BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Risiko Gangguan Integritas Kulit

1. Pengertian

   Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen) adalah gangguan integritas kulit (Tim Pokja DPP PPNI, 2017). Sedangkan, risiko gangguan integritas kulit adalah dimana keadaan seseorang baru berisiko mengalami kerusakan jaringan epidermis dan dermis pada lapisan kulit belum terjadi perubahan (Carpenito, 2012).

2. Faktor Risiko

   Adapun faktor risiko gangguan integritas kulit menurut Tim Pokja DPP PPNI tahun 2017, yaitu :

   a. Perubahan sirkulasi
   b. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
   c. Kekurangan atau kelebihan volume cairan
   d. Penurunan mobilitas
   e. Bahan kimia iritatif
   f. Suhu lingkungan yang ekstrem
   g. Faktor mekanis (misalnya penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor elektris (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi)

h. Terapi radiasi

i. Kelembaban

j. Proses penuaan

k. Neuropati perifer

l. Perubahan pigmentasi

m. Perubahan hormonal

n. Penekanan pada tonjolan tulang

o. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan.

3. Tanda dan Gejala

Menurut Tim Pokja DPP PPNI tahun 2017, tanda dan gejala yang mungkin muncul apabila mengalami gangguan integritas kulit, yaitu :

a. Tanda dan gejala mayor

1) Subjektif : (tidak tersedia)

2) Objektif : Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit.

b. Tanda dan gejala minor

1) Subjektif : (tidak tersedia)

2) Objektif : Nyeri, perdarahan, kemerahan, hematoma.

4. Kondisi Klinis

Kondisi klinis yang memiliki risiko gangguan integritas kulit, antara lain :

a. Imobilisasi

b. Gagal jantung kongestif

c. Gagal ginjal

d. Diabetes Melitus

e. Imunodefisiensi (mis. AIDS)

f. Kateterisasi jantungg (Tim Pokja DPP PPNI tahun 2017).

5. Dampak Gangguan Integritas Kulit

Menurut Wijaya (2013), dampak apabila terjadi gangguan integritas kulit sebagai berikut :

a. Nyeri daerah luka tekan

b. Intoleransi aktivitas

c. Gangguan pola tidur

d. Penyebaran infeksi sehingga memperlambat proses penyembuhan.

6. Komplikasi

Menurut Mulyati (2014) terdapat kompikasi akibat gangguan integritas kulit, yaitu :

a. Neuropati sensorik yang menyebabkan hilangnya perasaan nyeri dan sensibilitas tekanan.

b. Neuropati otonom yang menyebabkan timbulnya peningkatan kekeringan akibat penurunan perspirasi.

c. Vaskuler perifer yang menyebabkan sirkulasi buruk yang menghambat lamanya kesembuhan luka sehingga menyebabkan terjadinya kompikasi ulkus dekubitus.

B. Konsep Penyakit Stroke

1. Pengertian

Stroke merupakan salah satu Penyakit Tidak Menular (PTM) yaitu suatu gangguan fungsi syaraf disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak secara mendadak (dalam beberapa detik) atau secara cepat (dalam beberapa jam) timbul gejala sehingga otak terganggu. Hal ini terjadi ketika suplay darah pada sebagian otak terhenti (*Stroke Association* dalam Ernawati 2016). Stroke adalah terputusnya aliran darah ke otak, karena tersumbat atau pecahnya pembuluh darah ke otak sehingga pasokan darah dan oksigen ke otak berkurang yang dapat menyebabkan gangguan fisik atau diasabilitas (Ghani dkk, 2016).

2. Etiologi

Faktor-faktor yang menyebabkan stroke menurut Nurarif & Kusuma (2015), yaitu :

a. Faktor yang tidak dapat diubah (*Irreversible*)
   1) Jenis kelamin : pria lebih sering ditemukan menderita stroke dibanding wanita.
   2) Umur : makin tinggi usia makin tinggi pula risiko terkena stroke.
   3) Keturunan : adanya riwayat keluarga yang terkena stroke.
b. Faktor yang dapat diubah (*Reversible*), yaitu hipertensi, penyakit jantung, kolestrol tinggi, obesitas, diabetes melitus, polisetemia, dan stress emosional.

c. Kebiasaan hidup, seperti : merokok, peminum alkohol, obat-obatan terlarang, dan aktivitas yang tidak sehat: kurang olahraga, makanan berkolestrol.

3. Patofisiologi

Otak sangat tergantung pada oksigen dan tidak mempunyai cadangan oksigen. Jika aliran darah ke setiap bagian otak terhambat karena trombus dan embolus, maka mulai terjadi kekurangan oksigen ke jaringan otak. Kekurangan selama 1 menit dapat mengarah pada gejala yang dapat pulih seperti keilangan kesadaran. Selanjutnya kekurangan oksigen dalam waktu yang lebih lama dapat menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron-neuron. Area nekrotik kemudian disebut infark. Kekurangan oksigen pada awalnya mungkin akibat iskemia umum (karena henti jantung atau hipotensi) atau hipoksia karena akibat proses anemia dan kesukaran untuk bernafas.

