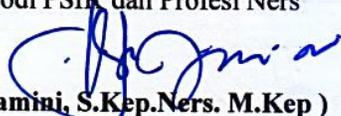


STIKES SUKA INSAN BANJARMASIN
LEMBAR KONSULTASI TAHAP I STASE KEPERAWATAN KOMPREHENSIF
PRODI ILMU KEPERAWATAN DAN PROFESI NERS ANGKATAN XI T.A 2022/2023

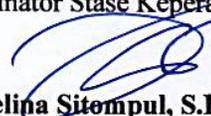
Nama : *Fadim Churritra*
 NIM : *113063121061*
 Judul Laporan : *Astrop Tn-m dengan Manifestasi TB*

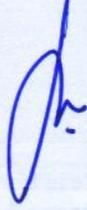
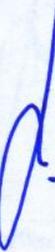
NO	Tanggal/Waktu	Materi Konsultasi	Saran	Paraf Preseptor Lahan
1	<i>4/2.23.</i>	<i>* Astrop.</i>	<i>* Perbaikan patung, serta ds/DO. * Perina hasil diuraikan lagi dan teori.</i>	 Lisna Imelda Napitupulu, S.Kep.Ns NIRA. 63710332312
2	<i>12/2.23</i>	<i>* Astrop.</i>	<i>* Perbaikan pelayanan dan dx keperawatan. * Acc.</i>	 Lisna Imelda Napitupulu, S.Kep.Ns NIRA. 63710332312
3	<i>4/2/23</i>	<i>Lapor kasus</i>	<i>Lengkap studi kasus.</i>	
4				

Mengetahui:
 Kaprodi PSIK dan Profesi Ners

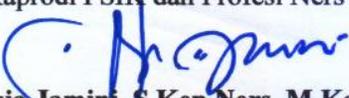

 (Theresia Jamini, S.Kep.Ners. M.Kep)

Banjarmasin, Februari 2023
 Koordinator Stase Keperawatan Komprehensif

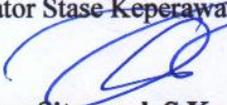

 (Dania Relina Sitompul, S.Kep., Ners, M.Kep.)

NO	Tanggal/Waktu	Materi Konsultasi	Saran	Paraf Preseptor Akademik
4	13/2/23 wan	Pemberian	Ace bab 1	
5	13/2/23 pm		Ace bab 2-4	
6	13/2/23 pm		Ace bab 4 Pemberian wafan	

Mengetahui:
Kaprodi PSIK dan Profesi Ners


(Theresia Jamini, S.Kep.Ners. M.Kep)

Banjarmasin, Februari 2023
Koordinator Stase Keperawatan Komprehensif


(Dania Relina Sitompul, S.Kep., Ners, M.Kep.)

STIKES SUKA INSAN BANJARMASIN
LEMBAR KONSULTASI TAHAP II STASE KEPERAWATAN KOMPREHENSIF
PRODI ILMU KEPERAWATAN DAN PROFESI NERS ANGKATAN XI T.A
2022/2023

Nama : Edwin Supriyanto
NIM : 118063121061
Judul Laporan : Askep M-m dengan Wawancara.

NO	Tanggal/Waktu	Materi Konsultasi	Saran	Paraf Preseptor Akademik
1	7/2/23 100	Konrol studi kasus	- Perbaiki penyajian data dan 0 - Ditambahkan diagnosis.	
2	11/2/23 13.20	Konrol perbaikan BAB 1 - BAB 5	- Tambahkan teori NBT ke bab 2 - Bab 3 keinterview tambahkan ke jurnal	
3	11/2/23 10.40	Konrol perbaikan	- BAB 4 tambahkan teori ke real - Bab 5 tambahkan literatur dan hasil diagnosa yang mana tambahkan tambahkan literatur APS	

Mengetahui:
 Kaprodi PSIK dan Profesi Ners

(Theria Samini, S.Kep., M.Kep.)

Banjarmasin, Februari 2023
 Koordinator Stase Keperawatan Komprehensif

(Dania Relina Sitompul, S.Kep., Ners, M.Kep.)



PEMBERIAN MINYAK ZAITUN UNTUK MENGURANGI MASALAH KERUSAKAN INTEGRITAS KULIT PADA An.A DENGAN THALASEMIA

Nada Salim As Syadza¹

Universitas Harapan Bangsa Purwokerto, Profesi Ners

Nadda5251@gmail.com

Murniati²

Universitas Harapan Bangsa Purwokerto

Murniati@shb.ac.id

ABSTRAK

Pendahuluan Pasien Talasemia kebanyakan memiliki keluhan sama yaitu kulit kering sampai menimbulkan manifestasi klinis yang ada sehingga muncul masalah dan salah satu masalah tersebut adalah Gangguan integritas kulit. Tujuan karya tulis ilmiah ini adalah untuk mengetahui pengaruh terapi Minyak Zaitun dalam mengatasi masalah gangguan integritas kulit. Gangguan integritas kulit. Metode yang digunakan dalam karya ilmiah ini adalah menggunakan koleksi data melalui observasi dan wawancara terhadap pasien dan keluarga pasien. Proses asuhan keperawatan dilakukan selama 2 hari mulai tanggal 08 Maret 2022 sampai dengan 09 Maret 2022. Minyak Zaitun memiliki kelembaban yang baik untuk kulit yang mengandung 24% lemak jenuh, omega 6 mengandung asam lemak omega 3 dan oleat yang membantu tubuh dalam mengurangi peradangan. Mengoleskan minyak zaitun terhadap kerusakan integritas kulit setiap 3 kali sehari dapat membantu memperbaiki keadaan kulit. Hasil penelitian tentang khasiat oleat menjelaskan bahwa oleat memberikan efek memberikan kelembaban dan perbaikan terhadap kulit, dalam hal ini merupakan tindakan untuk membuat kulit menjadi tetap lembab, terapi minyak zaitun terbukti berpengaruh untuk mengatasi diagnosis gangguan integritas kulit. kesimpulan Penerapan terapi minyak zaitun terbukti dapat mengatasi masalah diagnosa gangguan integritas kulit

Kata kunci; Thalasemia, Trapi Minyak Zaitun, Integritas Kulit

ABSTRACT

Introduction thalassemia patients mostly have the same complaint, namely dry skin to cause clinical manifestations that exist so that problems arise and one of these problems is impaired skin integrity. The purpose of this scientific paper is to determine the effect of Olive Oil therapy in overcoming the nursing diagnosis of impaired skin integrity. The method used in this scientific work is to collect data through observations and interviews with patients and their families. The nursing care process is carried out for 2 days starting from March 8, 2022 to March 9, 2022. Olive Oil has good moisture for the skin which contains 24% saturated fat, omega 6 contains omega 3 and oleic fatty acids which help the body reduce inflammation. The results of the study on the efficacy of oleate explained that oleate has the effect of providing moisture and repair to the skin, in this case an action to keep the skin moist, olive oil therapy has proven to be effective in overcoming the diagnosis of skin integrity disorders. Conclusion The application of olive oil therapy is proven to be able to overcome the problem of diagnosing skin integrity disorders

Keyword : Thalassemia, Olive oil therapy, Skin integrity

PENDAHULUAN

Thalasemia merupakan kelainan genetik sehingga mengakibatkan darah yang disebabkan oleh faktor hemoglobin tidak berfungsi secara

normal dengan manifestasi klinik yang bervariasi tergantung dari jumlah dan tipe rantai globin yang dipengaruhi (Ali et al., 2021).

Thalasemia merupakan suatu gangguan pada darah yang diturunkan ditandai oleh defisiensi produk rantai globulin pada hemoglobin. Penyakit thalasemia adalah salah satu penyakit genetik tersering di dunia. Penyakit genetik ini diakibatkan oleh ketidakmampuan sumsum tulang membentuk protein yang dibutuhkan untuk memproduksi hemoglobin (Sausan, 2020). Hemoglobin adalah molekul yang ditemukan dalam sel darah merah yang diperlukan untuk mengangkut O₂ dari paru-paru ke jaringan tubuh dan CO₂ dari jaringan tubuh kembali ke paru-paru, dan untuk memberikan pigmen merah ke sel darah merah (Salsabila et al., 2019). Penelitian yang dilakukan Nikmah (2020) tentang terapi minyak zaitun untuk mengatasi Gangguan Integritas Kulit efektif di Puskesmas Leyangan, hasilnya menunjukkan mengenai adanya perbedaan keadaan kulit sebelum dan sesudah melakukan minyak zaitun, sehingga dapat disimpulkan bahwa intervensi berupa terapi minyak zaitun berpengaruh terhadap gangguan integritas kulit yang signifikan sesudah melakukan terapi minyak zaitun.

Minyak zaitun diproduksi dari buah zaitun mengandung oleat. Hasil penelitian tentang khasiat *oleat* menjelaskan bahwa *oleat* memberikan efek kelembaban dan membantu kulit untuk penyembuhan radang dengan baik seperti pada kasus pasien dengan Talasemia. Selain itu efek penggunaan minyak zaitun untuk terapi gangguan integritas kulit terukur dengan baik setelah penggunaan terapi selama empat hari. Di RSUD Kardinah sendiri sudah

jarang dilakukan pemberian terapi komplementer seperti terapi minyak zaitun, tindakan yang biasanya dilakukan hanya sebatas pemberian terapi minyak zaitun sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang ada.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD Kardinah, tindakan yang dilakukan pada kasus pada anak dengan talasemia yaitu salah satunya pemberian terapi pemberian cairan dan transfusi darah dan obat-obatan. Berdasarkan uraian latar belakang diatas penulis tertarik untuk melakukan pengelolaan pasien dengan gangguan integritas kulit pada pasien talasemia dengan memberikan terapi minyak zaitun..

METODE

Metode yang digunakan dalam studi kasus ini adalah metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus melalui pemberian asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, menyusun diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi. Fokus studi yang dipilih yaitu Pemberian Mterapi minyak zaitun kepada pasien thalasemia yang memiliki masalah kerusakan gangguan integritas kulit. Studi kasus dilakukan pada 08 maret 2022 sampai dengan 09 maret 2022 di RSUD Kardinah Tegal. Pengumpulan data pada studi kasus menggunakan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan pendokumentasian.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil yang diharapkan peneliti adalah melihat Pengaruh minyak zaitun terhadap gangguan integritas kulit pada kasus Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan data subjektif ibu pasien mengatakan anaknya lemas pucat hb 8,2 g/dl .

Berdasarkan pengkajian

Nada Salim As Syadza : Pemberian Minyak Zaitun Untuk Mengurangi Masalah Kerusakan Integritas Kulit Pada An.A Dengan Thalasemia

diagnosa keprawatan pertama perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi Hb. Selain itu didapatkan juga data subjektif untuk diagnosa kedua yaitu ibu pasien mengatakan pasien kadang susah minum obat.

Berdasarkan pengkajian tersebut diagnosa kedua adalah ketidakpatuhan b.d program terapi kompleks atau lama. Data objektif ditemukan ibu pasien mengatakan kulit pasien kering, ibu pasien khawatir dan tidak tahu cara mengatasinya, Ibu pasien tampak khawatir sakit anaknya bertambah parah.

Berdasarkan hasil pengkajian untuk diagnosa ketiga adalah gangguan integritas kulit b.d perubahan pigmentasi. peneliti menegakan diagnosa Gangguan integritas kulit.

Perencanaan keperawatan adalah suatu proses di dalam pemecahan masalah yang merupakan keputusan awal tentang sesuatu apa yang akan dilakukan, bagaimana dilakukan, kapan dilakukan, siapa yang melakukan dari semua tindakan keperawatan (Dermawan, 2012), sedangkan menurut Setiadi (2012), perencanaan keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan pasien. Peneliti menetapkan rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi ketidakefektifan bersihan jalan nafas dengan langkah-langkah menentukan prioritas masalah, penulisan kriteria hasil dan memilih rencana keperawatan.

Pedoman yang digunakan dalam penulisan tujuan dan kriteria hasil berdasarkan SMART, yaitu S: spesifik (tujuan harus spesifik dan tidak menimbulkan arti ganda) dalam penelitian ini tujuan memberikan terapi minyak zaitun pada kulit yang kering. A:

achiveble (tujuan yang ditetapkan harus dapat dicapai) pemberian diberikan minyak zaitun tercapai apabila kulit kering pasien berkurang dan tidak mengelupas atau normal. R: reasonable (tujuan harus dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah) pemberian tindakan terapi minyak zaitun terbukti efektif menurut penelitian (Ni'mah Farhatun, 2020). T: time (tujuan harus mempunyai batasan waktu yang jelas) waktu diberikan terpi minyak zaitun dilakukan setiap hari kurang lebih 2 x, masing-masing tindakan dilakukan pada kulit yang kering.

Rencana tindakan keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut adalah dengan memberikan minyak zaitun. Tindakan keperawatan telah diambil dari intervensi menurut (Bulechek, 2013) yaitu lakukan pengkajian secara komprehensif, mengajarkan teknik nonfarmakologi. Rencana tindakan yang dilakukan peneliti yaitu mengajarkan teknik non farmakologi: pemberian minyak zaitun. Salah satu upaya untuk mengatasi kulit kering dapat dilakukan dengan pemberian rutin, dan tidak memiliki efek samping mdah di dapat (Gabrielle, 2013). Terapi minyak zaitun adalah pengobatan efektif untuk mengatasi kulit kering. (Ashley, 2013).

Hasil penelitian tentang khasiat minyak zaitune menjelaskan bahwa zaitun memberikan efek kelembaban pada kulit. Selain itu efek penggunaan zaitun untuk banyak terapi dan penggunaan produk produk lainnya. (Nadjib *et al.*, 2014) dalam penelitiannya menyebutkan terdapat bukti yang menunjukkan bahwa minyak esensial dari Eucalyptus globulus efektif sebagai pelembab dan layak dipertimbangkan penggunaannya dalam pengobatan atau pencegahan pasien dengan gangguan integritas klit di rumah sakit. Minyak zaitun dapat dimanfaatkan sebagai obat

herbal diantaranya untuk mengurangi kulit kering (Zulnely Z, Gusmalina, 2015).

Penerapan terapi minyak zaitun terbukti dapat mengatasi masalah diagnosa gangguan integritas kulit, pelaksanaan asuhan keperawatan sendiri dilaksanakan selama 1 hari, dengan kriteria hasil kulit kering berhasil berkurang. Untuk selanjutnya orangtua diajarkan dan diberi *discharge planning* cara penerapan terapi minyak zaitun untuk diterapkan dirumah.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil dan pembahasan diatas maka dapat diambil kesimpulan Penerapan terapi minyak zaitun terbukti dapat mengatasi masalah diagnosa gangguan integritas kulit, pelaksanaan asuhan keperawatan sendiri dilaksanakan selama 1 hari, dengan kriteria hasil kulit kering berhasil berkurang. Untuk selanjutnya orangtua diajarkan dan diberi *discharge planning* cara penerapan terapi minyak zaitun untuk diterapkan dirumah.

SARAN

Saran penulis yaitu diharapkan tindakan diatas dapat diaplikasikan sebagai tindakan keperawatan yang efektif Di ranah kesehatan kita dapat mekombinasikan terapi komplemter yang signifika terhadap kasus yang di alami pasien seperti penerapan terapi minyak zaitun untuk mengatasi gangguan integritaskulit terhadap pasien talasemia.

