan mulai dari tahap pengkajian hingga evaluasi keperawatan, yang dapat diuraikan sebagai berikut. Pengkajian dilakukan pada tanggal 12 Januari 2026 pukul 08.10 WITA di ruang Anggrek RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny. Y melalui wawancara dengan keluarga, observasi, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang diperoleh data sebagai berikut.

1) Biodata

Nama pasien Ny. Y, umur 71 tahun, agama katolik, pendidikan S1, pekerjaan pensiunan, alamat Kuanino, nama penanggung jawab N.y D, umur 32 tahun, agama katolik, pendidikan S1, pekerjaan Guru, alamat Kuanino.

2) Alasan dirawat

Pasien masuk rumah sakit dengan keluhan penurunan kesadaran dan terdapat luka tekan pada area bokong pasien dengan grade 2, kedalaman dangkal, tampak kemerahan, sedikit berbau amis, dan luas luka 2,5mm.

3) Riwayat kesehatan

- a. Pengkajian tingkat kesadaran: 4 (Sopor), Eye: 2, Verbal: 1, Motorik:1
- b. Keluhan utama saat pengkajian: pasien tampak mengalami penurunan kesadaran, luka tekan pada area bokong dengan luas 2,5mm, grade 2, kedalaman dangkal, tampak kemerahan pada luka dan area sekitar luka, berbau sedikit amis.
- c. Riwayat keluhan utama: Luka tekan muncul sejak 2 Januari 2026 atau 10 hari yang lalu

- d. Keluhan lain yang menyertai: penurunan kesadaran
- e. Faktor pencetus yang menimbulkan serangan: tirah baring yang terlalu lama tanpa adanya perawatan luka, penggunaan minyak VCO dan kebiasaan membolak-balikkan badan pasien.
- f. Riwayat penyakit sebelumnya: keluarga pasien mengatakan penyakit yang pernah diderita yaitu hipertensi dan stroke, upaya yang dilakukan adalah dengan berobat ke rumah sakit
- g. Riwayat penyakit keluarga : Keluarga pasien mengatakan kedua orang tua, kedua kakak dan kedua adik dari pasien juga mengalami sakit yang sama. Pasien memiliki 5 anak dan semuanya belum ada yang menunjukkan sakit yang sama seperti yang dialami pasien.
- h. Riwayat alergi: keluarga pasien mengatakan tidak memiliki alergi
- i. Riwayat operasi: tidak ada riwayat operasi
- j. Kebiasaan: keluarga pasien mengatakan, pasien mengonsumsi obat hipertensi jenis kaptopril dengan rutin setiap malam sejak 12 Desember 2025

4) Pemeriksaan Fisik

- a. Kepala dan leher : Bentuk, ukuran, dan posisi dalam batas normal, tidak ditemukan adanya lesi atau massa. Wajah tampak simetris. Konjungtiva tampak anemis, sklera berwarna putih, dan pasien tidak menggunakan kacamata. Tidak terdapat keluhan nyeri maupun alergi pada hidung. Pada pemeriksaan tenggorokan dan mulut, kondisi gigi lengkap, namun terdapat karies pada gigi bagian bawah kiri dan kanan. Pasien tidak menggunakan gigi palsu. Terdapat gangguan bicara akibat penurunan kesadaran, namun tidak ditemukan gangguan menelan. Tidak ada pembesaran kelenjar pada area leher.
- b. Sistem kardiovaskuler : tidak ada nyeri dada, kesadaran sopor, bentuk dada normal, bibir normal tidak sianosis, kuku normal tidak sianosis, capillary refill normal <3 detik, kedua tangan terdapat edema, kedua kaki terdapat edema, sendi tidak edema, vena jularis

teraba, tidak ada pembesaran jantung, akultasi normal, murmur tidak ada.