Stroke karena embolus dapat merupakan akibat dari bekuan darah, udara, *palque*, ateroma fragmen lemak. Jika etiologi stroke adalah hemoragi maka faktor pencetus adalah hipertensi. Pada stroke trombosis atau metabolik maka otak mengalami iskemia dan infark sulit ditentukan. Ada peluang dominan stroke akan meluas setelah serangan pertama sehingga dapat terjadi edema serebral dan peningkatan tekanan intrakranial (TIK) dan kematian pada area yang luas. Prognosisnya tergantung pada daerah otak yang terkena dan luasnya saat terkena.

Secara umum, apabila aliran darah ke jaringan otak terputus selama 15 samapi 20 menit, akan terjadi infark atau kematian jaringan. Perlu diingat bahwa oklusi di suatu arteri tidak selalu menyebabkan infark di daerah otak yang diperdarahi oleh arteri tersebut. Alasannya adalah bahwa mungkin terdapat sirkulasi kolateral yang memadai daerah tersebut. Proses patologik yang mendasari mungkin salah satu dari berbagai proses yang terjadi di dalam pebuluh darah yang memperdarahi otak. Patologinya dapat berupa keadaan penyakit pada pembuluh darah itu sendiri, seperti aterosklerosis dan thrombosis, robeknya dinding pembuluh atau peradangan, berkurangnya perfusi akibat gangguan aliran darah (Price, 2005 dalam Andra Saferi, 2013).

Patologi tersebut pada penderita stroke akan mengalami defisit neurologis. Defisit neurologis akan menyebabkan infark serebral sehingga terjadi penurunan perfusi jaringan serebral. Selain itu, defisit neurologis juga menyebabkan hemiplegia (kelumpuhan sebagian tubuh) dan hemiparesis (kelemahan sebagian tubuh). Hemiplegia dan hemiparesis akan menyebabkan penderita stroke mengalami gangguan mobilitas fisik. Penurunan perfusi jaringan serebral dapat membuat tingkat kesadaran menurun, sedangkan gangguan mobilitas fisik dapat menyebabkan tirah baring yang cukup lama. Penderita stroke akan berada pada posisi yang sama dalam waktu 24 jam selama berhari-hari sehingga berisiko tinggi mengalami ganguan integritas kulit (Arif Muttaqin, 2012).

4. Klasifikasi

Stroke dibagi 2 jenis yaitu: stroke iskemik dan stroke hemoragik menurut Nurarif & Kusuma (2015), yaitu :

a. Stroke iskemik (non hemoragik) yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. 80% adalah stroke iskemik.
b. Stroke hemoragik adalah stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak. Hampir 70% kasus stroke hemoragik terjadi pada penderita hipertensi.

5. Manifestasi Klinis

Gejala klinis yang timbul tergantung dari jenis stroke menurut Nurarif dan Kusuma (2015), antara lain :

a. Kelumpuhan atau kelemahan anggota badan, biasanya hemiparesis yang timbul mendadak (gangguan mobilitas fisik),
b. Gangguan sensibilitas pada satu anggota badan (gangguan hemisensorik),
c. Penurunan kesaran (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma),
d. Afasia (kesulitan dalam bicara),
e. Disatria (bicara cedal atau pelo),
f. Gangguan penglihatan, diplopia,
g. Ataksia
h. Vertigo, mual, muntah, dan nyeri kepala.

6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan diagnostik yang diperlukan dalam membantu menegakkan diagnosis pasien stroke meliputi:

a. Angiografi Serebral

Membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruksi arteri, adanya titik oklusi atau ruptur.

b. Lumbal Pungsi

Tekanan yang meningkat dan disertai bercak darah pada cairan lumbal menunjukkan tekanan normal. Jika tekanan meningkat dn cairan mengandung darah menunjukkan adanya hemoragik pada subarachnoid atau perdarahan pada intrakranial. Kontraindikasi pada peningkatan tekanan intrakranial.

c. CT Scan

Mengetahui area infark, edema, hematoma, struktur, dan sistem ventrikel otak.

d. Magenetic Resonance Imaging (MRI)

Menunjukkan daerah yang mengalami infark, hemoragik, malformasi arteriovena.

e. EEG (Electroencephalography)

Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

f. Pemeriksaan Darah Lengkap

Untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri.

g. Pemeriksaan Elektrokardiogram

Berkaitan dengan fungsi dari jantung untuk pemeriksaan penunjang yang berhubungan dengan penyebab stroke.