DAFTAR PUSTAKA

Adini, S., Indriani, N., & Februanty, S. (2021). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Minum Obat Kelasi Besi Pada

Anak Talasemia. *Jurnal Asuhan Ibu Dan Anak*, 6(2), 51–56. <https://doi.org/10.33867/jaia.v6i2.252>

Adyanti, H. E., Ulfa, A. F., & Kurniawati, K. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Talasemia Di Paviliun Seruni Rsud Jombang: Studi Literature. *Jurnal EDUNursing*, 4(1), 17–23. <https://test.journal.unipdu.ac.id/index.php/edunursing/article/view/2336>

Ali, H. M., Muhyi, A., & Riastiti, Y. (2021). Hubungan Usia, Kadar Hemoglobin Pretransfusi dan Lama Sakit terhadap Kualitas Hidup Anak Talasemia di Samarinda. *Jurnal Sains Dan Kesehatan*, 3(4), 441–447. <https://doi.org/10.25026/jsk.v3i4.368>

Anastasia, D. (2021). *Potensi Penggunaan Minyak Zaitun (Olive Oil) sebagai pelembab*. Program St.

Anisawati, L. D. (2017). Dukungan Orang Tua dengan Kualitas Hidup Anak Penderita Talasemia. *Diss. STIKES Insan Cendekia Medika Jombang*, 38–40.

Apriliani Salamatus'diyah. (2020). *Karakteristik Pada Pasien Dengan Talasemia Yang Dirawat di Rumah Sakit*.

Notoatmodjo, S. (2012). *Promosi Kesehatan & teori aplikasi*. Rieka Cipta.

Salsabila, N., Rukmi, R., Perdani, W., Ayu, N., & Irawati, V. (2019). Nutrisi Pasien Thalassemia (Nutrition for Thalassemia Patients). *Jurnal Majority*, 8(1), 178–182.

Nada Salim As Syadza : Pemberian Minyak Zaitun Untuk Mengurangi Masalah Kerusakan Integritas Kulit Pada An.A Dengan Thalasemia

Sausan, N. R. (2020). *Kti Nur Rachmi Sausan*.

Sugiyono. (2017). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: PT Alfabet.

Suryono, Christianto, N., & Ratna, H. (2020). *Nurser's Perspective On Indonesian Nursing Diagnosis Standards: Analysis Study Of Nurses Competence In Documenting Nursing Diagnoses*. *Solid State Technology*.

PENERAPAN KOMPRES HANGAT DALAM MENURUNKAN HIPERTERMIA PADA ANAK YANG MENGALAMI KEJANG DEMAM SEDERHANA

Nova Ari Pangesti¹, Bayu Seto Rindi Atmojo² Kiki A³

Akademi Keperawatan Pemkab Purworejo
Purworejo, (0275) 3140576
E-mail : nopheexcellent@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang : Kejang demam merupakan bangkitan kejang yang terjadi akibat kenaikan suhu mencapai 38°C, karena proses ekstrakranium, biasanya terjadi pada usia dibawah 5 tahun. Kejang demam sederhana merupakan kejang bersifat umum berlangsung beberapa detik dan kurang dari 15 menit. **Tujuan:** untuk menganalisa suhu partisipan yang mengalami hipertermi dengan diberikan kompres hangat di RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo. **Metode:** Penelitian menggunakan metode deskriptif dalam bentuk studi kasus. Subjek dalam penelitian ini 2 orang pasien anak dan keluarganya yang mengalami kejang demam sederhana. **Hasil:** setelah dilakukan pemberian kompres hangat pada partisipan 1 dan partisipan 2 selama 3 hari menunjukkan bahwa suhu partisipan 1 menurun dari 38.5°C menjadi 36.3°C dan partisipan 2 juga menurun dari 38.2°C menjadi 37.0°C. **Kesimpulan:** Pemberian kompres hangat merupakan tindakan yang efektif untuk menurunkan suhu pada partisipan yang mengalami hipertermi.

Kata kunci : Kejang Demam, Hipertermi, Kompres Hangat

ABSTRACT

Background: Febrile seizures are seizures that occur due to temperature increases reaching 38°C, because the extracranium process, usually occurs at the age of under 5 years. Simple febrile seizures are generic seizures lasting several seconds and less than 15 minutes. **Objective:** to analyze the temperature of participants who have hyperthermia by giving a warm compress at RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo. **Methods:** The study used a descriptive method in the form of case studies. The subjects in this study were 2 pediatric patients and their families who experienced simple febrile seizures. **Results:** after giving warm compresses to participant 1 and participant 2 for 3 days showed that the temperature of participant 1 decreased from 38.5 ° C to 36.3 ° C and participant 2 also decreased from 38.2 ° C to 37.0 ° C. **Conclusion:** Giving warm compresses is an effective action to reduce temperature in participants who experience hyperthermia.

Keywords : Febrile Convulsion, Hyperthermia, Warm Compress

Latar Belakang

Masa anak merupakan masa pertumbuhan dan masa perkembangan yang dimulai dari bayi (0-1 tahun), usia bermain/oddler (1-1,5 tahun), dan pra-sekolah (2.5-5 tahun). Dalam proses pertumbuhan dan perkembangan anak biasanya rentang sakit (Aziz, 2005). Para ahli menggolongkan usia balita pada usia pra-sekolah 3 - 4 tahun sebagai tahapan perkembangan anak yang cukup rentan terhadap berbagai serangan penyakit dan penyakit yang sering dijumpai adalah penyakit infeksi (Wong, 2009).

World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa hasil studi yang dilakukan pada 400 anak usia 1 bulan – 13 tahun dengan riwayat kejang, paling banyak anak menderita kejang demam 77%. Di Indonesia dilaporkan pada tahun 2012 – 2013 angka kejadian kejang demam 3-4% dari anak yang berusia 6 bulan – 5 tahun (Wibisono, 2015).

Di RSUD Dr. Tjitrowardojo dilaporkan angka kejadian kejang demam pada usia 1 – 5 tahun di tahun 2016-2017 dari 162 menjadi 172. Kejang demam sangat dipengaruhi oleh faktor usia, hampir tidak pernah ditemukan sebelum usia 6 bulan dan setelah 6 tahun (Hull, 2008).

Kejang demam merupakan bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu 38°C, yang disebabkan oleh suatu proses ekstrakranium, biasanya terjadi pada usia 3 bulan – 5 tahun (Sujono & Suharsono, 2010).

Kejang demam merupakan kelainan neurologist yang paling sering dijumpai pada anak, terutama pada anak umur 6 bulan sampai 4 tahun. Hampir 3% dari anak yang berumur

dibawah 5 tahun pernah menderita kejang demam (Ngastiyah, 2014). Kejang demam dibagi menjadi dua yaitu kejang demam sederhana dan kejang demam kompleks.

Menurut Riyadi, (2013) kondisi yang menyebabkan kejang demam antara lain : infeksi yang mengenai jaringan ekstrakranial seperti tonsilitis, otitis media akut, bronkitis. Adapun menurut IDAI, (2013) penyebab terjadinya kejang demam, antara lain: obat-obatan, ketidakseimbangan kimiawi seperti hiperkalemia, hipoglikemia dan asidosis, demam, patologi otak, eklampsia (ibu yang mengalami hipertensi prenatal, toksimea gravidarum). Sejalan menurut Airlangga Universty Press (AUP), (2015) dimana kejang demam (*febris convulsion/stuip/step*) yaitu kejang yang timbul pada waktu demam yang tidak disebabkan oleh proses di dalam kepala (otak: seperti meningitis atau radang selaput otak, ensifilitis atau radang otak) tetapi diluar kepala misalnya karena ada nya infeksi di saluran pernapasan, telinga atau infeksi di saluran pencernaan. Biasanya dialami anak usia 6 bulan sampai 5 tahun.

Kejang demam dibagi menjadi dua yaitu kejang demam sederhana dan kejang demam kompleks. Anak-anak yang mengalami kejang demam sederhana tidak memiliki peningkatan resiko kematian. Pada kejang demam kompleks yang terjadi sebelum usia 1 tahun, atau dipicu oleh kenaikan suhu < 39°C dikaitkan dengan angka kematian 2 kali lipat selama 2 tahun pertama setelah terjadinya kejang (Wulandari & Erawati, 2016).

Okti S, dkk (2008) menyatakan bahwa pada keadaan demam kenaikan suhu 1°C akan

mengakibatkan kenaikan metabolisme basal 10- 15% dan kebutuhan oksigen meningkat 20%. Kenaikan suhu tubuh tertentu dapat mempengaruhi keseimbangan dari membrane sel neuron dan dalam waktu yang singkat terjadi difusi dari ion kalium dan natrium dari membrane tadi, akibat lepasnya muatan listrik. Lepasnya muatan listrik ini demikian besar sehingga dapat meluas keseluruh sel maupun membrane sel tetangganya dengan bantuan neurotransmitter dan terjadilah kejang.

Pada anak yang panas perawat sering melakukan kegiatan untuk penurunan panas tersebut salah satunya dengan kompres (Sri P, dkk, 2008). Sri dan Winarsih (2008) yang melaporkan penelitian Swardana, dkk (1998) menyatakan bahwa menggunakan air dapat memelihara suhu tubuh sesuai dengan fluktuasi suhu tubuh pasien. Kompres hangat dapat menurunkan suhu tubuh melalui proses evaporasi. Hasil penelitiannya Swardana, dkk (1998) yang berjudul pengaruh kompres hangat terhadap perubahan suhu tubuh menunjukkan adanya perbedaan efektifitas kompres dingin dan kompres hangat dalam menurunkan suhu tubuh.

Kompres hangat telah diketahui mempunyai manfaat yang baik dalam menurunkan suhu tubuh anak yang mengalami panas tinggi di rumah sakit karena menderita berbagai penyakit infeksi. Sri dan Winarsih (2008) yang melaporkan penelitian tahun (2002) oleh Tri Redjeki menyatakan bahwa kompres hangat lebih banyak menurunkan suhu tubuh dibandingkan dengan kompres air dingin, karena akan terjadi vasokonstriksi pembuluh darah, pasien menjadi menggigil.

Dengan kompres hangat menyebabkan suhu tubuh diluaran akan terjadi hangat sehingga tubuh akan menginterpretasikan bahwa suhu diluaran cukup panas, akhirnya tubuh akan menurunkan kontrol pengatur suhu di otak supaya tidak meningkatkan suhu pengatur tubuh, dengan suhu diluaran hangat akan membuat pembuluh darah tepi dikulit melebar dan mengalami vasodilatasi sehingga pori – pori kulit akan membuka dan mempermudah pengeluaran panas. Sehingga akan terjadi perubahan suhu tubuh.

Berdasarkan paparan di atas, penulis tertarik membahas mengenai penerapan kompres hangat dalam menurunkan hipertermia pada anak yang mengalami kejang demam sederhana .

Metode

Desain penelitian ini adalah *deskriptif*, dalam bentuk studi kasus yang mengeksplor penerapan kompres hangat dalam menurunkan hipertermia pada anak yang mengalami kejang demam sederhana. Subyek dala penelitian ini adalah dua orang klien 2 orang pasien anak dan keluarganya yang mengalami kejang demam sederhana.

Pelaksanaan pengumpulan data dilakukan di Ruang Tulip bangsal anak RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo pada An. A yang pada tanggal 28 Januari 2019 – 30 Januari 2019, dan partisipan 2 yaitu An. H yang dilakukan tanggal 31 Januari 2019 – 02 Februari 2019

Pengumpulan data tentang penerapan kompres hangat dalam menurunkan hipertermia pada anak yang mengalami kejang demam sederhana, yaitu:

1. Observasi

Dalam penelitian ini, penulis mengobservasi atau melihat keadaan umum partisipan dengan pemeriksaan fisik (dengan pendekatan IPPA : inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi).

2. Pengukuran

Dalam penelitian ini, penulis mengukur menggunakan alat ukur pemeriksaan, seperti melakukan pengukuran TTV khususnya suhu tubuh.

3. Wawancara

Dalam penelitian ini wawancara yang dilakukan dengan menggunakan wawancara. Wawancara jenis ini merupakan kombinasi dari wawancara tidak terpimpin dan wawancara terpimpin.

4. Dokumentasi

Dokumentasi yang dilakukan oleh penulis yaitu pendokumentasi hasil pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, tindakan keperawatan, dan evaluasi dari tindakan.

Instrumen pengumpulan data yang meliputi:

1. Memberikan kompres hangat dengan menggunakan SOP Rumah Sakit.
2. Thermometer aksila

Uji keabsahan data dimaksudkan untuk menguji kualitas data atau informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Triangulasi dalam penelitian ini menggunakan triangulasi observasi, yaitu hasil pengukuran *post test* dan triangulasi waktu, yaitu dilakukan

dengan mengukur suhu tubuh setelah diberikan kompres hangat.

Hasil

An. A berusia 1 tahun 6 bulan mengalami kejang demam pertama kali dan partisipan An. H berusia 2 tahun mengalami kejang demam pertama kali. An. A dan An. H berjenis kelamin laki – laki dan diagnosa saat dirawat adalah kejang demam sederhana.

Dari hasil partisipan I menunjukkan bahwa keluhan utama pada An. A yaitu ibu An. A mengatakan anak mengalami demam dan kejang (± 10 menit), sedangkan hasil dari partisipan II pada An. H ibu An. H mengatakan anaknya demam, muntah ± 5 kali dan anak mengalami kejang (± 3 menit).

Dari hasil pemeriksaan kedua partisipan ibu partisipan mengatakan An. A dan An. H sebelum mengalami kejang partisipan didahului mengalami peningkatan suhu tubuh dengan suhu tubuh An. A (38.5°C) dan An. H (38.2°C).

Implementasi yang di Memberikan kompres hangat : partisipan 1 : Dilakukan tindakan kompres hangat saat suhu tubuh masih tinggi dan pemberian antipiretik, partisipan 2 : Tidak dilakukan tindakan kompres hangat, hanya diberikan obat antipiretik. Jadi, terdapat perbedaan penurunan suhu pada partisipan 1 dan partisipan 2. Pada partisipan 1 yang diberi tindakan kompres hangat dan pemberian antipiretik selama 3 hari didapatkan hasil suhu tubuh partisipan 1 turun $\pm 1.9^{\circ}\text{C}$, sedangkan pada partisipan 2 yang hanya diberi obat antipiretik selama 3 hari didapatkan hasil suhu tubuh partisipan 2 turun $\pm 1.5^{\circ}\text{C}$.

Evaluasi dari hasil perbandingan implementasi antara partisipan I (An. A) yang dilakukan kompres hangat dengan partisipan II (An. H) yang tidak dilakukan kompres hangat adalah bahwa suhu tubuh cepat turun jika dilakukan pemberian kompres hangat ditambah dengan obat antipiretik daripada tidak diberikan kompres hangat. Didapatkan hasil pada An.A suhu tubuh awal 38.2°C setelah dilakukan kompres hangat ditambah dengan obat antipiretik selama tiga hari menjadi 36.3°C, telah terjadi penurunan ±1.9°C. sedangkan pada An. H yang tidak dilakukan kompres hangat tetapi hanya dengan obat antipiretik suhu awal 38.5°C selama tiga hari menjadi 37.0°C, telah terjadi penurunan ±1.5°C.

Pembahasan

1. Gambaran suhu tubuh sebelum diberikan terapi kompres hangat

Pada Tn S sebelum dilakukan tindakan keperawatan skala nyeri yang dirasakan yaitu 4. Sedangkan pada Tn W skala nyeri awal yang terasa skala 3.

Kejang demam adalah serangan kejang yang terjadi karena kenaikan suhu tubuh yaitu di atas 38°C yang sering dijumpai pada usia anak dibawah lima tahun (Subiyanto, 2010).