- c. Sistem respirasi: pernapasan sedikit lebih cepat (Dispnea), penggunaan O₂ Nasal Kanul 4Lpm
- d. Sistem integumentari: terdapat luka dekubitus di are bokong dengan luas 2,5mm, grade 2, kedalaman dangkal, berbau sedikit amis, terdapat jaringan nekrotik pada area luka, tekstur kulit kering tугor tidak elastis
- e. Sistem pencernaan : normal, bising usus 28x/menit
- f. Sistem muskuloskeletal : penurunan kesadaran

1	1
1	1

- g. Sistem perkemihan : penggunaan pempers dewasa
- h. Sistem endokrin: normal
- i. Sistem reproduksi : normal
- j. Pola kegiatan sehari-hari:

Nutrisi → Pola makan teratur dengan frekuensi 2 kali sehari, nafsu makan baik, dengan pantangan makanan tinggi gula. Asupan cairan sekitar 8–9 gelas per hari. Berat badan 80 kg dan tinggi badan 155 cm. Selama sakit, porsi makan mengalami penurunan menjadi lebih sedikit.

Eliminasi → BAK dengan kebiasaan 3–4 kali sehari. Selama sakit tidak terdapat gangguan produksi urin, dengan karakteristik normal berwarna kuning dan berbau khas, volume ≤ 650 ml/hari menggunakan popok dewasa. BAB 1 kali sehari, tidak terdapat gangguan, dengan konsistensi normal berwarna kuning kecoklatan dan berbau khas.

Olahraga dan Aktivitas → Tidak memiliki kebiasaan olahraga yang dilakukan secara rutin.

Istirahat dan Tidur → Tidur malam pukul 23.00 dan bangun pukul 05.00, tidur siang pukul 13.00 hingga 14.00. Pola tidur tidak mudah terbangun, dan pasien lebih nyaman untuk tidur setelah bercerita sebelum tidur.

k. Pola interaksi sosial:

Orang terdekat yang berperan penting adalah anak. Kondisi rumah dan lingkungan dalam keadaan baik. Apabila terdapat masalah, pasien biasanya mendiskusikannya dengan anak-anak. Penyelesaian masalah dalam keluarga dilakukan melalui musyawarah atau komunikasi bersama, dan hubungan serta interaksi dalam keluarga berjalan dengan baik.

l. Kegiatan keagamaan /spiritual: taat dalam menjalankan ibadah

5) Pemeriksaan penunjang :

a) Pemeriksaan Lab. Tanggal pemeriksaan 29/12/2015

Tabel 3.1 Pemeriksaan Lab

NO	Jenis pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil pemeriksaan
1.	MCHC	31.0 -37.0 g/L	30.3 g/L
2.	Eosinofil	1 – 5 %	6 %
3.	Neutofil	50 – 70 %	73 %
4.	Limfosit	20.00 – 40.00 %	12.59 %
5.	Jumlah Eosinofil	0.00 – 0.40 20	0.85
6.	Jumlah Basofil	0.00-0.10	0.12

7.	Jumlah Neutofil	1.50-7.00	9.70
8.	Jumlah monosit	0.00-0.70	0.91
9.	PDW	9.00 – 17.00	18.20
10.	MPV	9.00 – 13.00	6.61
11.	Glukosa sewaktu	70.00-150.000 mg/dL	304.00 mg/dL
12.	Keratinin Darah	0.00-1.10 mg/dL	1.40 mg/dL
13.	Total Calcium	2.20-2.55 mmol/L	2.70 mmol/L

b) Hasil pemeriksaan CT Scan Head. Tanggal pemeriksaan 30/12/2025:

Kesan : Acute infarct pada centrum semiovale kanan kiri, chronic lakunar infarct pada pons, susp small vessels ischemic periventrikel aterals kanan kiri, MSCT kepala saat ini tak tampak perdarahan intracranial, cerebral atophy.

c) Hasil pemeriksaan Thorax AP /PA 1 posisi. Tanggal pemeriksaan 30/12/2025 :

Kesan : Cor dan pilmo dalam batas normal, elongatio dan atherosclersis aorta.