(Tarwoto & Wartonah, 2011)

7. Penatalaksanaan

Perawatan untuk stroke menurut Pudiastuti (2011), antara lain :

a. Demam, menyebabkan eksebasi cidera otak iskemik dan harus segera diobati dengan anti piretik (penurun panas).
b. Pemberian nutrisi, pasien stroke memiliki risiko tinggi untuk aspirasi, bila pasien sadar penuh berikan satu sendok teh air putih untuk menelan.
c. Untuk perawatan paru, fisioterapi dada setiap 4 jam harus dilakukan untuk mencegah atelectasis pada pasien yang tidak bergerak.
d. Tirah baring total

Tirah baring merupakaan suatu keadaan dimana pasien berbaring ditempat tidur selama hampir 24 jam setiap harinya. Tirah baring yang berlangsung lama dapat menyebabkan dampak yang negatif terhadap sistem tubuh pasien. Dampak negatif tirah baring terhadap fisik yang sering kali timbul yaitu pada sistem integumen yang berisiko tinggi mengalami gangguan integritas kulit seperti luka dekubitus atau luka tekan. Luka dekubitus disebabkan oleh terjadinya gangguan sirkulasi peredarah darah ke

jaringan sehingga mengalami kerusakan dan stress mekanik terhadap jaringan, yang mengakibatkan iskemik lokal.

Jaringan lunak yang berada pada dua permukaan yang keras dan terjadi gesekan antara kedua permukaan tersebut, yaitu antara permukaan rangka tulang dengan permukaan tempat tidur. Luka dekubitus biasanya muncul pada hari ke 4 perawatan. Luka dekubitus perlu dirawat agar proses penyembuhannya cepat. Selain itu, perlu juga dilakukan pencegahan terjadinya luka dekubitus dengan perawatan kulit seperti masase punggung (Jurnal Rosita dan Maria, 2014).

Menurut penelitian Setyawati (2012) menyatakan bahwa masase punggung yang dilakukan sekali atau dua kali dalam sehari lebih efektif daripada mobilisasi setiap 2-3 jam dalam mencegah perkembangan luka dekubitus. Masase punggung mencegah terjadinya infeksi melalui pengaktifan sistem kekebalan pada tekanan, seperti yang diamati pada pasien tirah baring di tempat tidur (Jurnal Andani, Kristiyawati, dan Purnomo, 2016).

Penelitian yang dilakukan oleh Henny Syapitri pada tahun 2017 menunjukkan bahwa pemberian masase punggung memberikan efek signifikan pada luka dekubitus dengan aplikasi topikal yang terbukti efektif dalam meningkatkan hidrasi dan elastisitas kulit serta membantu mencegah terjadinya ulkus dekubitus (Anggraini, 2019).

e. Mempertahankan asupan nutrisi dan cairan baik melalui parenteral maupun cairan intravena.

f. Mempertahankan obat-obatan seperti antikoagulan oral, asetosol, pasien tidak tahan asetosol dapat diganti dengan tiklopidin.

8. Komplikasi

Menurut Andra Saferi (2013), pada pasien stroke dapat terjadi masalah lain diantaranya : hipertensi/hipotensi, kejang, peningkatan Tekanan Intra Kranial (TIK), kontraktur, tonus otot abnormal, trombosis vena, malnutrisi, aspirasi, inkontinensia urine, dan tirah baring yang mengakibatkan kelembaban pada daerah tulang yang menonjol meningkat sehingga apabila terjadi gesekan berpotensi mengalami luka dekubitus.

C. Konsep Luka Dekubitus

1. Pengertian

Dekubitus merupakan kerusakan kulit pada suatu area dan dasar jaringan yang disebabkan oleh tulang yang menonjol, sebagai akibat dari tekanan, pergeseran, gesekan atau kombinasi dari beberapa hal tersebut (NPUAP, 2014). Sedangkan pengertian lain menurut Osuala (2014), dekubitus merupakan luka pada kulit yang terlokalisasi atau pada jaringan dibawah tulang yang menonjol akibat tekanan yang terus-menerus atau tekanan yang disertai dengan gesekan. Tekanan secara lokal berdampak menurunkan atau bahkan menghambat sirkulasi. Menurut sebuah penelitian, tanda dan gejala luka dekubitus

biasa muncul pada hari ke 4 perawatan tanpa diberikan tindakan apapun (Jurnal Levina Mutia, dkk 2015).

2. Etiologi

Penyebab luka dekubitus menurut Nurarif & Kusuma (2015), yaitu :

a. Faktor Instrinsik

Usia/penuaan (regenerasi sel yang lemah) yang mempengaruhi elastisitas kulit. Beberapa penyakit yang menimbulkan seperti DM, status gizi dan nutrisi (*underweight* atau sebaliknya *overweight*), temperatur anemia, hipoalbuminemia, penyakit-penyakit neurologi dan penyakit-penyakit yang merusak pembuluh darah, keadaan hidrasi atau cairan tubuh.

b. Faktor Ekstrinsik

Tekanan dalam jangka waktu yang lama, pergesekan, pergeseran, kelembapan, kebersihan tempat tidur, kelembapan, gesekan, alat-alat tenun yang kusut dan kotor, atau peralatan medik yang menyebabkan penderita terfiksasi pada suatu sikap tertentu, duduk yang buruk, posisi yang tidak tepat, perubahan posisi yang kurang.