Menurut Analisa peneliti masalah hipertermi yang muncul pada An. H karena anak sudah terjadi infeksi didalam tubuhnya hal ini didukung juga dari pemeriksaan laboratorium yang terjadi peningkatan leukosit (18.2) batas normal (6.0 – 17.5). Kejang demam, terjadi pada

hari pertama demam, serangan pertama jarang sekali terjadi pada usia < 6 bulan atau > 3 tahun. Gejala: anak tidak sadar, kejang tampak sebagai gerakan-gerakan seluruh tangan dan kaki yang terjadi dalam waktu sangat singkat

Demam atau panas pada anak itu umumnya justru dibutuhkan sebagai salah satu bentuk perlawanan tubuh terhadap infeksi. Tetapi apakah ada sisi negatifnya. Kerugian yang bisa terjadi akibat demam antara lain gangguan tumbuh kembang, sulit konsentrasi, hambatan dalam aktivitas sehari-hari seperti sekolah, bermain, dll. Selain itu kejang demam dapat menyebabkan kerusakan pada otak dan menimbulkan epilepsi. Menurut Taslim, (2013) kejang demam yang di perkirakan setiap tahun nya terjadi pada anak sebagian besar mengalami komplikasi epilepsi. Di indonesia sendiri komplikasi yang terjadi karena kejadian kejang demam berupa kejang berulang, epilepsi, dan hemiparese.

Saat anak terjadi kejang demam tidak ditangani dengan baik oleh orang tua, maka resiko terjadi kejang demam berulang sangat besar. Oleh karena itu orang tua perlu diberikan pemahaman tentang tatalaksana penanganan demam seperti kompres hangat.

2. Gambaran Intensitas nyeri setelah diberikan relaksasi nafas dalam

Didapatkan hasil pada An.A suhu tubuh awal 38.2°C setelah dilakukan kompres hangat ditambah dengan obat antipiretik selama tiga hari menjadi 36.3°C, telah terjadi penurunan ±1.9°C. sedangkan pada An. H suhu awal 38.5°C selama tiga hari menjadi 37.0°C, telah

terjadi penurunan $\pm 1.5^{\circ}\text{C}$. Kompres hangat diberikan dengan waktu 30 menit dengan suhu air hangat $\pm 34^{\circ}\text{C} - 37^{\circ}\text{C}$. Kompres hangat diberikan 2 jam sebelum pemberian terapi obat parasetamol.

Kompres hangat tindakan melapisi permukaan kulit dengan handuk yang telah dibasahi air hangat dengan temperatur $30^{\circ}\text{C} - 35^{\circ}\text{C}$ (Maling, 2012). Kompres yang benar yaitu menggunakan air hangat karena jika menggunakan air dingin maka akan terjadi pelebaran pembuluh darah yang akan menyebabkan lancarnya pembuluh darah dan cepatnya pengeluaran keringat sehingga suhu tubuh cepat turun.

Menurut Purwanti, (2008) cit Mohamad, (2011) tindakan memberikan kompres hangat pada pasien bertujuan menurunkan suhu tubuh melalui proses evaporasi, yaitu hilangnya panas dengan proses keluarnya keringat di bagian kulit tersebut menguap. Tindakan kompres hangat dilakukan pada leher, kedua axila, kedua selangkangan, dan kedua lipatan lutut bagian dalam, dimana area tersebut terdapat pembuluh darah yang besar sehingga akan cepat dalam memberikan atau menghantarkan sinyal ke hipotalamus untuk meningkatkan penguapan dan menurunkan suhu tubuh.

Hal ini menyatakan bahwa keefektifan kompres hangat untuk mengatasi demam dikemukakan oleh Fatmawati Mohamad (2012) dalam jurnal penelitiannya yang berjudul Efektifitas

Kompres Air Hangat Terhadap Penurunan Suhu Tubuh Anak Demam, mengemukakan bahwa tindakan alternatif yang paling efektif untuk mengatasi hipertermi adalah dengan cara mengompres air hangat. Disamping itu sesuai dengan penelitiannya Sri Purwanti (2008) yang menyatakan pengaruh kompres hangat terhadap perubahan suhu tubuh pada pasien anak dengan hipertermi.

Sejalan dengan penelitian terdapat rerata suhu tubuh pasien sebelum dilakukan tindakan kompres hangat sebesar $38,9^{\circ}\text{C}$, dan setelah mendapat perlakuan kompres hangat selama 10 menit menjadi berubah sebesar $37,9^{\circ}\text{C}$ sehingga membuktikan ada pengaruh kompres hangat terhadap perubahan suhu tubuh dengan nilai $P = 0,001$.

Kesimpulan

Berdasarkan penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahwa pemberian kompres hangat merupakan tindakan yang efektif untuk menurunkan suhu pada partisipan yang mengalami hipertermi.

Ucapan Terima Kasih

Dalam hal ini penulis mengucapkan terima kasih kepada Direktur Akper Pemkab Purworejo dan Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat yang telah memberikan dukungan moril maupun materiil dalam penyelesaian publikasi ini.

Daftar Pustaka

- Brunner & Suddarth. 2013. *Keperawatan Medikal- Bedah*. Jakarta : EGC
- Aminatul Fatayati & Umu Hani Edi Nawangsih, 2010. *Pengaruh Pemberian Kompres Hangat Terhadap Penurunan Suhu Badan Pada Balita*.
- Attila Dewanti, dkk, 2012. *Kejang Demam Dan Faktor Yang Mempengaruhi Rekurensi*. *Sari Pediatri*, Vol. 14, No. 1.
- Carison, dkk, 2018. *Tatalaksana Terkini Demam Pada Anak*. *Jurnal Kedokteran Meditek* Vol. 24, No. 67, Juli – Sept 2018.
- Fadil & Akmal Hasan, 2018. *Pengaruh Kompres Hangat Terhadap Perubahan Suhu Tubuh Pada Pasien Febris*. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Pencerah* ISSN 2089-9394, Vol. 1. No. 2.
- Fuadi, dkk, 2010. *Faktor Resiko Bangkitan Kejang Demam Pada Anak*. *Sari Pediatri*, Vol. 12, No. 3. Fatmawati Mohamad, 2012. *Efektifitas Kompres Hangat Dalam Menurunkan Demam*. *Jurnal Health and Sport – ejournal.ung.ac.id*
- Hidayat, A. Aziz Alimul. 2005. *Pengantar Ilmu keperawatan Anak*, Edisi 1. Salemba Medika : Jakarta.
- IDAI. (2013). *Kejang Demam Anak*, (Online). [Http://www.idai.or.id/main.php.pdf](http://www.idai.or.id/main.php.pdf)> (diakses pada tanggal 29 Juni 2018).
- Inke Nadia Diniyanti Lubis & Chairuddin Panusunan Lubis. *Penanganan Demam Pada Anak*. *Sari Pediatri*, Vol. 12, No. 6.
- Jenyfer P. Kakalang, dkk, 2016. *Profil Kejang Demam*. *Jurnal e-Clinic (eCI)*, Vol. 4, No. 2, Juli – Desember 2016.
- Melda Deliana, 2002. *Tata Laksana Kejang Demam Pada Anak*. *Sari Pediatri*, Vol.4, No. 2, September 2002 : 59 – 62.
- Ngastiyah, 2014. *Perawatan Anak Sakit / Ngastiyah ; editor, Setiawan – Jakarta : EGC*.
- Okti Sri Purwanti & Arina Maliya, 2008. *Kegawatdaruratan Kejang Demam Pada Anak*. *Journal Berita Ilmu Keperawatan*, Vol. 1, No. 2.
- Reva Indriyani, 2017. *Asuhan Keperawatan Pada Anak yang Mengalami Kejang Demam Dengan Hipertermia*.
- Riyadi & Ratnaningsih. (2013). *Tumbang cara praktis untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan anak*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Sri Hartini & Putri Pandu Pertiwi, 2015. *Efektifitas Kompres Air Hangat Terhadap Penurunan Suhu Tubuh Anak Demam Usia 1-3 Tahun Di SMC RS Telogorejo Semarang*. *Karya Ilmiah – ejournal.stikestelogorejo.ac.id*
- Sri Purwanti & Winarsih Nur Ambarwati, 2008. *Pengaruh Kompres Hangat Terhadap Perubahan Suhu Tubuh Pada Pasien Anak Hipertermia*. *Jurnal Berita Ilmu Keperawatan* ISSN 1979-2697, Vol. 1. No. 2.
- Subiyanto (2010). *Asuhan Keperawatan Anak Dengan Kejang Demam* (<http://teguhsuibianto.blogspot.com>, diakses 29 Maret 2020)

**PENERAPAN TEKNIK *HEAD UP 30°* TERHADAP PENINGKATAN
PERFUSI JARINGAN OTAK PADA PASIEN YANG MENGALAMI
CEDERA KEPALA SEDANG**

Wahidin¹, Ngabdi Supraptini²

Akademi Keperawatan Pemkab Purworejo
Purworejo, (0275) 3140576
E-mail : adinrahman@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang : Cedera kepala merupakan salah satu kasus penyebab kecacatan dan kematian yang menjadi masalah kesehatan utama. Penanganan awal dapat meminimalisir seorang pasien terkena cedera kepala sekunder. Salah satu cara untuk melakukan penanganan pasien dengan cedera kepala diantaranya dengan menjaga jalan nafas dengan pemberian terapi oksigenasi. **Tujuan :** Mengetahui penerapan teknik *head up 30°* terhadap peningkatan perfusi jaringan otak pada pasien yang mengalami cedera kepala sedang. **Metode :** Jenis penelitian ini adalah deskriptif menggunakan metode pendekatan studi kasus. Subyek dalam penelitian ini adalah dua orang klien yang mengalami cedera kepala sedang. **Hasil:** Setelah diberikan terapi peninggian kepala 30° pada Tn.A dan Tn.I tidak mengalami sesak dibuktikan dengan RR dalam batas normal dan peningkatan kesadaran. **Kesimpulan:** Penerapan teknik *head up 30°* dapat meningkatkan perfusi jaringan otak pada pasien yang mengalami cedera kepala sedang.

Kata kunci : *Congestive Heart Failure*, Ketidakefektifan Pola Nafas, Terapi Pemberian Oksigen

ABSTRACT

Background : *Congestive Heart Failure* is the inability of the heart to pump enough blood to carry out metabolism to meet the requirements for oxygen and nutrients in other words, it requires an abnormal increase in pressure on the heart to meet the needs of metabolism. The main problem with clients with *congestive heart failure* is ineffective breathing patterns. To overcome the breathing pattern is giving oxygen therapy. **Objective :** to determine the description of the management of nursing care to clients with comprehensive *congestive heart failure* through the nursing process. **Method :** This type of research is descriptive using a case study approach. The subjects in this study were two clients who experienced congestive heart failure with criteria experiencing shortness of breath and compositional awareness. **Results :** showed that there were changes in breathing patterns for the better, not experiencing shortness and normal breathing frequency. **Conclusion :** Nursing problems with ineffective breathing patterns associated with hyperventilation can be overcome with giving oxygen therapy, increased oxygen, to obtain criteria for the results to be achieved.

Keywords: Congestive Heart Failure, Ineffective Breathing Patterns, Giving Oxygen Therapy.

Latar Belakang

Secara global, insiden cedera kepala sedang meningkat dengan lajunya terutama karena peningkatan penggunaan kendaraan bermotor. Tahun 2018 WHO memperkirakan bahwa kecelakaan lalu lintas akan menjadi penyebab penyakit dan trauma ketiga terbanyak di dunia (Nurfaisa, 2012).

Cedera kepala merupakan salah satu kasus penyebab kecacatan dan kematian yang menjadi masalah kesehatan utama karena korban gawat darurat yang menyerang sebagian orang sehat dan produktif (Sartono et al, 2014).

Cedera kepala dapat menimbulkan kondisi, seperti gegar otak ringan, koma, sampai kematian, kondisi paling serius disebut dengan cedera otak traumatic (*traumatic brain injury* (TBI). Penyebab paling umum TBI (*traumatic brain injury*) adalah jatuh (28%). Kecelakaan kendaraan bermotor (20%). Tertabrak benda (19%) dan perkelahian (11%) (Brunner & Suddart, 2013).

Berdasarkan Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013, jumlah data seluruhnya 1.027.758 untuk semua umur. Responden yang mengalami cedera 84.774 dan yang tidak cedera 942.984 orang. Prevalensi cedera tertinggi berdasarkan karakteristik responden yaitu kelompok umur 15-24 tahun sekitar (11,7%) dan pada laki-laki (10,1%). (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2013). Secara umum cedera diklasifikasikan menurut skala Glasgow Coma Scale diklasifikasikan menjadi tiga : (1) Cedera Kepala

Ringan (GCS 13-15) dapat terjadi kehilangan kesadaran atau amnesia selama 30 menit, tidak ada kontusio tengkorak, tidak ada fraktur serebral, dan hematoma (2) Cedera Kepala Sedang (GCS 9-12) hilangnya kesadaran atau amnesia lebih dari 30 menit, kurang dari 24 jam bisa terjadinya fraktur tengkorak, (3) Cedera Kepala Berat (GCS 3-8) dapat kehilangan kesadaran dan terjadi amnesia lebih dari 24 jam meliputi kontusio serebral, laserasi, atau hematoma intrakranial (Amien&Hardhi, 2016).

Cedera kepala merupakan salah satu kegawat daruratan yang banyak mengancam jiwa, maka dari itu harus ditangani dengan tepat dan cepat. Penanganan awal dapat meminimalisir seorang pasien terkena cedera kepala sekunder. Ada banyak cara untuk melakukan penanganan pasien dengan cedera kepala diantaranya dengan menjaga jalan nafas. Salah satu cara untuk menjaga jalan nafas adalah dengan pemberian terapi oksigenasi.

Penelitian Hardi, 2008 (Dikutip dalam Nur, 2018). Oksigen merupakan komponen gas dan unsur vital dalam proses metabolisme, untuk mempertahankan kelangsungan hidup seluruh sel. Elemen ini diperoleh dengan cara menghirup udara setiap kali bernafas. Penyampaian oksigen ke jaringan tubuh ditentukan oleh interaksi sistem respirasi, kardiovaskuler dan hematologi. Kekurangan oksigen ditandai dengan keadaan hipoksia, dalam proses lanjut menyebabkan kematian jaringan dan dapat mengancam kehidupan (Anggraini & Hafifah, 2014). Berdasarkan latar belakang diatas, penulis tertarik untuk membuat melakukan penelitian berjudul "Penerapan Teknik *Head Up 30°* terhadap Peningkatan

Perfusi Jaringan Otak pada Pasien yang Mengalami Cedera Kepala Sedang”.

Metode

Desain penelitian ini adalah *deskriptif*, dalam bentuk studi kasus. Studi kasus ini mengeksplorasi masalah pada klien dengan Ketidakefektifan perfusi jaringan otak. Subyek dalam penelitian ini adalah pasien yang berjumlah 2 orang yang mengalami Cedera Kepala Sedang.

Pelaksanaan pengumpulan data dilakukan di IGD RSUD Dr. Soedirman Kebumen. Waktu penelitian studi kasus ini dimulai pada tanggal 26 – 27 Juni 2019 untuk partisipan I Tn. A dan pada tanggal 26 Juni dan 27 Juni 2019 untuk partisipan II (Tn.I).

Pengumpulan data tentang penerapan teknik *head up 30°* terhadap peningkatan perfusi jaringan otak pada pasien yang mengalami cedera kepala sedang yaitu:

1. Observasi

Dalam penelitian ini, penulis mengobservasi atau melihat keadaan umum partisipan dengan pemeriksaan fisik (dengan pendekatan IPPA : inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi).

2. Pengukuran

Dalam penelitian ini, penulis mengukur menggunakan alat ukur pemeriksaan, seperti melakukan pengukuran tekanan darah, menghitung frekuensi napas, dan menghitung frekuensi nadi, frekuensi nafas (RR). Penulis menggunakan beberapa peralatan yang akan digunakan

dalam proses pengumpulan data yaitu tensimeter jarum, stetoskop, jam tangan dan alat tulis.

3. Wawancara

Dalam penelitian ini wawancara yang dilakukan dengan menggunakan wawancara. Wawancara jenis ini merupakan kombinasi dari wawancara tidak terpimpin dan wawancara terpimpin.