d) Hasil Pemeriksaan lab. Tanggal 09/01/2026

Tabel 3.2 Pemeriksaan Darah

No.	Jenis Pemeriksaan	Nilai rujukan	Hasil
1.	Total Calcium	2.20-2.55 mmol/L	2.86 mmol/L

e) Pengobatan

Tabel 3.3 Obat, indikasi dan kontraindikasi

Obat	Indikasi	Kontraindikasi
Ranitidin	Tukak lambung/duodenum, GERD, gastritis	Alergi ranitidin, gangguan ginjal berat
CPG (Clopidogrel)	Pencegahan trombosis, stroke iskemik, ACS	Perdarahan aktif, gangguan hati berat
Levofloxacin	ISPA, pneumonia, ISK, infeksi kulit	Alergi kuinolon, hamil/menyusui, gangguan tendon
Lantus	DM tipe 1 & 2 (insulin basal)	Hipoglikemia, alergi insulin
Sansulin Rapid	Hiperglikemia, DM (kontrol prandial)	Hipoglikemia, alergi insulin
Vit. B Complex	Defisiensi vit. B, neuropati	Hipersensitivitas
Atorvastatin	Hiperkolesterolemia, pencegahan stroke	Penyakit hati aktif, hamil/menyusui
Captopril	Hipertensi, gagal jantung, nefropati DM	Angioedema, stenosis arteri renalis, hamil
Telmisartan	Hipertensi, proteksi ginjal DM	Hamil, hiperkalemia, stenosis arteri renalis
Livron B Plex	Gangguan fungsi hati, suplemen vit. B	Hipersensitivitas
Sucralfat	Tukak lambung/duodenum, gastritis	Gagal ginjal berat, alergi
Paracetamol	Nyeri ringan-sedang, demam	Penyakit hati berat, overdosis
Ambroxol	Batuk berdahak, sekret	Alergi, tukak lambung

kental

aktif (hati-hati)

b. Analisis Data

Setelah dilakukan pengkajian pada Ny. Y dapat dilakukan analisis data sebagai berikut :**Data Subjektif** : -, **Data Objektif** : Pasien menunjukkan penurunan kesadaran dengan nilai Glasgow Coma Scale 4 (Eye: 2, Verbal: 2, Motorik: 1) dan kondisi kesadaran sopor. Ditemukan luka tekan (dekubitus) berukuran sekitar 2,5 mm derajat II pada area bokong. Selain itu, terdapat edema pada kedua ekstremitas atas dan bawah. Tanda-tanda vital pasien meliputi tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 82 kali/menit, suhu 36,5°C, frekuensi pernapasan 22 kali/menit, serta saturasi oksigen (SpO₂) 94%.

1. **Masalah** : Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0129) **Etiologi** : Imobilisasi Fisik
2. **Data Subjektif** : -. **Data Objektif** : tampak luka tekan pada area bokong dengan grade 2, seluas 2,5mm, kedalaman dangkal, sedikit berbau amis, tampak kemerahan pada area luka. GCS : 4, Eye : 2, Verbal : 2, Motorik : 1. Tanda-tanda vital : Tekanan darah : 130/80 mmHg, Nadi : 82x/menit, suhu : 36,5⁰C, pernapasan : 22x/menit, SpO₂ : 94%. **Masalah** : Risiko Infeksi (D.0142), **Etiolog** : Kerusakan Integritas Kulit

c. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian dan analisis data yang telah dilakukan, ditegakkan dua diagnosis keperawatan untuk pemenuhan kebutuhan dasar rasa aman dan nyaman dengan mengacu pada pedoman penegakan diagnosis keperawatan berlandaskan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. yakni yang pertama Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0129) Berhubungan penurunan mobilitas ditandai dengan kemerahan dan kerusakan kulit serta jaringan pada area bokong karena imobilisasi. Yang kedua Risiko Infeksi (D.0142) ditandai dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit).