3. Faktor yang mempengaruhi pembentukan dekubitus

a. Gaya gesek

Gaya gesek atau geser merupakan gaya yang bekerja pada kulit ketika kulit dalam posisi diam sedangkan struktur tulang bergerak. Pembuluh darah yang berada di bawah jaringan akan

tertekan dan terbebani, serta aliran darah yang menuju ke jaringan lebih dalam terhambat. Akibatnya, akan terjadi perdarahan dan nekrosis pada lapisan jaringan (Potter et al., 2011).

b. Friksi

Friksi merupakan cedera pada kulit yang memiliki penampilan abrasi. Abrasi merupakan hilangnya lapisan atas kulit, yaitu epidermis. Friksi dihasilkan oleh dua permukaan yang saling bergesek satu sama lain. Bagian tubuh yang paling berisiko mengalami friksi adalah siku dan tumit (Potter et al., 2011).

c. Kelembaban

Kondisi lembab pada kulit meningkatkan risiko pembentukan luka tekan. Kelembaban menurunkan resistensi kulit terhadap berbagai faktor fisik lain seperti tekanan dan gesekan. Kelembaban dapat berasal dari drainase luka, keringat (Potter et al., 2011).

d. Nutrisi

Nutrisi kurang, khususnya kekurangan protein menyebabkan jaringan yang lunak menjadi rentan terjadi kerusakan (Potter et al., 2011).

e. Infeksi

Infeksi diakibatkan adanya patogen didalam tubuh. Pasien dengan infeksi biasanya mengalami demam. Demam mengakibatkan diaporesis dan meningkatkan kelembaban kulit

yang menjadi predisposisi rusaknya jaringan kulit pasien (Potter et al., 2011).

f. Usia

Lansia memiliki risiko tertinggi terjadinya pembentukan luka tekan, 60%-90% luka dekubitus terjadi pada pasien yang berusia di atas 65 tahun (Potter et al, 2011).

4. Patofisiologi

Dekubitus merupakan masalah serius yang terjadi pada pasien dengan keterbatasan gerak, seperti pasien stroke, injuri tulang belakang, dan penyakit degeneratif. Dekubitus diakibatkan oleh tekanan antar muka atau kekuatan per unit area antara tubuh dengan matras/tempat tidur yang mengakibatkan jaringan menjadi iskemia dan dapat berlanjut menjadi injuri dan nekrosis. Apabila tekanan antar muka lebih besar dari pada tekanan kapiler rata-rata, maka pembuluh darah kapiler akan mudah kolaps dan akan mengakibatkan aliran darah terhenti yang lama kelamaan menjadi eritema. Daerah tersebut akan mudah mengalami hipoksia, iskemia dan akan berkembang menjadi nekrotik pada jaringan atau kematian sel (Suriadi, 2015).

Jika tekanan di daerah tidak dihilangkan maka akan timbul eritema yang tidak memudar bila ditekan. Gaya gesekan dapat merusak struktur kapiler kulit. Robekan merupakan gaya mekanik yang terjadi saat kulit digeser pada permukaan kasar seperti tenun tempat tidur. Robekan mempengaruhi pada epidermis kulit atau lapisan bagian

atasnya yang akan terkelupas ketika pasien merubah posisinya. Gaya gesek dan robekan juga factor terjadinya luka tekan. Luka dekubitus merupakan dampak dari tekanan, pergesekan, pergeseran, kelembapan, immobilisasi, dan status gizi.

Luka dekubitus bisa juga disebebkan oleh terlipatnya pembuluh darah terutama pembuluh darah arteri dan kapiler di daerah yang terkena luka decubitus. Jika aliran darah terhambat, maka sel-sel tidak mendapat cukup zat makanan dan sampah hasil metabolisme tertumpuk sehingga sulit diangkut. Akhirnya sel mati, kulit pecah dan terjadilah lubang yang dangkal dan luka.

Gambaran umum mekanisme luka tekan adalah kerusakan jaringan yang terlokalisir, disebabkan karena adanya tekanan yang meningkat antara anggota badan dengan tempat tidur, yang merusak jaringan lunak terutama pada bagian yang menonjol, dan adanya faktor gesekan dan pergeseran dari dalam jangka waktu lama. Pasien yang mengalami luka dekubitus tetapi tidak ditangani dengan baik dapat mengakibatkan masa perawatan pasien menjadi lebih lama (Suriadi, 2015).