4. Dokumentasi

Dokumentasi yang dilakukan oleh penulis yaitu pendokumentasi hasil pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, tindakan keperawatan, dan evaluasi dari tindakan.

Instrumen pengumpulan data yang meliputi:

1. Memberikan teknik *head up 30°* sesuai SOP Rumah Sakit.
2. Pedoman observasi

Uji keabsahan data dimaksudkan untuk menguji kualitas data atau informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Uji keabsahan dilakukan dengan cara memperpanjang waktu pengamatan/tindakan. dan mencari sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu pasien, perawat dan keluarga yang berkaitan dengan masalah yang teliti.

Hasil

Tn. A klien 1 pada tanggal 26 juni 2019 pada pukul 08.00 WIB didapatkan keluhan utama adalah nyeri kepala. Sedangkan Tn. I klien ke 2 datang ke IGD kebumen pada tanggal 27 Juni 2019 pada pukul 23.00 WIB.

Pada tanggal 26 Juni 2019 penulis menemukan pada Tn.A klien tampak sadar pola nafas tidak ada sumbatan RR 28x/menit, Suara paru ronchi. Suhu: 360 Tekanan darah: 137/90 Nadi:102x/menit Akral: hangat, konjungtiva anemis, Turgor kulit: baik Perdarahan: ada luka bentur di kepala kurang lebih 3cm dan ada fraktur kaki kanan. GCS 15 (E.4 M.6 V.5) composmentis. Penulis melakukan tindakan dengan memberikan posisi kepala *head up 30°* dan melakukan pemasangan masker oksigen 3L/menit.

Pada 27 Juni 2019 pada Tn. I penulis menemukan klien kesadaran menurun, pola nafas tidak ada sumbatan RR 27x/menit. Suara paru ronchi, Suhu:370 Tekanan darah: 120/80 mmhg, Nadi: 76xmenit, Akral:dingin, Turgor kulit: baik, ada perdarahan di bibir bawah, dan ada luka bentur di kepala kurang lebih 3 cm. GCS 12 (E.3 M.5 V.4) somnolen. Kemudian penulis memberikan posisi kepala *head up 30°* dan melakukan pemasangan masker oksigen 3L/menit.

Berdasarkan hasil observasi terhadap kedua klien didapatkan masalah yang sama yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan trauma kepala. Pelaksanaan posisi *head up 30°* pada Tn.A klien ke 1 dan Tn.I klien ke 2 sesuai dengan rencana yang dibuat. Respon klien setelah

tindakan diberikan peninggian kepala 30° pada Tn.A dan Tn.I tidak mengalami sesak dan tampak lebih nyaman.

Pembahasan

1. Gambaran perfusi jaringan cerebral sebelum diberikan terapi *head up 30°*

Dari hasil pengkajian primer Tn.A klien ke 1 ada ketidakefektifan perfusi jaringan serebral RR 28x/menit, suara nafas tidak ada sumbatan, suara nafas cepat dan terdapat cuping hidung. Sedangkan pada Tn.I klien ke 2 terdapat ketidakefektifan perfusi jaringan serebral RR 27x/menit tidak ada sumbatan suara nafas cepat.

Menurut Black & Hawks (2009) bahwa pasien cedera kepala sedang mengalami ketidakefektifan perfusi jaringan serebral. Pasien cedera kepala sedang mengalami ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan trauma kepala. Proteksi otak merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan untuk mencegah atau mengurangi kerusakan sel-sel otak yang diakibatkan oleh keadaan iskemia.

Cerebral perfusion pressure (CPP) adalah jumlah aliran darah dari sirkulasi sitemik yang diperlukan untuk memberikan oksigen dan glukosa yang adekuat untuk metabolisme otak (Black & Hawks, 2005). Tanda-tanda vital yang tetap terjaga konstan memperbaiki aliran darah sehingga meningkatkan status neurologis.

2. Gambaran perfusi jaringan cerebral setelah diberikan terapi *head up 30°*

Setelah diberikan terapi peninggian kepala 30° pada Tn.A dan Tn.I tidak mengalami sesak. Menurut penulis evaluasi dan tindakan keperawatan Tn.A dan Tn.I dilakukan posisi kepala 30° pada cedera kepala sedang untuk mengurangi sesak dan meingkatkan kesadaran klien. Hal ini terbukti dari klien 2 dengan GCS awal 12 (somnolent) menjadi sadar penuh atau GCS 15.

Pemberian oksigen melalui masker sederhana dan posisi kepala 30° merupakan tindakan yang tepat pada klasifikasi cedera kepala sedang untuk melancarkan perfusi oksigen ke serebral sehingga membantu peningkatan status kesadaran.

Posisi head up 30 derajat merupakan posisi untuk menaikkan kepala dari tempat tidur dengan sudut sekitar 30 derajat dan posisi tubuh dalam keadaan sejajar (Bahrudin, 2008).

Keseimbangan oksigen otak dipengaruhi oleh aliran darah otak. Proteksi otak merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan untuk mencegah atau mengurangi kerusakan sel-sel otak yang diakibatkan oleh keadaan iskemia. Iskemia otak adalah suatu gangguan hemodinamik yang akan menyebabkan penurunan aliran darah otak sampai ke suatu tingkat yang akan menyebabkan kerusakan otak yang ireversibel. Metode dasar dalam melakukan proteksi otak adalah dengan

cara membebaskan jalan nafas dan oksigenasi yang adekuat.

Posisi head-up 30 derajat bertujuan untuk memenuhi kebutuhan oksigenasi di otak sehingga menghindari terjadinya hipoksia pasien, dan tekanan intrakranial menjadi stabil dalam batas normal. Selain itu, posisi ini lebih efektif untuk mempertahankan tingkat kesadaran karena sesuai dengan posisi anatomis dari tubuh manusia yang kemudian mempengaruhi hemodinamik pasien (Batticaca FB, 2008).

Posisi head up 30 derajat yang dilakukan dalam penelitian ini merupakan bentuk tipe intervensi standar comfort yang artinya tindakan dilakukan dalam upaya mempertahankan atau memulihkan peran tubuh dan memberikan kenyamanan serta mencegah terjadinya komplikasi.

Posisi head up 30 derajat merupakan posisi menaikkan kepala dari tempat tidur dengan sudut sekitar 30 derajat dan posisi badan sejajar dengan kaki. Posisi head up 30 derajat memiliki manfaat untuk menurunkan tekanan intrakranial pada pasien cedera kepala. Selain itu posisi tersebut juga dapat meningkatkan oksigen ke otak (Batticaca FB, 2008).

Posisi head up 300 perfusi dari dan ke otak meningkat sehingga kebutuhan oksigen dan metabolisme meningkat ditandai dengan peningkatan status kesadaran diikuti oleh tanda-tanda vital yang lain. 2 responden memiliki pupil tidak normal (anisokor, reaksi+/+),kemungkinan terjadi penekanan terhadap saraf

okulomotor ipsilateral akibat edema serebri post optrepanasi. Pasien dengan hematoma yang besar yang memberikan efek massa yang besar dan gangguan neurologis (Bajamal, 2007).

Otak yang normal memiliki kemampuan autoregulasi, yaitu kemampuan organ mempertahankan aliran darah meskipun terjadi perubahan sirkulasi arteri dan tekanan perfusi (Tankisi, et.al, 2005). Autoregulasi menjamin aliran darah yang konstan melalui pembuluh darah serebral diatas rentang tekanan perfusi dengan mengubah diameter pembuluh darah dalam merespon perubahan tekanan arteri. Pada klien dengan gangguan autoregulasi, beberapa aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan darah seperti batuk, suctioning, dapat meningkatkan aliran darah otak sehingga juga meningkatkan tekanan TIK (Thamburaj, V, 2006).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Pertami SB, Sulastyawati, Anami P (2017) yang menunjukkan terdapat pengaruh yang signifikan posisi head-up 30° pada perubahan tekanan intrakranial, khususnya di tingkat kesadaran dan tekanan arteri rata-rata pada pasien dengan cedera kepala. Hasil penelitian Martina, dkk (2017) juga menunjukkan bahwa posisi Head Up 30 derajat berpengaruh terhadap saturasi oksigen pada pasien stroke.

Sejalan dengan penelitian Huda, (2012) berdasarkan t-tes tes dengan

tingkat signifikansi $\alpha = 0,005$ diperoleh $p=0,000$ berarti ada peningkatan perfusi serebral secara efektivitas dengan elevasi kepala 30 derajat. Perfusi pada pasien dengan pasca-op trepanasi setelah 8 jam. Elevasi kepala 30 derajat dapat meningkatkan perfusi serebral pada pasien.

Kesimpulan

Berdasarkan penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahwa Pada klien ke 1 Tn. A respon yang telah diberikan tindakan pemberian posisi 30° selama 1 x 7 jam ketidakefektifan perfusi jaringan serebral kembali efektif, sedangkan pada klien ke II Tn. I setelah dilakukan intervensi pemberian posisi 30° selama 1 x 7 jam ketidakefektifan perfusi jaringan serebral kembali efektif.

Ucapan Terima Kasih

Dalam hal ini penulis mengucapkan terima kasih kepada Direktur Akper Pemkab Purworejo dan Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat yang telah memberikan dukungan moril maupun materiil dalam penyelesaian publikasi ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Batticaca FB. (2008). Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan. Jakarta: Salemba Medika.
- Indriyani, fatiyah. (2018). *Analisis Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cedera Kepala Sedang Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Perfusi Jaringan Serebral Di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto*. Stikes Gombang. Diakses pada tanggal 23 Maret 2019, Pukul 18:20 PM.

- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company.
- Lilis, suryani. (2016) *Pemberian Posisi Semi Flower Dengan Cedera Kepala Ringan Rumah Sakit Salatiga*. Salatiga : publishing. Diakses pada 14 april 2019, pukul 15:00 AM.
- Manurung, melva & Gustia, M. 2018. *Hubungan Ketepatan Penilaian Triase Dengan Tingkat Keberhasilan Penanganan Pasien Cedera Kepala Di IGD RSUD HKBP Balige Kabupaten Toba Samosir*. Diakses pada 19 Maret 2019, pukul : 13:40 AM.
- Nurfaise (2012). *Gambaran Penanganan Cedera Kepala Di Instansi Gawat Darurat Di RSUD Karanganyar*. Diakses pada tanggal 23 April 2019 pukul 17:00 PM.
- Nurarifin, Amin H, H. K. (2016) *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda NIC-NOC Edisi Jilid I*. Yogyakarta : Medication.
- Nurarif, Amin H danHardhi, Kusuma,2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Diagnosa Medis Dan Nanda NIC-NOC*. Yogyakarta. Mediacion Jogja.
- Putra, Adi. (2016). *Gambaran Penanganan Pasien Cedera Kepala Di Instalasi Gawat Darurat Rsu Pku Muhammadiyah Bantul*. epository.unjaya.ac.id/2512/1/SatriaB agosAdi Putra_2212256_nonfull.pdf. Diakses pada tanggal 23 Maret 2019, pukul 18:20 PM.
- Rawis, ddk.2016. *Profil pasien cedera kepala sedang dan berat yang dirawat di ICU dan HCU*. Diakses pada tanggal 19 Maret 2019, pukul : 13:40 AM.
- Simamora & Suriani.2017. *Pengaruh Pemberian Terapi Oksigen Dengan Menggunakan Non-Rebreathing Mask (Nrm) Terhadap Nilai Tekanan Parsial Co2 (Paco2) Pada Pasien Cedera Kepala Sedang (Moderate Head Injury) Di Ruang Intensive Care Unit (Icu) Rsup H Adam Malik Medan*. Diakses pada tanggal 20 Maret 2019, pukul : 16.30 PM.
- Takatelide, dkk.2017. *Pengaruh Terapi Oksigenasi Nasal Prong Terhadap Perubahan Saturasi Oksigen Pasien Cedera Kepala Di Instalasi Gawat Darurat Rsup Prof. Dr. R. D. Kandou Manado*. Diakses pada tanggal 19 Maret 2019, pukul 13:40 AM.
- Wijaya Andra Saferi, Y. M (2015) *KMB 2 Keperawatan Medikal Bedah, Yogyakarta : Medika Wardani Kusuma. Analisa Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cedera Kepala Berat Dengan Masalah Keperawatan Keetidakefektifan Bersihan Jalan Nafas Di Instalasi Gawat Darurat RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. Stikes Gombang*. Diakses pada tanggal 23 Maret 2019, Pukul 18:20 PM.
- Wijaya, Andra Saferi dan Yessie Mariza Putri. 2013. *KMB I Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta : Nuha Medik

**PENERAPAN MANAJEMEN NUTRISI PADA ASUHAN KEPERAWATAN
DIABETES MELITUS TIPE II DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN DEFISIT NUTRISI**

Lukman¹, Aguscik², Venny Atmara Agustini³

Program Studi DIII Keperawatan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Palembang^{1,2,3}

lukman@poltekkespalembang.ac.id¹

aguscik@poltekkespalembang.ac.id²

vennyatmaraagustini@student.poltekkespalembang.ac.id³

ABSTRAK

Latar belakang: Penyakit Diabetes Mellitus Tipe II merupakan penyakit yang membutuhkan manajemen nutrisi yang baik, ketidakpatuhan dalam diet dan pola makan akan mengakibatkan ketidakstabilan glukosa di dalam darah. **Tujuan:** Membandingkan kedua masalah asuhan keperawatan Diabetes Mellitus Tipe II kedua pasien dengan intervensi utama manajemen nutrisi dengan masalah keperawatan defisit nutrisi. **Metode:** Jenis penelitian *deskriptif analitik* dengan pendekatan studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pasien Diabetes Mellitus Tipe II dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi. Subjek dalam studi kasus ini dua pasien dengan inisial Ny.Z yang berusia 39 tahun dan pasien kedua dengan inisial Ny.A yang berusia 67 tahun, Asuhan keperawatan dilakukan diruang penyakit dalam disalah satu rumah sakit Swasta kota Palembang. Sedangkan proses pengambilan asuhan keperawatan dari tanggal 09 s/d 14 Maret 2021. Analisa data yang digunakan dalam studi kasus ini adalah analisis deskriptif yang digunakan untuk menganalisis data dengan cara mendeskripsikan data yang terkumpul untuk membuat suatu kesimpulan yang disajikan secara tekstular/narasi. **Hasil:** Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada pasien 1 yang berumur 39 tahun dengan berat badan 47 kg dan IMT 18,3 dan pada pasien 2 yang berumur 67 tahun dengan berat badan 48 kg dan IMT 18,7 didapatkan data adanya masalah defisit nutrisi pada kedua pasien dengan diagnosa medis DM Tipe II. Setelah diberikannya implementasi berupa indentifikasi status nutrisi (IMT), tindakan oral hygiene, dan edukasi diet DM didapatkan bahwa masalah defisit nutrisi pada pasien teratasi ditandai dengan kenaikan BB dan IMT selama dilakukannya implementasi keperawatan. **Saran:** diharapkan ada jadwal terapi nutrisi terpadu yang terinteritas antara perawat, ahli gizi dan keluarga untuk mencegah tidak terjadi deficit nutrisi.