d. Intervensi

Intervensi yang disusun berdasarkan kasus Ny. Y dengan diagnosa yang pertama **Gangguan Integritas kulit / jaringan (D.0129)** Berhubungan penurunan mobilitas ditandai dengan kemerahan dan kerusakan kulit serta jaringan pada area bokong karena imobilisasi yang sesuai dengan (SLKI 2018) dengan luaran dan kriteria hasil / SLKI adalah goal : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8 jam maka Integritas Kulit dan Jaringan cukup meningkat dengan luaran utama **Integritas Kulit dan jaringan (L.14125)** dengan kriteria hasil : kerusakan kulit menurun (5), kemerahan menurun (5) dan tekstur membaik (5). Dan (SIKI 2018) dimana intervensi utama adalah **Perawatan Luka (L.14564)** dengan intervensi yang dilakukan yaitu : **Observasi** : monitor karakteristik luka, monitor tanda-tanda infeksi, **Terapeutik** : lepaskan balutan dan plester secara perlahan, bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, bersihkan jaringan nekrotik, berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, pasang balutan sesuai luka, pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien. **Edukasi** : jelaskan tanda dan gejala infeksi, dan ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri. Dan diagnosa yang kedua **Risiko Infeksi (D.0142)** ditandai dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit) imobilisasi yang sesuai dengan (SLKI 2018) dengan luaran dan kriteria hasil / SLKI adalah goal : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8 jam maka **tingkat infeksi (L.14137)** cukup menurun dengan kriteria hasil : kebersihan badan meningkat (5), kemerahan menurun (5). Dan (SIKI 2018) dimana intervensi utama adalah **Pencegahan Infeksi (L.14539)** dengan intervensi yang dilakukan yaitu : **Observasi** : monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, **Terapeutik** : cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptik pada pasien dengan resiko tinggi, **Edukasi** : jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara memeriksa kondisi luka.

1. Implementasi

a. Hari ke-1 (Senin, 12 Januari 2026):

a) Diagnosa pertama : Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0129)

Pada pukul 08.30 dilakukan pemantauan tanda-tanda infeksi dengan hasil luka tampak sedikit kemerahan dan terdapat sedikit jaringan nekrotik. Selanjutnya, pada pukul 08.35 dilakukan tindakan perawatan luka dekubitus.. Hasil : luka masih tampak kemerahan dan sedikit berdarah, luka dibersihkan menggunakan kasa steril dan cairan NaCl lalu dioleskan salep gentamicin pada area luka, dan minyak VCO pada bagian lipatan, lalu luka ditutup dengan sufratul dan di plester. Pukul 09.00 memonitor TTV : TD : 130/80 mmHg, Suhu : 37,1⁰C, nadi : 80x/menit, pernapasan : 22x/menit dan SpO2 : 93%. Pada pukul 10.00 menjadwalkan mengubah posisi setiap 3 jam. Pukul 12.00 memonitor TTV : TD : 130/80mmHg, suhu : 36,5⁰C, nadi : 82x/menit, pernapasan : 22x/menit, SpO2 : 94%, CRT > 2 detik, GCS : 4 E:2 V:1 M:1 (Sopor). Pukul 13.00 melakukan mobilisasi fisik dengan memiringkan pasien kearah kiri.

b) Diagnosa kedua : Risiko Infeksi (D.0142)

Pada pukul 08.30 memonitor tanda-tanda infeksi. Hasil : luka tampak sedikit memerah, terdapat sedikit jaringan nekrotik, pukul 08.35 melakukan perawatan luka dekubitus. Hasil : luka masih tampak kemerahan dan sedikit berdarah, luka dibersihkan menggunakan kasa steril dan cairan NaCl lalu dioleskan salep gentamicin pada area luka, dan minyak VCO pada bagian liatan, lalu luka ditutup dengan sufratul dan di plester, Memberikan penjelasan mengenai tanda dan gejala infeksi serta mengajarkan kepada keluarga cara memantau kondisi luka pasien. Pukul 09.00 memonitor TTV : TD : 130/80 mmHg, Suhu : 37,1⁰C, nadi : 80x/menit, pernapasan : 22x/menit dan SpO2 : 93%. Pada pukul 10.00 menjadwalkan mengubah posisi setiap 2 jam. Pukul 12.00 memonitor TTV : TD : 130/80mmHg, suhu : 36,5⁰C, nadi : 82x/menit, pernapasan: 22x/menit, SpO2 : 94%, CRT > 3 detik, GCS : 4 E:2 V:1 M:1(Sopor).