5. Fase Penyembuhan Luka

Fase penyembuhan luka menurut Suriadi (2015), yaitu:

a. Tahap Homeostatis

Fase pertama penyembuhan luka dimulai dengan penyempitan otonom pembuluh darah sebagai respon terhadap cidera, spasme kemudian diikuti relaksasi otot pembuluh darah dan pelepasan

platelet atau trombosit. Trombosit bekerja sebagai faktor pembekuan darah.

b. Tahap Inflamasi

Tahap kedua penyembuhan luka muncul dengan tanda eritema, pembengkakan, dan panas, sering dikaitkan dengan nyeri, terdapat tanda seperti rubor, tumor, kolor, dolor. Tahap inflamasi berlangsung selama 4 hari pasca cidera.

c. Tahap Poliferasi (Granulasi)

Tahap ini dimuali sekitar empat hari setelah cidera dan biasanya sampai hari ke 21 pada luka akut dan bergantung ukuran luka. Hal ini ditandai dengan adanya jaringan merah berkrikil di dasar luka dan melibatkan penggantian jaringan kulit dan jaringan subdermal pada luka dalam, serta kontraksi luka. Fibroblast mengeluarkan kolagen untuk regenerasi. Defisit luka diisi dengan jaringan granulasi atau jaringan parut. Jaringan berisi pembuluh darah baru, kolagen, dan fibroblast dengan tampilan granular merah. Kreatinosit juga berperan dalam pembentukan lapisan luar pelindung atau stratum kroneum.

d. Tahap Remodelling (Pematangan)

Tahap ini berlangsung menurut umur, jenis luka, kedalaman, lokasi luka dan tahap inflamasi yang dapat berlangsung selama 1-2 tahun. Remodelling berlangsung setelah luka tertutup pada bagian atas dan jaringan parut mengisi luka yang kemudian di restrukturisasi.

6. Faktor Risiko

Ada beberapa faktor predisposisi yang dapat menyebabkan timbulnya luka dekubitus pada pasien, yaitu:

a. Gangguan Input Sensorik

Pasien yang persepsi sensorinya masih normal akan bereaksi dan mengatahui jika salah satu anggota tubuhnya mengalami tekanan yang berlebihan atau nyeri, sehingga pasien akan berespon untuk mengubah posisinya atau meminta bantuan untuk mengubah posisinya (Potter & Perry, 2012).

b. Gangguan Fungsi Motorik

Pasien yang tidak mampu mengganti posisi secara mandiri berisiko tinggi mengalami dekubitus. Nyeri dan tekanan dapat dirasakan oleh pasien, namun tidak dapat merubah posisi secara mandiri untuk menurunkan tekanan tersebut (Potter & Perry, 2012).

c. Perubahan Tingkat Kesadaran

Perubahan tingkat kesadaran yang dialami oleh pasien mengakibatkan ketidakmampuan pasien untuk melindungi dirinya sendiri dari dekubitus. Pasien yang bingung atau disorientasi mungkin dapat merasakan tekanan, namun tidak mampu mengerti cara untuk menghilangkan tekanan tersebut. Pasien koma tidak bisa merasakan tekanan dan tidak mampu mengganti posisinya untuk mengurangi tekanan (Potter & Perry, 2012).

d. Gips, Traksi, Alat Ortotik, dan Peralatan Lain

Gaya friksi atau tarikan eksternal mekanik dari permukaan gips akan menggesek lapisan kulit dibawahnya mengakibatkan kerusakan integritas kulit pada pasien. Selain itu, tekanan yang ditimbulkan oleh gips pada kulit karena terlalu ketat saat dikeringkan atau jika ekstremitas yang bersangkutan mengalami bengkak menjadi gaya mekanik yang dapat melukai kulit dan menyebabkan dekubitus (Potter & Perry, 2012).

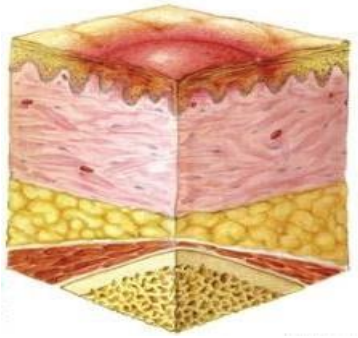
7. Klasifikasi

Menurut M. Robinson & Saputra (2014), menyebutkan klasifikasi luka dekubitus yang terbagi menjadi 4 stadium, yaitu:

a. Dicurigai cedera jaringan dalam

Tampak keunguan atau merah maroon yang terlokalisasi pada kulit yang utuh atau darah diisi blister karena kerusakan akibat penekanan pada jaringan lunak. Daerah tersebut didahului dengan jaringan terasa nyeri, keras, lembek, lebih hangat atau dingin dibandingkan jaringan lain yang berdekatan. Cedera pada jaringan dalam sulit dideteksi pada pasien dengan warna kulit yang gelap.