Kata kunci: Manajemen Nutrisi, Diabetes Mellitus Tipe II, Defisit Nutrisi, Asuhan Keperawatan

ABSTRACT

Background: Diabetes Mellitus is a disease that requires good nutritional management, non-adherence to diet and eating patterns will result in instability of glucose in the blood. **Objective:** Comparing the two problems of nursing care for Diabetes Mellitus Type II both patients with the main intervention of nutrition management with nursing problems of nutritional deficit. **Method:** This type of research is descriptive analytic with a case study approach to explore the problem of nursing care for Type II Diabetes Mellitus patients in meeting nutritional needs. The subjects in this case study were two patients with the initials Ny.Z who was 39 years old and the second patient with the initials Ny.A who was 67 years old. Nursing care was carried out in an internal medicine room at a private hospital in Palembang. While the process of taking nursing care from 09 to 14 March 2021. The data analysis used in this case study is descriptive analysis which is used to analyze the data by describing the collected data to make a conclusion that is presented in a textual/narrative way. **Results:** Based on the results of a study conducted in patient 1 who was 39 years old with a body weight of 47 kg and BMI 18.3 and in patient 2 who was 67 years old with a body weight of 48 kg and BMI 18.7, it was found that there were nutritional deficit problems in both patients with medical diagnosis of Type II DM. After the implementation was given in the form of identification of nutritional status (BMI), oral hygiene measures, and DM diet education it was found that the problem of nutritional deficits in patients was resolved marked by an increase in weight and BMI during the implementation of nursing. **Suggestion:** It is hoped that there will be an integrated nutritional therapy schedule that is intertwined between nurses, nutritionists and families to prevent nutritional deficits from occurring.

Keywords: Nutrition Management, Type II Diabetes Mellitus, Nutritional Deficit, Nursing Care.

PENDAHULUAN

Diabetes melitus (DM) adalah gangguan metabolik kronis yang ditandai dengan kadar gula darah tinggi (*Hiperglikemia*) karena gangguan sekresi insulin dan resistensi insulin. Diabetes melitus memiliki gejala klinis seperti banyak minum (*Polidipsi*), banyak kencing (*Poliuria*), banyak makan (*Polipagio*), berat badan menurun dengan cepat, dan penglihatan menjadi kabur (Suwinawati, Ardiani, & Ratnawati, 2020). Dalam metabolisme tubuh hormon insulin bertanggung jawab dalam mengatur kadar glukosa darah. Hormon ini diproduksi dalam pankreas kemudian akan dikeluarkan untuk digunakan sebagai sumber energi. Apabila di dalam tubuh kekurangan hormon insulin maka dapat menyebabkan hiperglikemi (IDF, 2015).

Menurut *International Diabetes Federation* (2019) prevalensi Diabetes Melitus global pada tahun 2019 diperkirakan 9,3 % (463 juta orang), naik menjadi 10,2% (578 juta) pada tahun 2030 dan 10,9% (700 juta) pada tahun 2045 (IDF, 2019). Negara di wilayah Arab-Afrika dan Pasifik Barat menempati peringkat pertama dan ke-2 dengan prevalensi Diabetes tertinggi di antara 7 regional di dunia, yaitu sebesar 12,2% dan 11,4%. Wilayah Asia Tenggara dimana Indonesia menempati peringkat ke-3 dengan prevalensi 11,3%. *International*

Diabetes Federation (IDF) memproyeksikan jumlah penderita diabetes pada beberapa negara di dunia yakni Cina, India dan Amerika Serikat menempati peringkat tiga teratas dengan jumlah penderita 116,4 juta, 77 juta dan 31 juta. Indonesia berada di peringkat ke-7 dengan jumlah penderita sebesar 10,7 juta (Pangribowo, 2020).

Prevalensi DM yang terdiagnosis oleh dokter pada penduduk umur ≥ 15 tahun paling tertinggi terdapat di DKI Jakarta (3,5%), Bangka Belitung (2,6%), Sulawesi tengah (2,3%), Riau (2,0%), Kepulauan Riau (1,9%), Maluku utara (1,5%), dan Bengkulu (1,0%) (RIKESDAS, 2019). Menurut laporan kesehatan Provinsi Sumatera Selatan (2018) Sumatera Selatan berada di peringkat ke 10 kasus Diabetes melitus terbanyak sebesar 33,566 jiwa, dengan wilayah penderita terbanyak adalah Kota Palembang sebanyak 6,590 jiwa, sedangkan wilayah dengan penderita paling rendah adalah Kabupaten Pagar Alam sebanyak 553 jiwa (RISKESDAS, 2018).

Menurut Jauhari dan Nasution (2013) DM dikenal sebagai penyakit yang berhubungan dengan masalah nutrisi, fungsi utamanya adalah memberikan energi bagi aktivitas tubuh, membentuk struktur kerangka dan jaringan tubuh serta mengatur berbagai proses kimiawi di

dalam tubuh (Levia, Natosba & Hikayati, 2020). Nutrisi bagi penderita DM adalah kebutuhan fisiologis yang mendasar, kontrol gula darah yang tidak stabil dapat disebabkan oleh pola pemenuhan nutrisi yang tidak baik (Wahyuni & Hermawati, 2017).

Pola hidup adalah faktor utama meningkatnya angka prevalensi penyakit tidak menular salah satunya adalah penyakit DM (RISKESDAS, 2018). Diabetes melitus adalah penyakit yang membutuhkan manajemen diri yang baik. Ketidakpatuhan dalam diet dan pola makan akan mengakibatkan ketidakstabilan kadar glukosa di dalam darah (Setyoadi, Kristianto & Afifah, 2018). Salah satu masalah yang dialami pasien DM tipe II adalah gangguan ketidakseimbangan nutrisi atau defisit nutrisi. Ketidakseimbangan nutrisi merupakan suatu kondisi ketika pemenuhan nutrisi tidak sesuai atau tidak mencukupi kebutuhan metabolik yang dibutuhkan oleh tubuh (PPNI, 2017). Penderita DM tipe II dengan masalah gangguan nutrisi akan berisiko mengalami penurunan berat badan karena asupan nutrisi kebutuhan metabolismenya yang tidak tercukupi.

Penyebab terjadinya masalah defisit nutrisi ini antara lain dikarenakan, ketidakmampuan penderita dalam menelan dan mencerna makanan, serta faktor ekonomi yang mempengaruhi

misalnya finansial yang tidak mencukupi. Ada empat pilar utama dalam pengelolaan DM yaitu dengan perencanaan menu, latihan jasmani, obat berkhasiat hipoglikemik, dan penyuluhan. Perencanaan menu akan membantu penderita DM memperbaiki kebiasaan makan sehingga dapat mengendalikan kadar glukosa, lemak, dan tekanan darah (Maulana, 2015).

Beberapa penelitian mengemukakan bahwa diabetes mellitus terjadi akibat tidak seimbangnya asupan energi, karbohidrat, dan protein. Menurut penelitian dari (Idris A.M., et al., 2014), bahwa pada pasien DM Tipe II dapat disebabkan oleh jadwal makan yang baik tidak diikuti dengan jumlah porsi makanan yang dianjurkan, hal ini mengakibatkan asupan zat gizi seperti energi, karbohidrat dan lemak tidak sesuai dengan kebutuhan (Idris, Jafar & Indriasari, 2014). Menurut penelitian Purnawati (2015) dari Universitas Indonesia, menunjukkan adanya hubungan antara IMT dengan terjadinya Diabetes Melitus Tipe II. IMT yang tinggi akan memiliki resiko 2 kali lebih besar untuk terkena Diabetes Mellitus Tipe II dibandingkan dengan IMT yang rendah (Susanti, Shobur & Retno, 2021).

Pasien DM yang melaksanakan pengelolaan DM dengan baik, termasuk dalam hal pengaturan makan yang sesuai dengan anjuran akan dapat mengendalikan

kadar gula darah. Hasil penelitian Penelitian Worku (2015) mengungkapkan bahwa tingkat kepatuhan penyandang DM terhadap program modifikasi diet ternyata masih rendah. Pengendalian gula darah melalui program diet perlu factor pendukung. Penelitian Kasznicki et al., (2016) Mengatakan faktor motivasi dan pengetahuan juga dibutuhkan untuk mendukung keberhasilan menjalankan terapi diet.

Intervensi keperawatan yang dilakukan adalah monitor kadar glukosa darah dan monitor tanda dan gejala hiperglikemia, memberikan cairan asupan oral, menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga atau Latihan kolaborasi pemberian insulin. Hal yang dapat dilakukan pada klien Diabetes Mellitus yaitu memenuhi status gizi dengan memantau asupan nutrisi yang masuk. Dengan mempertimbangkan jumlah kadar glukosa yang ada pada nutrisi tersebut. (SIKI, 2018).

Berdasarkan masalah yang berkaitan dengan penyakit DM serta data-data diatas, angka atau jumlah penderita DM mengalami peningkatan setiap tahunnya. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan ditempat penelitian diperoleh informasi dari hasil wawancara dan observasi didapat permasalahan, semakin tingginya angka penderita DM yakni pada tahun 2018 tercatat sebanyak 140

penderita, sedangkan pada tahun 2019 jumlah penderita Diabetes Mellitus mengalami peningkatan menjadi 186 penderita. Oleh karena itu penulis tertarik untuk melakukan penelitian studi kasus implementasi keperawatan pada pasien Diabetes Mellitus Tipe II dengan masalah defisit nutrisi di RS Muhammadiyah Palembang.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah *Deskriptif Analitik* dengan menggunakan pendekatan studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pada pasien Diabetes Mellitus Tipe II dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi tubuh.

Subjek dalam studi kasus ini adalah pasien Diabetes Mellitus Tipe II, adapun sampel penelitian yang diteliti berjumlah dua pasien dengan Kasus 1 berinisial Ny.Z yang berusia 39 tahun dan pasien kedua dengan inisial Ny.A yang berusia 46 tahun, dengan tujuan dapat membandingkan kedua masalah asuhan keperawatan Diabetes Mellitus Tipe II kedua pasien dengan intervensi utama manajemen nutrisi dengan masalah keperawatan defisit nutrisi. Asuhan keperawatan dilakukan pada dua pasien diruang penyakit dalam disalah satu rumah sakit Swasta kota Palembang, Asuhan ini dilakukan dimulai

dari kegiatan penyusunan proposal, pengumpulan data, dilanjutkan dengan pengolahan hasil serta penulisan laporan penelitian dari bulan Januari s/d April 2021. Sedangkan proses pengambilan asuhan keperawatan selama 3 hari yaitu pasien 1 (Ny.Z) dari 9 s.d 11 Maret 2022. Sedangkan pasien 2 (Ny.A) dari 12 s.d 14 Maret 2021.

Prosedur penelitian ini dilakukan setelah mendapat persetujuan dari pihak rumah sakit lalu mengajukan persetujuan penelitian (*Informed Consent*) kepada kedua subjek dengan memperhatikan prinsip etika yang meliputi hak untuk *Self Determination*; hak terhadap *Privacy* dan *dignity*; hak terhadap *Anonymity* dan *Confidentiality*. Lalu dilanjutkan dengan proses asuhan keperawatan pertama melakukan pengkajian pada kedua pasien terlebih dahulu, kemudian dilanjutkan dengan penentuan diagnosa dan penyusunan rencana keperawatan yang akan dilakukan dan terakhir melakukan evaluasi keperawatan dari tindakan yang diterapkan dengan format SOAP hingga proses asuhan keperawatan berakhir.

Metode pengumpulan data studi kasus ini menggunakan teknik :

- a. Wawancara
- b. Observasi
- c. Pemeriksaan fisik (dengan pendekatan IPPA : inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi) pada sistem tubuh Pasien.

d. Studi dokumentasi (hasil dari pemeriksaan diagnostik)

Pemeriksaan diagnostik adalah pemeriksaan yang dilakukan untuk menegakkan suatu diagnosis penyakit. Sedangkan Diagnosis merupakan penentuan sifat penyakit atau membedakan satu penyakit dengan yang lainnya.

Alat atau instrumen pengumpulan data menggunakan format pengkajian dengan pendekatan pemeriksaan fisik *Head To Toe*, lembar menghitung indeks massa tubuh (IMT) dengan penentuan diagnose dengan SDKI, serta format penentuan rencana SLKI dan SIKI. Analisa data yang digunakan dalam studi kasus ini adalah analisis deskriptif yang disajikan secara tekstular/narasi. Analisa data dilakukan sejak peneliti dilapangan, mengumpulkan data sampai data terkumpul semua, Analisa data dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari penulisan yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penulisan. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh penulis dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan dan

dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Setelah memberikan asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Mellitus Tipe II pada Ny Z dan Ny M dilakukan pada tanggal 09 s.d 14 Maret 2021. Proses keperawatan mulai dari pengkajian, penentuan diagnose keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

Pengkajian

Berdasarkan hasil pengkajian menggunakan pendekatan pemeriksaan fisik *Head To Toe*, didapatkan hasil pengkajian sebagai berikut:

Kasus 1 (Ny.Z)

Pengkajian dilakukan pada tanggal 09 Maret 2021. Hasil pengkajian didapatkan Ny Z bahwa keluhan utama yang dirasakan Ny Z adalah badannya terasa lemas, tidak nafsu makan saat makan disertai mual dan muntah sejak 5 hari yang lalu, kepala sering pusing dan pasien juga mengatakan ada riwayat penyakit maag. Pada saat pengkajian Ny Z mengatakan sudah 5 tahun mengidap Diabetes Mellitus dan jarang melakukan kontrol kesehatan di layanan kesehatan terdekat. Ny Z mengatakan bahwa ia tidak

memperhatikan makanan yang ia makan, Ny Z suka makanan yang pedas dan manis. Ny Z mengatakan bahwa mendiang ibu dan kakaknya dulu juga menderita Diabetes Mellitus.

Kasus 2 (Ny. A)

Pengkajian dilakukan pada tanggal 12 Maret 2021. Hasil pengkajian didapatkan pada Ny.A keluhan utama yang dirasakannya adalah badannya terasa lemas, tidak nafsu makan, disertai mual dan muntah sejak 5 hari yang lalu. Ny A sudah 7 tahun menderita Diabetes Mellitus dan ibu dan suaminya juga memiliki riwayat penyakit Diabetes Mellitus. Ny A selalu kontrol kesehatan sebulan sekali di layanan kesehatan terdekat dan menjaga makanan yang dimakannya.

Hasil pengkajian dari Ny Z dan Ny A pada status nutrisi bahwa pada Ny Z mengalami masalah pada nutrisinya dimana terjadi penurunan berat badan selama sakit dengan IMT masuk kategori kekurangan berat badan (*Underweight*) sedangkan Ny A sama halnya dengan Ny Z juga mengalami masalah pada nutrisi dengan IMT dalam kategori kekurangan berat badan (*Underweight*). Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium pada kedua pasien, dapat dilihat pada tabel 1 sebagai berikut.

Tabel 1.
Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Pasien 1	Pasien 2	Satuan	Nilai normal
Hematologi				
Hemoglobin	11,8	12,9	g/dL	12,0-16,0
Hematokrit	27,0	34,0	*	37,0-47,0
Trombosit	225	93	10 ³ /ul	150-440
Leukosit	8,2	7,8	10 ³ /ul	4,2-11,0
Hitung jenis Leukosit				
Eosinofil	0,1	0,1	*	1-3
Basofil	0,1	0,5	*	0-1
Neutrofil	70,0	84,5	*	40,0-60,0
Limfosit	23,0	8,8	*	20,0-50,0
Monosit	2,9	6,1	*	2-8
Kimia Klinik Hati				
Protein total	6,3	5,8	g/dL	6,4-8,3
Albumin	2,4	2,2	g/dL	3,5-5,0
Globulin	3,9	3,6	g/dL	2,6-3,6
Kimia Klinik				
BSS Stik	331	395	mg/dL	70-140

Berdasarkan tabel 1 pada Ny Z untuk hasil pemeriksaan GDS berada diatas nilai normal dimana hal ini menunjukkan adanya peningkatan glukosa didalam darah (Diabetes Mellitus) dan pada pemeriksaan Albumin juga didapatkan hasilnya berada dibawah nilai normal hal ini menunjukkan bahwa adanya masalah defisit nutrisi pada Ny Z. Sedangkan Ny A untuk pemeriksaan GDS didapatkan hasilnya juga berada diatas nilai normal (Diabetes Mellitus) dan untuk pemeriksaan Albumin juga sama

halnya seperti Ny Z berada dibawah nilai normal dimana Ny A juga mengalami masalah defisit nutrisi.