2) Hari ke-2 (Selasa, 13 Januari 2026) :

a) Daignosa Pertama : Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0129)

Pada pukul 08.10 memonitor tingkat kesadaran. Hasil : GCS : 4 E:2, V:1, M:1 (Sopor). Pukul 08.12 memonitor TTV : TD : 110/70mmHg, suhu 37,5⁰C, nadi : 83x/menit, pernapasan 21x/menit, SpO2 : 97%. Pukul 09.00 : melakukan perawatan infus. Hasil : Terdapat edema pada tangan yang di infus. Pukul 10.20 melakukan mobilisasi fisik miring kiri dan posisi semi-fowler. Pukul 11.00 memonitor TTV. Hasil : TD : 120/90mmhg, suhu : 36,1⁰C, nadi : 86x/menit, pernapasan : 21x/menit, SpO2 : 100%, CRT >3 detik, GCS : 4 E:2, V:1, M:1 (Sopor). Pukul 13.20 melakukan mobilisasi fisik miringkanan kepada pasien.

b) Diagnosa kedua : Risiko Infeksi (D.0142)

Pada pukul 08.30 memonitor tanda dan gejala infeksi, hasil : perban tampak kering, tidak ada rembesan dan luka masih terbalut rapih. Pukul 11.00 memonitor TTV. Hasil : TD : 120/90mmhg, suhu : 36,1⁰C, nadi : 86x/menit, pernapasan : 21x/menit, SpO2 : 100%, CRT >3 detik, GCS : 4 E:2, V:1, M:1 (Sopor).

3) Hari ke-3 (Rabu, 14 Januari 2026) :

a) Daignosa Pertama : Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0129)

Pada pukul 08.15 memonitor tingkat kesadaran. Hasil : GCS : 4 E:2, V:1, M:1 (Sopor). Pukul 08.30 memonitor TTV ; Hasil : TD : 130/70mmHg, suhu 37,7⁰C, nadi : 87x/menit, pernapasan 21x/menit, SpO2 : 97%, CRT > 3 detik. Pukul 09.10 melakukan mobiisasi fisik miring kiri kepada pasien dan melakukan perawatan luka dekubitus.hasil : terdapat kulit mati yang dibersihkan menggunakan NaCl dan kasa steril lalu mengolesskan minyak VCO pada area lipatan dan area luka, luka ditutup dengan supratul dan kasa steril lalu di plester. Pukul 11.15 memonitor TTV : Hasil : TD : 120/90mmHg, suhu

: 37⁰C, nadi : 95x/menit, pernapasan : 21x/menit, SpO₂ : 99%, CRT > 3 detik, : GCS : 4 E:2, V:1, M:1 (Sopor). Pukul 12.20 melayani memberi makan bubur saring 200cc/ NGT. Pukul 13.00 melakukan mobilisasi fisik miring kanan kepada pasien.

b) Diagnosa kedua : Risiko Infeksi (D.0142)

pada pukul 09.15 memonitor tanda dan gejala infeksi, hasil : luka tampak sudah mengering, tampak sedikit jaringan nekrotik, pada pukul 09.20 melakukan perawatan luka dekubitus, hasil : terdapat kulit mati yang dibersihkan menggunakan NaCl dan kasa steril lalu mengoleskan minyak VCO pada area lipatan dan area luka, luka ditutup dengan supratul dan kasa steril lalu di plester. Pukul 11.15 memonitor TTV : Hasil : TD : 120/90mmHg, suhu : 37⁰C, nadi : 95x/menit, pernapasan : 21x/menit, SpO₂ : 99%, CRT > 3 detik, : GCS : 4 E:2, V:1, M:1 (Sopor).