b. Stadium 1

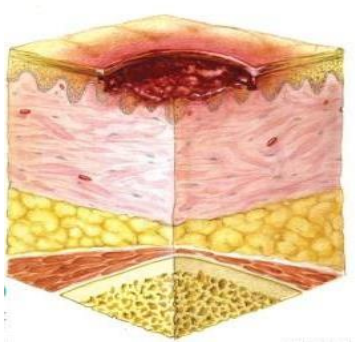


Gambar 1. Dekubitus Stadium 1

Stadium 1 ditunjukkan dengan kulit masih utuh dengan tanda-tanda akan terjadi luka. Dibandingkan dengan

kulit yang normal akan tampak salah satu tanda sebagai berikut: perubahan temperature kulit (lebih dingin atau lebih hangat), perubahan konsistensi jaringan (lebih keras atau lebih lunak), perubahan sensasi (gatal atau nyeri). Kulit yang memiliki pigmentasi gelap tidak bertambah muda warnanya (warna tidak memudar), namun memiliki perbedaan warna dengan area sekitarnya.

c. Stadium 2

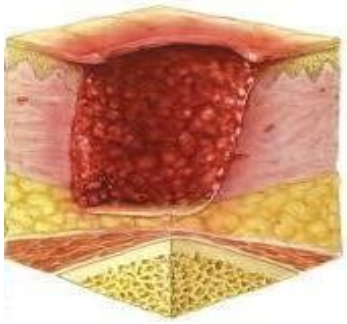


Gambar 2. Dekubitus Stadium 2

Stadium 2 ditunjukkan dengan hilangnya permukaan kulit epidermis atau dermis, atau keduanya yang terlihat sebagai luka terbuka, dangkal, tanpa cairan dengan dasar luka berwarna merah atau merah muda.

d. Stadium 3

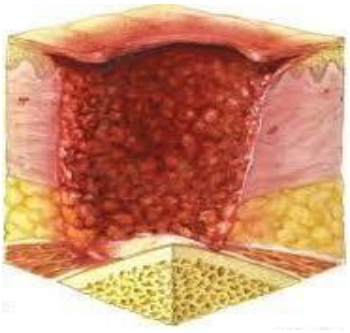
Gambar 3. Dekubitus Stadium 3



Stadium 3 ditunjukkan dengan hilangnya lapisan kulit secara lengkap meliputi kerusakan atau nekrosis dari jaringan subkutan atau lebih dalam, namun otot dan tendon atau tulang tidak tampak. Luka terlihat seperti lubang yang dalam. Terbentuk

slough atau jaringan berwarna kuning/ putih pada dasar luka, dan dapat terbentuk terowongan.

e. Stadium 4



Gambar 4. Dekubitus Stadium 4

Stadium 4 ditunjukkan dengan hilangnya lapisan kulit secara lengkap dengan kerusakan yang luas, nekrosis jaringan, kerusakan pada otot, tulang atau tendon dan adanya lubang yang dalam.

8. Pencegahan

a. Mengurangi/ menghilangkah friksi dan gesekan

b. Meminimalisir tekanan

c. Memasang alas pendukung (kasur khusus dekubitus)

d. Mengelola kelembaban dengan perawatan kulit

e. Mempertahankan asupan nutrisi dan cairan yang adekuat (Potter & Perry, 2012)

9. Penilaian Risiko Luka Dekubitus

Terdapat empat instrumen yang dapat digunakan untuk mengkaji risiko terjadi dekubitus yang hasilnya dapat secara langsung mengidentifikasi pasien yang berisiko tinggi. Nilai pengkajian risiko pasien didapat dengan cara pengkajian skala *Norton, Gosnell, Knoll, dan Braden*. Menurut Morton, Patricia, & Fontaine (2012), yang paling efektif digunakan adalah skala *Braden*. Skala *Braden*

dikembangkan berdasarkan faktor risiko pada populasi perawatan di rumah (Bergstrom dkk, 1987 dalam Potter & Perry, 2012).

Skala *Braden* terdiri dari 6 subskala, yaitu: persepsi sensori, kelembaban, aktifitas, mobilisasi, nutrisi, friksi, dan gesekan (Potter & Perry, 2012). Analisa skor skala *Braden* menurut Morton, Patricia, & Fontaine (2012) dengan kriteria sebagai berikut:

a. Risiko ringan jika skor bernilai 16-24.
b. Risiko sedang jika skor bernilai 14-15.
c. Risiko berat jika skor bernilai 11-13.
d. Risiko sangat berat jika skor bernilai kurang dari 10.

D. Konsep Asuhan Keperawatan Risiko Gangguan Integritas Kulit

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan (Effendy 1995, dalam Dermawan, 2012).

a. Data Subjektif

Berisi mengenai identitas pasien dan keluarga. Kemudian, keluhan utama pasien yang mengarah ke tanda dan gejala munculnya luka dekubitus yang dirasakan pasien, seperti merasa gatal, nyeri, dan panas. Riwayat kesehatan juga penting dikaji untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit tertentu yang dapat mempengaruhi

proses terjadinya luka dan penyembuhan luka, misalnya penyakit kardiovaskuler, diabetes, gagal ginjal, immunosuppresi, gastrointestinal, trauma infeksi, dan yang lainnya. Pengkajian riwayat terjadi luka mencakup faktor-faktor yang dapat memperberat atau mempercepat proses luka serta mendokumentasikannya secara lengkap.

b. Data Objektif

1) Berisi keadaan umum pasien meliputi tanda-tanda vital pasien. Pasien stroke umumnya mengalami penurunan kesadaran dan kelemahan bahkan kelumpuhan anggota gerak. Kekuatan otot juga mengalami penurunan. Suara bicara kadang mengalami gangguan, yaitu sukar dimengerti, kadang tidak bisa bicara, dan tanda-tanda vital : tekanan darah meningkat, denyut nadi bervariasi.