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan, dan keperawatan klien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan (Effendy, 2013).

Berdasarkan asumsi peneliti terdapat kesamaan masalah keperawatan yaitu; Terjadi penurunan berat badan selama sakit dengan (IMT) masuk kategori kekurangan berat badan (*Underweight*) sedangkan Ny A sama halnya dengan Ny Z juga mengalami masalah pada nutrisi dengan (IMT) dalam kategori kekurangan berat badan (*Underweight*).

Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, dimana berdasarkan pada pendidikan dan pengalamannya, perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti

untuk menjaga, menurunkan angka kejadian sakit (Feggin, 2015).

Masalah keperawatan berdasarkan SDKI yang timbul bagi pasien dengan Diabetes Melitus Tipe II dengan masalah defisit nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan menelan makanan, Ketidakmampuan mencerna makanan, Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient, Peningkatan kebutuhan metabolisme, Faktor ekonomi dan psikologis. (PPNI, 2018)

Analisa data dari hasil pengkajian merupakan rumusan dalam menentukan diagnosa keperawatan kepada kedua pasien pada kenyataan untuk kasus Ny Z dan Ny A. Peneliti menemukan 2 diagnosa, berikut diagnosa keperawatan yang ditemukan.

Tabel 2.
Diagnosa Keperawatan

MASALAH KEPERAWATAN			
No	PASIEN Ny. Z	No	PASIEN Ny. A
1.	Defisit Nutrisi berhubungan dengan defisiensi insulin	1	Defisit Nutrisi berhubungan dengan defisiensi insulin
2.	Intoleransi Aktifitas berhubungan dengan kelemahan pada tubuh pasien.	2	Intoleransi Aktifitas berhubungan dengan kelemahan pada tubuh pasien.

Menurut Gordon (2015) diagnosa keperawatan merupakan masalah kesehatan actual atau potensial dimana perawat, dengan pendidikan dan pengalamannya mampu dan mempunyai izin untuk mengatasinya. Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinik tentang respon individu, keluarga, atau

komunitas terhadap masalah kesehatan / proses kehidupan yang actual atau potensial. Diagnosa keperawatan merupakan dasar pemilihan intervensi dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan oleh perawat yang bertanggung jawab (Muhith, 2015).

Berdasarkan asumsi peneliti bahwa diagnosa yang muncul pada Ny Z dan Ny A yaitu terdapat kesamaan yaitu defisit nutrisi dan intoleransi aktifitas, Hal ini baik Ny Z dan Ny A bahwa terjadi penurunan berat badan selama sakit dengan IMT masuk kategori kekurangan berat badan (*Underweight*).

Intervensi Keperawatan

Setelah diagnosis keperawatan dirumuskan, maka langkah selanjutnya adalah menetapkan intervensi yang bertujuan untuk mengurangi, menghilangkan, dan mencegah masalah keperawatan yang timbul. (Rendy & Margareth, 2012). Menurut Arum (2015) rencana tindakan keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dapat mencapai setiap tujuan khusus. Perencanaan keperawatan meliputi perumusan tujuan, tindakan, dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisis. Sedangkan menurut Feggin (2015) Intervensi keperawatan merupakan tindakan yang dirancang untuk membantu klien dalam beralih dari tingkat kesehatan saat ini ke tingkat yang diinginkan dalam hasil yang diharapkan.

Intervensi keperawatan pada studi kasus ini yang berfokus baik pada kasus 1 maupun kasus 2 pada defisit nutrisi memiliki tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik atau dapat teratasi

berdasarkan SLKI dengan kode L. 03030 dengan status nutrisi membaik sedangkan kriteria hasil Kekuatan otot mengunyah meningkat, Nafsu makan meningkat, Pengetahuan tentang standart asupan nutrisi meningkat. Sedangkan Intervensi Utama yaitu manajemen nutrisi dengan kode I. 03119. Manajemen Nutrisi bertujuan untuk meningkatkan intake nutrisi yang seimbang, serta merupakan gambaran bagi penderita tentang jenis nutrisi yang dibutuhkan bagi penderita Diabetes Mellitus. (PPNI, 2018) Intervensi manajemen nutrisi diantaranya:

- 1) Edukasi diet DM tipe II merupakan pemberian pendidikan kesehatan mengenai pengetahuan dan keterampilan bagi penderita diabetes yang bertujuan untuk mengubah perilaku serta meningkatkan pemahaman klien terhadap pentingnya diet bagi penderita DM tipe II.
- 2) Oral Hygiene adalah tindakan untuk membersihkan dan menyegarkan mulut, gigi dan gusi. Tujuan dari oral hygiene adalah untuk menjaga kebersihan mulut dan meningkatkan nafsu makan.
- 3) Menjaga kestabilan berat badan bertujuan untuk memberikan gambaran pada pasien BB normal untuk pasien diabetes diukur berdasarkan IMT (Indek Masa Tubuh), melakukan pengukuran BB secara

rutin untuk melihat tingkat perkembangan BB normal.

Berdasarkan asumsi peneliti bahwa intervensi yang dibuat apabila manajemen nutrisi diterapkan secara berkala dan berkesinambungan diharapkan status nutrisi membaik. Secara komprehensif rencana keperawatan antara Ny Z dan pasien Ny A terdapat perbedaan, dimana Ny A intervensi yang dibuat lebih banyak dan kompleks dibandingkan dengan Ny Z, ini disebabkan karena Ny A keadaannya lebih darurat dan penyakit Diabetes Mellitus Tipe II nya sudah lama dibandingkan dengan pasien , sehingga perlu penanganan yang lebih cepat dengan di buatnya perencanaan yang komprehensif dalam mengatasi masalah pada Ny A diharapkan masalah yang muncul dapat di minimalisasikan. Sedangkan masalah pada Ny Z dimana penyakit Diabetes Mellitus Tipe II nya baru sehingga intervensi dibuat pun lebih sedikit dibandingkan Ny A.

Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Potter & Perry, 2010). Implementasi melibatkan pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang diperoleh selama fase perencanaan. Dalam implementasi perawat melaksanakan

rencana asuhan untuk melakukan intervensi keperawatan. Implementasi adalah melakukan suatu perencanaan berdasarkan intervensi keperawatan untuk membantu klien mencapai suatu tujuan atau hasil yang diharapkan (Siregar et al, 2021).

Implementasi keperawatan studi kasus yang diterapkan oleh peneliti yaitu melaksanakan asuhan keperawatan pada dua pasien dengan diagnosa medis Diabetes Mellitus Tipe II hanya berfokus pada satu masalah keperawatan yaitu masalah deficit nutrisi dengan Implementasi Utama yaitu Manajemen Nutrisi. Pada Implementasi keperawatan mengidentifikasi status nutrisi yang dilakukan kepada pada pasien 1 dan 2 dilakukan dengan cara menghitung indeks massa tubuh (IMT) pasien yaitu dengan cara menimbang berat badan (BB) pasien setiap hari selama penelitian.

Hasil dari peneliti pada melakukan implementasi keperawatan pertama yaitu monitor berat badan selama 3 hari. Hasil yang didapatkan setelah dilakukannya implementasi, berat badan Ny Z mengalami peningkatan pada hari kedua yakni mejadi 48 kg dengan hasil IMT yaitu 18,7 dan pada hari ketiga Ny Z juga mengalami peningkatan berat badan sebanyak 1 kg yakni 49 kg dengan hasil IMT 19,2. Dengan ditandai bertambahnya nafsu makan setiap harinya dan keluhan

mual dan muntah mulai tidak dirasakan lagi oleh pasien 1. Sedangkan pada pasien 2 berat badan pada saat pengkajian adalah 48 kg dan tinggi badannya 160 cm dengan hasil IMT 18,7.

Pada pasien 2 hasil yang didapatkan setelah dilakukannya implementasi, berat badannya mengalami peningkatan yakni 49 kg dengan hasil IMT 19,2 dan pada hari berikutnya juga mengalami peningkatan pada berat badan pasien 2 menjadi 50 kg dengan IMT 19,5. Pada kedua pasien terdapat peningkatan berat badan yaitu 1 kg pada setiap harinya selama dilakukannya implementasi keperawatan. Menurut penelitian Suryani (2016) memonitor berat badan pasien Diabetes Mellitus Tipe II dengan masalah Defisit Nutrisi kita menjadi tahu apakah masalah defisit nutrisi pada pasien mengalami peningkatan atau penurunan selama dilakukannya implementasi Manajemen Nutrisi.

Implementasi keperawatan yang kedua adalah melakukan oral hygiene. Hasil yang didapatkan peneliti setelah dilakukannya tindakan oral hygiene didapatkan Ny Z dan Ny A sebelumnya mengatakan bahwa mulutnya terasa sedikit kurang bersih, terasa tidak nyaman dan bibir kering. Setelah dilakukannya tindakan oral hygiene Ny Z dan Ny A mengatakan mulutnya terasa segar dan bersih serta membuat nafsu makan

keduanya bertambah. Pada hari pertama Ny Z hanya menghabiskan 4-5 sendok makan dari porsi makanan yang disediakan, lalu terjadi peningkatan porsi makan pada Ny z pada hari kedua yakni 7-8 sendok makan, hari ketiga meningkat menjadi 1/2 porsi dari makanan yang disediakan. Sama halnya dengan Ny a juga mengalami peningkatan porsi makan, awalnya hanya menghabiskan 3-4 sendok, hari kedua meningkat menjadi 7-8 sendok dan pada hari ketiga bisa menghabiskan 1/2 porsi makanan yang disediakan oleh instalasi gizi.

Menurut penelitian Rosita (2019) pelaksanaan implementasi oral hygiene penting dilakukan pada pasien Diabetes Mellitus dengan masalah Defisit Nutrisi untuk membantu meningkatkan nafsu makan serta menjaga kebersihan mulut, oral hygiene merupakan salah satu intervensi yang digunakan dalam penelitiannya dan implementasi dilakukan selama 3 hari dengan hasil adanya peningkatan nafsu makan ditandai dengan porsi makan yang ikut meningkat.

Implementasi keperawatan ketiga adalah melakukan edukasi diet. Respon yang diebrikan oleh Ny Z dan Ny A serta keluarganya sama yaitu menyimak dan merespon dengan baik serta kooperatif, pasien mengatakan setelah dilakukan edukasi diet pada Diabetes Mellitus pengetahuan mereka mengenai Diabetes

Mellitus dan dietnya semakin meningkat. Pada saat dilakukannya implementasi kepada Ny Z dan Ny A keduanya mengatakan hanya memiliki sedikit pengetahuan mengenai penyakit yang dideritanya yakni Diabetes Mellitus. Keduanya hanya mengetahui bahwa penyakit Diabetes Mellitus adalah penyakit dengan kadar gula darah yang tinggi.

Menurut penelitian Wahyuni, Prayitno, & Wibowo, (2019), Intervensi edukasi yang menggunakan leaflet sebagai media dalam pemberian edukasi pada pasien diabetes mellitus dengan hasil adanya peningkatan pengetahuan pasien terhadap penyakit yang diderita dan disertai kepatuhan pasien setelah diberikannya edukasi.

Berdasarkan asumsi peneliti bahwa pada proses implementasi asuhan keperawatan pada Ny Z dan Ny A dengan Diabetes Mellitus Tipe II yang telah direncanakan sebelumnya. Peneliti telah melakukan implementasi keparawatan kepada 2 pasien, implementasi yang diberikan yakni identifikasi status nutrisi (IMT), melakukan tindakan oral hygiene, dan memberikan edukasi diet DM. Lamanya implementasi yang diberikan oleh peneliti kepada Ny Z dan Ny A adalah 3 hari. Pada Ny Z didapatkan peningkatan berat badan sebanyak 1kg setiap harinya selama dilakukannya implementasi mengidentifikasi status nutrisi dengan cara

menghitung (IMT) dengan menimbang berat badan pasien setiap harinya. Berat badan Ny Z pada hari terakhir implementasi adalah 49 kg dengan IMT 19,2 dimana nilai IMT sudah masuk kedalam rentang normal ideal tubuh. Pada Ny A juga mengalami peningkatan berat badan sebanyak 1kg setiap harinya dengan berat badan pada hari terakhir Implementasi dilakukan adalah 50kg dengan nilai IMT 19,5 yang merupakan kategori normal ideal tubuh.

Pada implementasi yang kedua yakni oral hygiene sebelum makan yang dilakukan pada Ny Z mendapatkan hasil adanya peningkatan kebersihan mulut, berkurangnya bibir kering, dan meningkatnya nafsu makan. Setelah dilakukan implemementasi oral hygiene Ny Z mengatakan mulutnya terasa lebih segar dan nyaman dan nafsu makan menjadi bertambah Ny Z sudah bisa menghabiskan sebanyak 1/2 porsi dari makanan yang disediakan. Pada Ny A ternyata juga mengalami peningkatan nafsu makan yakni mampu menghabiskan 1/2 porsi makanan, dan Ny A juga mengatakan bahwa mulutnya tidak kering lagi dan terasa segar dan nyaman setelah dilakukan tindakan oral hygiene.

Implementasi yang ketiga yang dilakukan pada pasien 1 dan 2 yakni edukasi diet DM dengan menggunakan media leaflet. Dalam implementasi edukasi

peneliti menjelaskan mengenai tujuan dan pentingnya kepatuhan diet Diabetes Mellitus, menginformasikan tentang diet rendah gula, makanan yang dianjurkan dan yang harus dihindari oleh penderita Diabetes Mellitus dan menginformasikan tentang prinsip pengelolah Diet pada penderita Diabetes Mellitus. Hasil yang didapatkan setelah dilakukan edukasi diet DM kepada Ny Z dan Ny A keduanya mengatakan pengetahuannya mengenai DM dan cara memathi dietnya semakin bertambah. Ny Z dan Ny A mampu mengulangi apa yang dijelaskan peneliti pada saat memberikan edukasi diet DM.

Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap dimana membandingkan hasil tindakan yang dilakukan dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan dalam perencanaan serta menilai apakah masalah sudah teratasi seluruhnya, hanya sebagian atau belum teratasi (Debora, 2011). Efektivitas tindakan dan pencapaian hasil yang teridentifikasi terus dievaluasi sebagai penilaian status pasien. Evaluasi harus terjadi pada setiap langkah dalam proses keperawatan, serta rencana yang telah dilaksanakan (NANDA, 2015). Adapun evaluasi dari masalah defisit nutrisi yakni diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan status nutrisi membaik, kekuatan otot mengunyah meningkat, nafsu makan meningkat, pengetahuan

tentang standar asupan meningkat, dan perasaan cepat kenyang meningkat (PPNI, 2018).

Pada catatan perkembangan Ny Z dan Ny A dengan Diagnosis Keperawatan Defisit Nutrisi berhubungan dengan penurunan masukan oral yang ditandai dengan mual muntah, lemah, kurangnya nafsu makan dan defisiensi insulin, didapatkan hasil kedua pasien sama-sama mengalami peningkatan berdasarkan tabel catatan perkembangan yang dibuat dengan menggunakan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI, 20191). Pada Pasien 1 yakni Ny Z pada catatan perkembangan hari pertama pada tanggal 9 Maret 2022 didapatkan nilai skornya adalah 34 dengan rata-ratanya 6,8. Pada hari kedua tanggal 10 Maret 2022 nilai skornya mengalami peningkatan yakni 48 dengan rata-rata 9,6. Catatan perkembangan hari ketiga pada tanggal 11 Maret 2022 juga mengalami peningkatan yakni 55 dengan rata-rata 11.