2. Evaluasi

a. Hari ke-1 (Senin, 12 Januari 2026):

a) Daignosa Pertama : Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0129) :

Subjektif : -. **Objektif** : Setelah dilakukan tindakan perawatan luka menggunakan cairan NaCl dan ditutup dengan sufratul serta dioleskan menggunakan minyak VCO hasilnya, kerusakan kulit cukup menurun (4), kemerahan sedang (3), tekstur cukup membaik (4), moblisasi fisik mirin kiri dan kanan sudah dilakukan setiap 2 jam. GCS 4 E:2, V:1, M:1 (Sopor), hasil TTV : TD : 130/80mmHg, suhu : 36,5⁰C, nadi : 82x/menit, pernapasan : 22x/menit, SpO₂ : 94%, CRT > 3 detik. **Assesment** : Masalah gangguan integritas kulit/jaringan belum teratasi. **Planning** : intervensi perawatan luka dilanjutkan

b) Diagnosa kedua : Risiko Infeksi (D.0142)

Subjektif : -. **Objektif** : Setelah dilakukan tindakan pencegahan infeksi pada luka dekubitus di area bokong pasien hasilnya : kebersihan badan meningkat (5), kemerahan sedang (3). GCS 4 E:2, V:1, M:1 (Sopor), hasil TTV : TD : 130/80mmHg, suhu : 36,5⁰C,

nadi : 82x/menit, pernapasan : 22x/menit, SpO₂ : 94%, CRT > 3 detik. **Assesment** : Masalah resiko infeksi belum teratasi. **Planning** : Intervensi pencegahan infeksi dilanjutkan.

2) Hari ke-2 (Selasa, 13 januari 2026) :

a) Daignosa Pertama : Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0129) :

Subjektif : -. **Objektif** : Tidak ada rembesan pada luka, luka pada area bokong masih terbalut, balutan terlihat bersih dan kering, mobilisasi fisik miring kiri dan kanan sudah dilakukan setiap 2 jam. GCS 4 E:2, V:1, M:1 (Sopor), hasil TTV : TD : 120/90mmhg, suhu : 36,1⁰C, nadi : 86x/menit, pernapasan : 21x/menit, SpO₂ : 100%, CRT >3 detik. **Assesment** : Masalah gangguan integritas kulit/jaringan belum teratasi. **Planning** : intervensi perawatan luka dilanjutkan

b) Diagnosa kedua : Risiko Infeksi (D.0142) :

Subjektif : -. **Objektif** : Keadaan luka tidak tampak infeksi, Tidak ada rembesan pada luka, luka pada area bokong masih terbalut, balutan terlihat bersih dan kering, GCS 4 E:2, V:1, M:1 (Sopor), hasil TTV : TD : 120/90mmhg, suhu : 36,1⁰C, nadi : 86x/menit, pernapasan : 21x/menit, SpO₂ : 100%, CRT >3, **Assesment** : Masalah resiko infeksi belum teratasi. **Planning** : Intervensi pencegahan infeksi dilanjutkan.

2) Hari ke-3 (Rabu, 14 Januari 2026) :

a) Daignosa Pertama : Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0129) :

Subjektif : -. **Objektif** : Setelah dilakukan perawatan luka menggunakan cairan NaCl dan ditutup menggunakan supratul serta dioleskan menggunakan minyak VCO, hasil : kerusakan kulit cukup menurun (4), kemerahan sedang (3), tekstur cukup membaik (4), mobilisasi fisik miring kiri dan kanan sudah dilakukan setiap 2 jam, GCS 4 E:2, V:1, M:1 (Sopor), hasil TTV : TD : 120/90mmHg, suhu : 37⁰C, nadi : 95x/menit, pernapasan : 21x/menit, SpO₂ : 99%, CRT > 3 detik. **Assesment** : Masalah gangguan integritas kulit/jaringan belum teratasi. **Planning** : intervensi perawatan luka dilanjutkan

b) Diagnosa kedua : Risiko Infeksi (D.0142) :