2) Pemeriksaan fisik

a) *Vasculer ulcers*, yaitu dengan mengevaluasi kulit (lembab atau kering), warna kuku, warna rambut ekstremitas, capillary refill, akral, dan edema ekstremitas.

b) *Arterial ulcers*, ditandai dengan adanya kelemahan atau hilangnya denyut nadi, kulit, dan hilangnya rambut pada ekstremitas.

c) *Neuropathic ulcers* dengan menggunakan skala *Braden* untuk menilai risiko luka dekubitus. Skala *Braden* memiliki

indakator – indikator, yaitu parameter persepsi sensori, kelembapan, mobilitas, pola nutrisi, pergeseran dan pergesekan.

3) Data hasil pemeriksaan laboratorium perlu diperhatikan, meliputi :

Pemeriksaan kultur drainase apabila terdapat luka, dikerjakan untuk menentukan apakah luka mengalami infeksi atau tidak serta untuk mengetahui organisme penyebab infeksinya. Infeksi dapat diketahui dari adanya peningkatan jumlah leukosit. Penurunan leukosit mengindikasikan risiko terhadap infeksi. Pemeriksaan albumin dilakukan untuk menentukan perkembangan penyembuhan luka. Pemeriksaan laboraturium : Hb, produksi cairan luka, leukosit, koagulasi, protein, dan glukosa.

4) Tingkat Kesadaran

Pada keadaan lanjut, tingkat kesadaran pasien stroke biasanya berkisar pada tingkat letargi, stupor, dan semikomatosa. Apabila pasien sudah mengalami koma maka penilaian Glasgos Coma Scale (GCS) sangat penting. Nilai GCS kesadaran composmentis (15-14), apatis (13-12), delirium (11-10), somnolen (9-7), sopor (6-5), semi koma atau koma ringan (4), dan koma (3).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan adalah pernyataan yang jelas mengenai status kesehatan atau masalah aktual atau risiko dalam rangka mengidentifikasi dan menentukan intervensi keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan, atau mencegah masalah kesehatan pasien yang ada pada tanggung jawabnya (Tarwoto & Wartonah, 2011).

Diagnosa berhubungan yang mungkin muncul pada pasien stroke menurut Arif Muttaqin (2012) yang sesuai SDKI tahun 2017, yaitu :

a. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan diseksi arteri, aneurisma serebri, embolisme, dan hipertensi.
b. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan akumulasi sekret, kemampuan batuk menurun, penurunan mobilitas fisik sekunder, dan perubahan tingkat kesadaran.
c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, kekakuan sendi, dan gangguan neuromuskular.
d. Risiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi, penurunan mobilitas, faktor mekanis (gesekan dan penekanan), kelembaban, dan penekanan pada tonjolan tulang.

Selain itu, diagnosa yang mungkin muncul pada pasien stroke menurut Arif Muttaqin (2012) yang sesuai NANDA tahun 2017, yaitu :

a. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan perubahan fungsi motorik, penurunan tekanan darah di ekstremitas, penurunan nadi perifer, dan edema.

b. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan infeksi, disfungsi neuromuskular, hiperplasia dinding bronkus, alergi jalan nafas, asma, trauma, obstruksi jalan nafas (spasme jalan nafas, sekresi tertahan, banyaknya mukus, adanya jalan nafas buatan, sekresi bronkus, adanya eksudat di alveolus, adanya benda asing di jalan nafas).
c. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan muskuloskeletal dan neuromuskuler, intoleransi aktivitas/penurunan kekuatan dan stamina, penurunan kekuatan otot, kontrol dan atau masa, malnutrisi selektif atau umum.
d. Risiko gangguan integritas kulit, faktor risiko : faktor mekanik (misalnya tekanan), immobilitas fisik, kelembaban kulit, tulang menonjol berhubungan dengan dengan perubahan pigmentasi, perubahan sirkulasi, perubahan turgor (elastisitas kulit).

c. Perencanaan Keperawatan

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).