Sedangkan untuk Pasien 2 yakni Ny.A catatan perkembangan hari pertama pada tanggal 12 Maret skornya adalah 33 dengan rata-rata 6,6. Pada hari kedua tanggal 13 Maret 2022 mengalami peningkatan dengan skor 47 dengan rata-rata 9,4. Catatan perkembangan pada hari ketiga tanggal 14 Maret 2022 skornya juga mengalami peningkatan yakni 57 dengan rata-rata 11.4.

Berdasarkan asumsi peneliti bahwa evaluasi keperawatan. Dari skor diatas kedua pasien sama-sama mengalami peningkatan setiap harinya selama implementasi keperawatan diberikan sehingga dapat disimpulkan masalah Defisit Nutrisi teratasi. Hal ini dikarenakan Kedua pasien memberikan respon yang cukup baik keduanya kooperatif selama implementasi dilaksanakan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Setelah peneliti melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny Z dan Ny A dengan Diabetes Mellitus Tipe II, maka peneliti berkesimpulan bahwa :

1. Pengkajian mendapatkan data baik Ny Z dan Ny A bahwa terjadi penurunan berat badan selama sakit dengan IMT masuk kategori kekurangan berat badan (*Underweight*).
2. Diagnosa keperawatan ditemukan pada Ny Z dan Ny A terdapat kesamaa diagnose keperawatan yaitu defesit nutrisi dengan Kode D.0019 dan intoleransi aktifitas dengan Kode D.0056.
3. Intervensi keperawatan pada studi kasus ini yang berfokus baik pada kasus 1 maupaun kasus 2 pada deficit nutrisi memiliki tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik atau

dapat teratasi berdasarkan SLKI dengan kode L. 03030 dengan status nutrisi membaik sedangkan kriteria hasil Kekuatan otot mengunyah meningkat, Nafsu makan meningkat, Pengetahuan tentang standart asupan nutrisi meningkat. Sedangkan Intervensi Utama yaitu manajemen nutrisi dengan kode I. 03119.

4. Implementasi keperawatan Utama pada asuhan keperawatan pada Ny Z dan Ny A yaitu Manajemen Nutrisi dengan aktifitas impelementasi diantaranya Identifikasi Status Nutrisi (IMT), Melakukan Tindakan Oral Hygiene dan Edukasi Diet Diabetes Mellitus. Kedua pasien memberikan respon yang cukup baik keduanya kooperatif selama implementasi dilaksanakan.
5. Evaluasi keperawatan pada Ny Z dan Ny A. Setelah 3 hari dilakukan asuhan keperawatan. masalah keperawatan yang muncul baik Defisit nutrisi maupun Intoleransi aktifitas semuanya teratasi.

Saran

1. Rumah Sakit
Dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan terutama terhadap penderita Diabetes Mellitus Tipe II, meningkatkan upaya pelayanan kesehatan yang lebih utama adalah upaya preventif dan ada jadwal terapi nutrisi terpadu yang

terinteritas antara perawat, ahli gizi dan keluarga untuk mencegah defisit nutrisi.

2. Institusi Pendidikan

Memberikan waktu yang khusus untuk mahasiswa dengan tidak memberikan waktu yang bersamaan dengan kegiatan perkuliahan lain agar mahasiswa dapat menyusun Laporan Tugas Akhir dengan baik dalam batas waktu yang dibutuhkan.

3. Peneliti selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya dalam penerapan asuhan keperawatan Diabetes Mellitus Tipe II dengan diagnose keperawatan deficit nutrisi dapat berkolaborasi dengan team ahli gizi dalam penerapan kepatuhan terhadap program diet pasien Diabetes Mellitus.

DAFTAR PUSTAKA

- Alistina, D.A., Ethasari, K.R., Laili, D.R., & Hayudanti, D. (2021). *Ilmu Gizi Dasar Buku Pembelajaran*. Jawa Tengah: CV. Sarnu Untung.
- Aman, A.T., dkk. (2021). *Comprehensive Biomedical Sciences Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, Pankreas*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Asmadi. (2008). *Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Salemba Medika.
- Arum. (2015). *Panduan Bergambar Tentang Penegahan dan Pemulihan Stroke*. Kelompok Gramedia. Jakarta.
- Clevo & Margareth, T.H. (2012). *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Penyakit Dalam*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Decroli, E. (2019). *Diabetes Mellitus Tipe 2*. Padang: Pusat Penerbitan Bagian Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Andalas.
- International Diabetes Federation. (2015). *IDF Diabetes ATLAS Seventh Edition 2015*. MJurnal. Dikutip tanggal 22 Desember 2017 dari http://www.oedg.at/pdf/1606_IDF_Atlas_2015_UK.pdf
- Hartiyanti & Triyanti. (2007). *Gizi dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Haswita & Reni, S. (2017). *Kebutuhan Dasar Manusia untuk Mahasiswa Keperawatan dan Kebidanan*. Jakarta: CV.Trans Media.
- International Diabetes Federation. (2015). *IDF Diabetes ATLAS Seventh Edition 2015*. Jurnal. Dikutip tanggal 12 Oktober 2021 dari http://www.oedg.at/pdf/1606_IDF_Atlas_2015_UK.pdf
- Idris, M. A., Jafar, N., Indriasari, R. (2014). Pola Makan Dengan Kadar Gula Darah pasien DM Tipe 2 Program Stusi Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. *Jurnal MKMI*, 211-218.
- Kasznicki, J. Glowacka, A., Drzewoski, J., (2016), Type 2 diabetic patients compliance with drug therapy and glycaemic control, *Diabetologia Doswiadczalna I Kliniczna*.
- Kurniasih, T. (2018). *Sistem Organ Manusia*. Yogyakarta: Deepublish Publisher.

- Lufthiani., Karota, E., & Sitepu, N. F. (2020). *Panduan Konseling Kesehatan Dalam Upaya Pencegahan Diabetes Melitus*. Yogyakarta: Deepublish Publisher.
- Levia, D. S., Natosba, J., & Hikayati, H. (2020, August). Pengembangan alat ukur kebutuhan nutrisi pada pasien diabetes mellitus berbasis android. *In Proceeding Seminar Nasional Keperawatan* (Vol. 6, No. 1, pp. 141-147).
- Maria, I. (2021). *Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus dan Asuhan Keperawatan Stroke*. Yogyakarta: Deepublish Publisher.
- Makmun, D., & Pribadi, R.R. (2020). *Sistem Gastrointestinal Hepatobilier dan Pankreas Edisi Indonesia Kedokteran Dasar dan Klinis*. Singapura: Elsevier Health Sciences.
- Manurung, R., Bolon, C.M., & Manurung, N. (2017). *Asuhan Keperawatan Sistem Endokrin dilengkapi Mind Mapping dan Asuhan Keperawatan NANDA NIC NOC*. Yogyakarta: Deepublish Publisher.
- Nardina, A.E., dkk. (2021). *Gizi Reproduksi*. Jakarta: Yayasan Kita Menulis.
- NANDA. (2015). *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017 Edisi*. 10 editor T Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru. Jakarta: EGC.
- Nurarif, A.H., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. Yogyakarta: Medi Action.
- Oetari, R.A. (2019). *Khasiat Obat Tradisional sebagai Antioksidan Diabetes*. Yogyakarta: Rapha Publishing.
- PERKENI. (2021). *Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia 2021*. Jakarta: PB PERKENI.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (I ed)*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia, Edisi 1*, Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan tindak lanjut Keperawatan, Edisi 1*, Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil, Edisi 1*, Jakarta: DPP PPNI.
- Potter & Perry. (2010). *Fundamental of Nursing: Cpnsep, Proses and Practice. Edisi 7. Vol.3*. Jakarta: ECG.
- RISKESDAS, (2019). *Laporan Provinsi Sumatra Selatan*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Rendy & Margareth. (2012). *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dan Penyakit dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rosita, M. (2019). *Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Dengan Kejadian Diabetes Mellitus*. Jurnal Aisyiyah Medika, Vol.3. No. 1.
- Subiyanto, (2019). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Gangguan Sistem Endokrin*. Yogyakarta: Pustaka Baru press.
- Suwinawati, E., Ardiani, H., Ratnawati, R. (2020). Hubungan Obesitas dengan Kejadian Diabetes Melitus Tipe 2 Di Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular Puskesmas Kendal Kabupaten Ngawi The Associated Of Obesity With Type 2 Of Diabetes Mellitus At Kendal Primary Health Center Of Districts Ngawi Pendah.

Journal of Health Science and Prevention, 4(2), 80–84.
<http://doi.org/10.29080/jhsp.v4i2.388>

- Susanti, E., Shobur, S., Retno, A. (2021). Manajemen Nutrisi Pasien Diabetes mellitus Tipe II Dengan Masalah Defisit nutrisi: Studi Kasus. Politeknik Kesehatan Palembang, Sumatera Selatan. *Jurnal keperawatan Merdeka (JKM)*, Volume 1 No.2.
- Setyoadi, Kristianto, H., Afifah, N,S. (2018). *Inf;uence of Nutrition Education With Calender Method in Diabetic Patients' Blood Glucose*: Dapertemen Keperawatan Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. *NurseLine Journal*, Vol 3 No.2.
- Sunarti. (2018). *Serat Pangan Dalam Penanganan Sindrom Metabolik*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Wahyuni, E. S., & Hermawati, H. (2017). Persepsi Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi Pada Pasien Diabetes Mellitus Di Desa Sawah Kuwung Karang Anyar. *Care: Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan*, 5(2), 306-317.
- Wahyuni, K.I. (2019). *Diabetes Melitus*. Surabaya: Jakad Media Publishing.
- Wahyuni, K.I., Prayitno, A.A., & Wibowo, Y.I. (2019). Efektifitas Edukasi Pasien Diabetes Mellitus Tipe II Terhadap Pengetahuan dan Kontrol Glikemik Rawat Jalan di RS Anwar Medika. *Jurnal Pharmascience Magister Farmasi Universitas Surabaya*. Vol. 6. No. 1.
- Worku Amelmal; Abebe SM; Wassie MM. (2015). Dietary Practice And Associated Factors Among Type 2 Diabetic Patients: A Cross Sectional Hospital Based Study, *Addis Ababa, Ethiopia. SpringerPlus*; 2015, 4 : 15.

Terapi *Range Of Motion* (ROM) dan Terapi Ambulasi untuk Pasien dengan Hambatan Mobilitas Fisik (Studi Kasus pada Pasien dengan Stroke di Desa Bobotsari Purbalingga)

Zayidha Sayekti Asih^{1)*}, Amin Susanto²⁾, Prasanti Adriani³⁾

^{1,2,3}Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga, Fakultas Kesehatan Universitas Harapan Bangsa,
Kembaran, Banyumas 53182, Indonesia

sayidahajah123456@gmail.com¹⁾, aminsusanto@uhb.ac.id²⁾, pra.adriani@gmail.com³⁾

ABSTRACT

Stroke is a condition of sudden loss of brain function caused by disruption of blood flow to the brain or rupture of blood vessels in the brain. The problem that often arises in stroke sufferers is the presence of hemiparesis which can lead to physical mobility barriers. The purpose of this study is to be able to carry out nursing care for stroke clients who have impaired physical mobility. This research uses case study method. Collecting data by interview, object and physical examination, as well as documentation study. Based on the research study with a case study approach in patients, it was found that the nursing problem that was enforced was physical mobility barriers. The action taken is ROM and ambulation therapy. After three days of nursing action there was an improvement in the condition. The results obtained are able to show an understanding of the importance of joint movement exercises, able to increase the patient's activities independently.

Key words: Stroke, Nursing Care, Physical Mobility Barriers.

ABSTRAK

Stroke merupakan kondisi kehilangan fungsi otak secara tiba-tiba yang disebabkan oleh gangguan aliran darah ke otak atau pecahnya pembuluh darah di otak. Masalah yang sering timbul pada penderita stroke adalah adanya hemiparesis yang dapat menimbulkan adanya hambatan mobilitas fisik. Tujuan penelitian ini adalah mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada klien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik. Penelitian ini menggunakan metode studi kasus. Pengumpulan data dengan wawancara, objek dan pemeriksaan fisik, serta studi dokumentasi. Berdasarkan pengkajian penelitian dengan pendekatan studi kasus pada pasien ditemukan masalah keperawatan yang ditegakkan ialah hambatan mobilitas fisik. Tindakan yang dilakukan adalah ROM (Range Of Motion) yaitu latihan gerak sendi dan terapi ambulasi atau perpindahan posisi. Setelah tiga hari diberikan tindakan keperawatan terjadi peningkatan kondisi. Hasil yang didapat yaitu mampu menunjukkan pemahaman tentang pentingnya latihan pergerakan sendi, mampu meningkatkan aktivitas secara mandiri pasien.

Kata kunci : Stroke, Asuhan Keperawatan, Hambatan Mobilitas Fisik.

PENDAHULUAN

Stroke merupakan kehilangan fungsi otak secara tiba-tiba, yang disebabkan oleh gangguan aliran darah ke otak (stroke iskemik) atau pecahnya pembuluh darah di otak (stroke hemoragik). Gangguan aliran darah atau pecahnya pembuluh darah menyebabkan sel-sel otak (*neuron*) di daerah yang terkena mati (AHA, 2015).

World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa stroke merupakan penyebab kedua kematian setelah penyakit jantung serta penyebab ketiga kecacatan setelah penyakit menular dan kanker. Sekitar 15 juta orang menderita stroke setiap tahun, dengan sepertiga dari kasus ini atau sekitar 6,6 juta mengakibatkan kematian (3,5 juta perempuan dan 3,1 juta laki-laki). Stroke merupakan masalah besar di negara-negara berpenghasilan rendah daripada di negara berpenghasilan tinggi. Lebih dari 81% kematian akibat stroke terjadi di negara-negara berpenghasilan rendah (WHO, 2017).

Global Burden of Disease (GBD) pada tahun 2017 menyebutkan stroke menjadi penyebab kematian kedua di dunia yaitu 80,5 kematian per 100.000 populasi setelah penyakit jantung iskemik pada tahun 2017, dengan 45% kematian merupakan stroke iskemik. Stroke juga menjadi penyebab disabilitas atau kecacatan kedua secara global dengan angka kejadian disabilitas atau disebut *disability-adjusted life-years* (DALYs) sebesar 132,1 juta dengan 42% dari angka tersebut terjadi pada stroke iskemik.

Stroke merupakan masalah yang serius di Asia, dengan lebih dari 60% populasi dunia, kematian akibat stroke lebih tinggi di Asia dibandingkan di Eropa Barat, Amerika atau Australia, kecuali di beberapa negara seperti Jepang. Berdasarkan studi GDB, tingkat kematian karena stroke terendah di Jepang (43,4 per 1 juta orang/tahun) dan Singapura (47,9 per 100 ribu orang/tahun) diikuti oleh Bangladesh, Papua New Guinea, dan Bhutan. Tingkat kematian tertinggi adalah Mongolia (222,6 per 100 ribu orang/tahun)

dan Indonesia (193,3 per 100 ribu orang/tahun) diikuti oleh Myanmar dan Korea Utara (Venketasubramanian *et al*, 2017)

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Kementerian Kesehatan (Kemenkes) RI tahun 2018 secara nasional menunjukkan, prevalensi stroke pada penduduk umur ≥ 15 tahun di Indonesia pada tahun 2013 adalah 7% dan meningkat pada tahun 2018 menjadi 10.9% atau sebanyak 2.120.362 orang. Data Riskesdas pada tahun 2018 menyatakan bahwa prevalensi stroke berdasarkan diagnosis dokter provinsi dengan penderita stroke tertinggi ada pada Provinsi Kalimantan Timur (14,7) kemudian DIY (14,6%) dan terendah pada Provinsi Papua (4,1) dan Maluku Utara (4,6). Jawa Tengah jumlah prevalensi stroke pada penduduk umur ≥ 15 tahun yaitu 11,8% dengan proporsi penderita stroke terjadi lebih banyak pada kelompok dengan usia 55-65 tahun (Kemenkes RI, 2018).