Subjektif : -. **Objektif** : Setelah dilakukan tindakan pencegahan infeksi pada luka dekubitus pada area bokong hasilnya : kebersihan badan meningkat (5), kemerahan cukup menurun (4). **Assesment** : Masalah resiko infeksi belum teratas,i GCS 4 E:2, V:1, M:1 (Sopor), hasil TTV : TD : 120/90mmHg, suhu : 37⁰C, nadi : 95x/menit, pernapasan : 21x/menit, SpO₂ : 99%, CRT > 3 detik. **Assesment** : Masalah resiko infeksi belum teratasi. **Planning** : Intervensi pencegahan infeksi dilanjutkan.

3.1.4 Pembahasan

a. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan langkah awal dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan data secara terstruktur guna mengidentifikasi masalah kesehatan pasien. Pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik yang disertai komplikasi ulkus dekubitus, pengkajian meliputi status neurologis, tingkat kesadaran, kemampuan mobilitas fisik, kondisi integritas kulit, serta pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman. Pada kasus Ny. Y di Ruang Anggrek, hasil pengkajian menunjukkan kesesuaian dengan adanya penurunan kesadaran, keterbatasan mobilitas fisik, ketergantungan dalam aktivitas sehari-hari, serta gangguan integritas kulit berupa ulkus dekubitus pada area bokong dengan grade 2, luas 2,5mm, kedalaman dangkal, tampak kemerahan dan sedikit berbau amis. Kondisi ini sejalan dengan teori (Yuli Erlina, 2025) yang menyatakan bahwa pasien stroke dengan imobilisasi berisiko tinggi mengalami luka tekan akibat tekanan berkepanjangan dan penurunan sensasi.

Namun demikian, terdapat kesenjangan antara teori dan praktik. Secara teori, pengkajian risiko ulkus dekubitus seharusnya dilakukan menggunakan instrumen penilaian standar, seperti skala Braden, serta pengkajian psikososial yang komprehensif. Pada kasus nyata,

pengkajian lebih berfokus pada kondisi fisik dan luka yang tampak, sementara penilaian risiko secara terstandar dan aspek psikososial belum terduga secara optimal. Secara keseluruhan, pengkajian pada kasus Ny. Y telah sesuai dengan teori (Yuli Erlina, 2025) dalam mengidentifikasi masalah utama pasien, khususnya gangguan integritas kulit. Namun, pengkajian dapat ditingkatkan dengan pendekatan yang lebih sistematis agar asuhan keperawatan yang diberikan menjadi lebih komprehensif.

b. Diagnosa

Pasien stroke non hemoragik dengan keterbatasan mobilitas berisiko mengalami berbagai masalah keperawatan, terutama gangguan integritas kulit dan gangguan mobilitas fisik. Pada kasus nyata ny. Y ditemukan adanya luka dekubitus serta ketergantungan pasien dalam perubahan posisi, sehingga kedua diagnosa tersebut sesuai dengan teori yang ditulis oleh (Yuli Erlina, 2025) dan kondisi klinis pasien. Pemilihan kedua diagnosis tersebut didasarkan pada prioritas masalah yang paling menonjol dan memerlukan penanganan segera. Gangguan integritas kulit merupakan masalah aktual yang berpotensi menimbulkan komplikasi, sedangkan gangguan mobilitas fisik menjadi faktor utama terjadinya luka dekubitus sekaligus memengaruhi pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman pada pasien.