Jumlah kasus penyakit pembuluh darah yang ditemukan di Purbalingga oleh Puskesmas dan jaringannya sebanyak 22.813 kasus yang terdiri dari stroke hemoragik 56 kasus, stroke non hemoragik 157 kasus, hipertensi essensial 21.143 kasus, hipertensi lain 322 kasus sedangkan data kasus stroke di Puskesmas Bobotsari ada 4 kasus stroke hemoragik dan 49 kasus non hemoragik (DINKES PURBALINGGA, 2018)

Data Posbindu Desa Bobotsari menunjukkan dari 1.174 masyarakat desa Bobotsari ditemukan faktor penyakit tidak menular terbanyak yaitu hipertensi (20,19%), gula darah tinggi (38,25%), kolesterol (16,95%), obesitas (41,91%) dengan penyebab kematian utama yaitu stroke dengan risiko (21%), yang kedua penyakit jantung (12,9%), ketiga adalah diabetes kemudian kanker (Dinkes, 2019).

Faktor risiko penyebab stroke antara lain seperti hipertensi, kolesterol, dan diabetes. Hipertensi menjadi penyebab yang sering terjadi pada pasien stroke. Penyebab stroke yaitu pecahnya pembuluh darah di otak atau terjadinya

thrombosis dan emboli yang mengakibatkan penurunan atau terhentinya fungsi otak sehingga dapat menyebabkan kelumpuhan, maka dari itu timbulah masalah hambatan mobilitas fisik.

Pada pasien stroke yang mengalami hambatan mobilitas fisik akan terjadi gangguan pada kekuatan otot serta mengalami gangguan pada keseimbangan anggota tubuh. Jika pada pasien stroke mengalami gangguan pada kekuatan ototnya maka akan berdampak pada saat melakukan aktivitas sehari-hari (Ariani, 2012).

Salah satu bentuk intervensi perawat dalam upaya pemberian terapi terapeutik bagi pasien stroke adalah dengan dilakukan mobilisasi sebagai upaya untuk pencegahan agar tidak terjadi kondisi cacat permanen pada pasien sehingga dapat menurunkan tingkat ketergantungan pasien pada keluarga. Tujuannya untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit khususnya penyakit generative dan aktualisasi diri (Mubarak, Lilis, & Joko, 2015) Latihan mobilisasi pada pasien stroke juga bertujuan untuk memperbaiki fungsi neurologis melalui terapi fisik dan teknik lain. Agar otot tidak mengalami gangguan pada kekuatan ototnya maka perlu memberikan mobilisasi kepada pasien stroke seperti dengan memberikan terapi *range of motion* atau ROM (Ariani, 2012).

METODE PENELITIAN

Metode penelitian yang digunakan adalah desain studi kasus deskriptif dengan pendekatan yang dipilih yaitu asuhan keperawatan. Subjek penelitian ini yaitu pasien dengan gangguan hambatan mobilitas fisik dengan stroke. Lokasi penelitian bertempat di Desa Bobotsari dan dilaksanakan pada bulan Maret 2021. Tahapan pendekatan keperawatan yang dilakukan peneliti diantaranya yaitu : 1) Pengkajian. 2) Diagnosis Keperawatan. 3) Intervensi Keperawatan. 4) Implementasi Keperawatan. 5) Evaluasi.

HASIL Pengkajian

Identitas pasien yaitu Tn. A dengan jenis kelamin laki-laki, lahir pada tanggal 7 September 1969 usia 52 tahun,, agama Islam, pekerjaan wiraswasta, pendidikan terakhir SMA. Dari peroses pengkajian pada pasien didapatkan data subjektif : Tn. A mengatakan anggota gerak kaki dan tangan kanan lemas tetapi masih bisa digerakan namun terbatas sehingga sulit untuk beraktivitas. Sedangkan data objektif yang diperoleh Tn. A adanya penurunan keterampilan motorik halus dan motorik kasar yang ditujukan dengan adanya kesulitan saat melakukan kegiatan sehari-hari, adanya gangguan sikap berjalan yang ditujukan dengan adanya kelemahan pada area ekstermitas kanan dengan kekuatan otot bagian kanan 3. Dalam penelitian ini metode penelitian yang digunakan adalah Wawancara, Observasi, dan Studi dokumentasi.

Diagnosa keperawatan

Dari hasil pengkajian dan analisis data yang diperoleh dari Tn. A, peneliti kemudian merumuskan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik.

Intervensi keperawatan

Setelah melakukan asuhan keperawatan selama 3 hari, penulis melakukan intervensi pada pasien dengan mengacu pada NIC yaitu :

- a. Terapi Latihan Mobilitas Sendi : menjelaskan pada pasien atau keluarga manfaat dan tujuan melakukan latihan sendi, menginstruksikan pasien dan keluarga cara melakukan latihan ROM, mendukung latihan ROM aktif sesuai jadwal yang teratur dan terencana, menginstruksikan pasien dan keluarga cara melakukan latihan ROM pasif dengan bantuan atau ROM aktif
- b. Terapi Latihan Aktivitas : menginstruksikan pasien dan keluarga untuk melaksanakan aktivitas yang diinginkan, membantu dengan aktivitas fisik secara teratur sesuai dengan kebutuhan, mempertimbangkan kemampuan klien dalam berpartisipasi melalui

aktivitas spesifik, membantu klien dan keluarga memantau perkembangan klien terhadap pencapaian tujuan

c. Ambulasi :

menginstruksikan pasien/care giver mengenai pemindahan dan teknik ambulasi yang aman, mendorong pasien untuk bangkit sebanyak dan sesering yang diinginkan, mendorong ambulasi independen dalam batas aman, mengkonsultasikan pada ahli terapi fisik mengenai rencana ambulasi sesuai kebutuhan.

Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan pada Tn. A dengan gangguan hambatan mobilitas fisik dilakukan pada tanggal 23-25 Maret 2021. Implementasi yang dilakukan oleh peneliti sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah direncanakan yaitu terapi latihan mobilitas sendi (0224), Terapi latihan aktivitas (4310), Ambulasi (0221).

Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi keperawatan pada Tn. A dengan gangguan hambatan mobilitas fisik selama tiga hari dari tanggal 23-25 Maret 2021, didapatkan untuk indikator awal keseimbangan 2 setelah dilakukan tindakan keperawatan skor akhir 4, untuk indikator gerakan otot dengan skor awal 2 setelah dilakukan tindakan keperawatan skor akhir 3, indikator pergerakan sendi dengan skor awal 2 setelah dilakukan tindakan keperawatan skor akhir menjadi 4. Sehingga dapat disimpulkan bahwa masalah keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik pada Tn. A dengan Stroke dapat teratasi sebagian.

PEMBAHASAN

Penulis menguraikan hasil studi kasus Asuhan Keperawatan Hambatan Mobilitas fisik Pada Tn. A Dengan Stroke Di Desa Bobotsari Kecamatan Bobotsari Kabupaten Purbalingga kemudian akan dibandingkan dengan tinjauan teori meliputi pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi.

Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada Tn. A tanggal 23 maret 2021 di desa Bobotsari, meliputi data (Identitas, riwayat kesehatan dan kondisi fisik pasien) dan pengkajian neurologis, pola kesehatan fungsional pasien sebelum dan selama sakit. Hasil yang didapat yaitu :

- a. Kehilangan Motorik, stroke dapat menyebabkan penyakit motor neuron dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Berdasarkan hasil pengkajian yang didapat, Tn. A mengatakan anggota gerak kaki dan tangan kanan lemas dan susah untuk digerakan sehingga sulit untuk beraktivitas (Lemone, 2015)
- b. Kehilangan komunikasi, Fungsi otak lain yang dipengaruhi oleh stroke adalah bahasa dan komunikasi. Stroke adalah penyebab afasia paling umum diantaranya disartria, disfasia, dan apraksia. Berdasarkan hasil pengkajian yang didapat, Tn. A mengatakan sulit untuk mengatakan atau mengungkapkan sesuatu atau disartria (Lemone, 2015).
- c. Gangguan Persepsi, merupakan ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi, stroke dapat mengakibatkan disfungsi persepsi visual, gangguan dalam hubungan visual-spasial dan kehilangan sensori. Berdasarkan hasil pengkajian yang didapat, Tn. A tampak lemas dengan keterbatasan ROM ekstremitas kanan bagian atas dan kiri bawah dengan kekuatan otot 3 (Lemone, 2015)
- d. Gangguan Peredaran Darah, stroke iskemik disebabkan oleh suatu gangguan peredaran darah otak berupa obstruksi atau sumbatan yang menyebabkan hipoksia pada otak dan tidak terjadi perdarahan. Stroke ini ditandai dengan kelemahan atau hemiparesis, nyeri kepala, mual muntah, pandangan kabur, dan disfagia (gangguan menelan). Berdasarkan data yang didapat Tn. A mengatakan mengatakan sering merasa pusing dan lesu serta mengalami

kelemahan atau hemiparesis di area ekstremitas kanan atas dan bawah (AHA, 2015)

Diagnosis

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (PPNI, 2017). Faktor penyebab terjadinya gangguan mobilitas fisik, antara lain : kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot. Berdasarkan batasan karakteristik yang sudah dipenuhi pada kasus Tn. A yaitu adanya gangguan sikap berjalan yang ditunjukkan dengan adanya kelemahan pada area ekstremitas dekstra atas dan bawah, adanya penurunan keterampilan motorik halus dan kasar yang ditunjukkan dengan adanya kesulitan saat melakukan aktivitas sehari-hari tanpa dibantu orang lain, adanya penurunan rentang gerak dan gerakan lambat yang ditunjukkan dengan adanya kesulitan saat melakukan aktivitas sehari-hari.

Intervensi

Selama melakukan Asuhan Keperawatan pada Tn. A penulis menggunakan pedoman Asuhan Keperawatan berdasarkan Nanda-I (2018) untuk menentukan diagnosis keperawatan yang tepat bagi pasien. Penulis menyusun rencana keperawatan dengan kriteria (NOC) Pergerakan (0208), diharapkan Hambatan Mobilitas Fisik pada pasien dapat berkurang, dengan kriteria hasil : Keseimbangan tubuh meningkat, gerakan otot meningkat, dan gerakan sendi meningkat. Intervensi yang penulis rencanakan yaitu pertama memonitor tanda-tanda vital, mengkaji tingkat kemampuan pasien dalam ambulasi dan aktivitas, menjelaskan pada pasien atau keluarga manfaat dan tujuan melakukan latihan sendi, melatih pasien gerakan ROM aktif dan pasif. Hal ini sesuai dengan penjelasan Ariani (2012) dimana latihan mobilisasi pada pasien stroke bertujuan untuk memperbaiki fungsi neurologis melalui terapi fisik salah satu cara mobilisasi yang dapat dilakukan adalah dengan mobilisasi agar otot tidak mengalami gangguan dengan

memberikan terapi *range of motion* atau ROM.

Implementasi

Implementasi keperawatan yang sudah berjalan sesuai dengan intervensi yang dipilih, melakukan pengkajian tingkat kemampuan pasien dalam ambulasi dan melakukan aktivitas, mendukung latihan ROM sesuai jadwal yang teratur dan terencana, mendukung latihan ROM. Sulaiman (2018) dalam penelitiannya mengatakan bahwa ada hubungan bermakna efek postur tubuh terhadap keseimbangan pada lanjut usia yang mengalami gangguan stroke. Hasil penelitian menunjukkan ada perbedaan kekuatan otot ekstremitas pada tangan dan kaki sebelum dan sesudah dilakukan *Range Of Motion* (ROM). Hal ini juga ditunjukkan dengan hasil data objektif pasien yaitu sebelum dilakukan ROM pasien mengalami kesulitan saat beraktivitas dan untuk gerak otot dan sendi pasien dengan nilai 3, setelah dilakukan tindakan ROM pasien mampu beraktivitas secara mandiri dan untuk gerak otot dan sendi pasien menjadi 4.

Evaluasi

Evaluasi hari pertama untuk masalah hambatan mobilitas fisik belum teratasi dengan data yang diperoleh sebagai berikut : Tn. A mengatakan anggota gerak bagian kanan mengalami kelemahan, kadang pasien sering merasa pusing. Evaluasi hari kedua untuk masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik dapat diatasi sebagian dengan data yang diperoleh sebagai berikut : Tn. A mengatakan lebih nyaman dan anggota gerak bagian kanan atas dan bawah yang masih lemah sering dilatih untuk bergerak.

Evaluasi hari ketiga untuk masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik dapat diatasi sebagian dengan data yang diperoleh sebagai berikut : Tn. A mengatakan lebih nyaman dan anggota gerak bagian kanan atas dan bawah yang masih lemah sering dilatih untuk bergerak dan melakukan ROM secara mandiri. Evaluasi hasil dari kasus asuhan keperawatan yang diberikan selama 3 hari masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik teratasi sebagian.

SIMPULAN

Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan oleh penulis yaitu dengan cara wawancara, observasi, dan studi dokumentasi meliputi identitas pasien, identitas penanggung jawab, riwayat kesehatan, perilaku pola gordon, pemeriksaan *fisik head to toe* dan keadaan umum.

Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul yaitu hambatan mobilitas fisik. Gejala yang mendukung pasien menderita masalah keperawatan tersebut adalah adanya kelemahan pada ekstermitas kanan dan kesulitan saat beraktivitas.

Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang penulis gunakan pada Tn. A yaitu *Nursing Outcome Classification (NOC)* pergerakan dan *Nursing Intervention Classification (NIC)* meliputi terapi latihan mobilitas sendi, terapi latihan aktivitas dan ambulasi.

Implementasi Keperawatan

Penulis melakukan implementasi keperawatan untuk mengatasi hambatan mobilitas fisik dengan melakukan pengkajian tingkat kemampuan pasien dalam ambulasi dan melakukan aktivitas, mendukung latihan ROM sesuai jadwal yang teratur dan terencana, mendukung latihan ROM.

Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang dilakukan selama tiga hari pada Tn. A didapatkan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik teratasi sebagian dengan ditunjukkan pasien mampu melakukan ambulasi dan melakukan ROM baik mandiri ataupun dibantu.

DAFTAR PUSTAKA

- AHA. (2015). Heart Disease And Stroke Statistic. American Heart Association Journal.
- Ariani,T.A. (2012). Sistem Neurobehavior. Jakarta. Salemba Medika
- DINKES. (2018). Profil Kesehatan Kabupaten Purbalingga Tahun 2018.
- DINKES. (2019). Profil Kesehatan Kabupaten Purbalingga Tahun 2019.
- Kay, S. T., & Venketasubramanian, N. (2020). Journal Stroke in Asia: Teaching Cases in Stroke Medicine. No 12. Vol 1. P1-3.
- Kemendes RI, (2018). Laporan Provinsi Jawa Tengah Riskesdas 2018 Dalam Riskesdas 2018. Hlm 72-73.
- LeMone, P. (2015). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Respirasi. Jakarta : EGC.
- Moorhead, Sue., Johnson, Marion., Maas, M.L., & Swanson, Elizabeth. (2018). Nursing Outcomes Classification (NOC).Fifth Edition. United Of America.
- Moorhead, Sue., Johnson, Marion., Maas, M.L., & Swanson, Elizabeth. (2018). Nursing Interventions Classification (NIC). Fifth Edition.United Of America.
- Heidman, T. H., & Kamitsuru, S. (2018). NANDA-1 Diagnosa Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2018-2020 Edisi II. Jakarta: EGC
- Mubarak, WI, Lilis, I, & Joko, S. (2015). Buku Ajar IlmuKeperawatan Dasar. Jakarta: Salemba Medika.
- PPNI, (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik. (Edisi 1). Jakarta: DPPPNI.
- World Health Organization. (2017). Stroke. Geneva: Rorld Health Organization.