Namun demikian, terdapat kesenjangan antara teori dan praktik. Secara teori, pasien stroke dengan kondisi tersebut berpotensi memiliki lebih dari dua diagnosa keperawatan. Pada kasus nyata, tidak semua diagnosa yang sesuai teori ditegakkan karena adanya penentuan prioritas terhadap masalah yang paling mendesak dan berdampak langsung pada kondisi pasien. Fokus asuhan keperawatan diarahkan pada penanganan luka dekubitus dan keterbatasan mobilitas sebagai masalah utama, sehingga diagnosa lain tidak menjadi prioritas meskipun secara teori mungkin ada.

c. Intervensi

Berdasarkan teori, intervensi keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan integritas kulit dan gangguan mobilitas fisik difokuskan pada pencegahan komplikasi, pemeliharaan keamanan dan kenyamanan, serta percepatan proses penyembuhan. Intervensi yang dianjurkan meliputi perubahan posisi secara teratur, perawatan luka dekubitus sesuai prinsip aseptik, pemantauan kondisi kulit, serta bantuan mobilisasi sesuai kemampuan pasien. Pada kasus intervensi yang dilakukan telah sesuai dengan teori intervensi (PPNI, 2018), yaitu melakukan reposisi pasien, perawatan luka dekubitus secara rutin, menjaga kebersihan dan keamanan pasien, serta memberikan bantuan dalam perubahan posisi untuk mengurangi tekanan pada area luka.

Dengan demikian, tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus yang terjadi di lapangan, karena intervensi serta perencanaan tindakan keperawatan telah disesuaikan dengan kebutuhan pasien, yaitu melalui mobilisasi fisik dan perawatan luka dengan tujuan mencegah bertambahnya keparahan ulkus dekubitus.

d. Implementasi

Berdasarkan teori yang telah di jelaskan intervensi (PPNI, 2018) , implementasi keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan integritas kulit dan gangguan mobilitas fisik dilakukan sesuai rencana intervensi yang telah ditetapkan, dengan tujuan mencegah komplikasi lanjutan, meningkatkan rasa aman dan nyaman, serta mempercepat proses penyembuhan. Implementasi meliputi perubahan posisi secara berkala, perawatan luka dekubitus sesuai prinsip aseptik, menjaga kebersihan dan keamanan pasien, serta membantu mobilisasi sesuai kemampuan pasien. Pada kasus nyata, implementasi keperawatan telah dilaksanakan sesuai dengan teori, seperti melakukan reposisi pasien, merawat luka dekubitus secara rutin, dan memberikan bantuan dalam perubahan posisi untuk mengurangi tekanan pada area luka.

Dengan demikian tidak terdapat kesenjangan antara teori dan implementasi dikarenakan, implementasi yang dilakukan sudah sejalan dengan perencanaan yang telah di buat dan disesuaikan dengan kondisi pasien.

e. Evaluasi

Berdasarkan pengkajian, diagnosa (PPNI, n.d.), intervensi (PPNI, 2018) dan implementasi dengan tujuan berdasarkan (PPNI, 2022), Evaluasi keperawatan dilakukan untuk menilai keberhasilan intervensi dan pelaksanaan tindakan yang telah diberikan dengan cara membandingkan hasil yang diperoleh dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya.. Evaluasi dilakukan secara sistematis menggunakan metode **SOAP**, yaitu menilai **respon subjektif** pasien (**S**), **data objektif** (**O**), **analisis pencapaian tujuan** (**A**), **serta rencana tindak lanjut** (**P**). Pada kasus nyata, evaluasi menunjukkan adanya perubahan kondisi pasien setelah dilakukan perawatan luka dan tindakan reposisi, seperti kondisi luka yang terawat, tidak terjadi perburukan luka dekubitus, serta pasien tampak lebih aman dan nyaman. Data tersebut menunjukkan bahwa sebagian tujuan keperawatan telah tercapai sesuai dengan teori.

Dengan demikian, tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan hasil evaluasi. Tindakan yang dilaksanakan sesuai perencanaan berdasarkan kondisi pasien menunjukkan hasil bahwa keadaan ulkus dekubitus dengan grade 2, luas 2,5mm, kedalaman dangkal tidak bertambah parah karena tindakan perawatan luka yang dilakukan.