Tabel 1. Rencana Tindakan Keperawatan menurut SDKI, SLKI, dan SIKI

No.	**Diagnosa (SDKI)**	**Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI)**	**Intervensi (SIKI)**
1.	**D.0017 Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan diseksi arteri, aneurisma serebri, embolisme, dan hipertensi.**	**L.02014 Perfusi Serebral** Ekspektasi : meningkat Kriteria Hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Kognitif meningkat 3. Tekanan intra kranial menurun 4. Sakit kepala menurun 5. Kecemasan menurun 6. Agitasi menurun 7. Demam menurun 8. Nilai rata-rata tekanan darah membaik 9. Tekanan darah sistolik membaik 10. Tekanan	**I. 06198 Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial** **Observasi :** 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) 4. Monitor CVP (Central Venous Pressure), jika

	darah diastolik membaik	perlu 5. Monitor PAWP, jika perlu 6. Monitor PAP, jika perlu 7. Monitor ICP (Intra Cranial Pressure), jika tersedia 8. Monitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure) 9. Monitor gelombang ICP 10. Monitor status pernapasan 11. Monitor intake dan output cairan 12. Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi) **Terapeutik :** 1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 2. Berikan posisi semi fowler 3. Hindari maneuver Valsava 4. Cegah terjadinya kejang 5. Hindari penggunaan PEEP 6. Hindari pemberian cairan IV hipotonik 7. Atur ventilator agar PaCO2 optimal 8. Pertahankan suhu tubuh normal **Kolaborasi :** 1. Kolaborasi pemberian sedasi

			dan antikonvulsan, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu 3. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu
2.	**D.0001 Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan akumulasi sekret, kemampuan batuk menurun, penurunan mobilitas fisik sekunder, dan perubahan tingkat kesadaran.**	**L.01001 Bersihan Jalan Nafas** Ekspektasi : meningkat Kriteria Hasil : 1. Batuk efektif meningkat 2. Produksi sputum menurun 3. Mengi dan wheezing menurun 4. Dispnea menurun 5. Ortopnea menurun 6. Sulit bicara menurun 7. Sianosis menurun 8. Gelisah menurun 9. Frekuensi nafas membaik 10. Pola nafas membaik	**I.01011 Manajemen Jalan Nafas** **Observasi :** 1. Monitor pola nafas 9frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi nafas tambahan 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) **Terapeutik :** 1. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan *head-tilt* dan *chin-lift* (*jaw-thrust*, jika curiga trauma servikal) 2. Posisikan semi fowler atau fowler 3. Berikan minum hangat 4. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 5. Lakukan penghisapan lendir pada jalan nafas 6. Berikan oksigen **Edukasi :** 1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi 2. Ajarkan teknik

			batuk efektif **Kolaborasi :** 1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik. **Pemantauan respirasi** **Observasi :** 1. Monitor pola nafas 2. Monitor adanya produksi sputum **Terapeutik :** 1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 2. Dokumentasikan hasil **Edukasi :** 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan
3.	**D.0054 Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, kekakuan sendi, dan gangguan neuromuskular.**	**L.14125 Integritas Kulit dan Jaringan** Ekspektasi: meningkat Kriteria hasil: 1. Elastisitas meningkat 2. Hidrasi meningkat 3. Perfusi jaringan meningkat 4. Kerusakan jaringan menurun	**I.08251 Terapi Pemijatan/Masase** **Observasi :** 1. Identifikasi kontraindikasi masase (misa. penurunan trombosit , gangguan integritas kulit, *deep vein thrombosis*, area lesi, kemerahan atau radang, tumor, dan hipersensitivitas terhadap sentuhan.

	5. Kerusakan lapisan kulit menurun 6. Perdarahan menurun 7. Kemerahan menurun 8. Hematoma menurun 9. Pigmentasi abnormal menurun 10. Jaringan parut menurun 11. Nekrosis menurun 12. Suhu kulit membaik 13. Tekstur membaik	2. Identifikasi kesediaan dan penerimaan dilakukan masase. 3. Monitor respon terhadap masase. **Terapeutik :** 1. Tetapkan jangka waktu untuk masase. 2. Pilih area tubuh yang akan dimasase. 3. Cuci tangan dengan air hangat. 4. Siapkan lingkungan yang hangat, nyaman, dan privasi. 5. Buka area yang akan dimasase,sesuai kebutuhan. 6. Tutup area yang tidak terpajan (mis. dengan selimut, seprai, handuk mandi) 7. Gunakan lotion atau minyak untuk mengurangi gesekan (perhatikan kontraindikasi penggunaan lotion atau minyak tertentu pada tiap individu) 8. Lakukan masase secara perlahan 9. Lakukan masase dengan teknik yang tepat. **Edukasi :** 1. Jelaskan tujuan dan prosedur

			tindakan. 2. Anjurkan rileks selama dimasase. 3. Anjurkan beristirahat setekah dilakukan masase.
4.	**D.0139 Risiko gangguan integritas kulit berhubugan dengan perubagan sirkulasi, penurunan mobilitas, faktor mekanis (tirah baring yang lama menimbulkan penekanan dan gesekan), kelembaban, dan penekanan pada tonjolan tulang.**	**L.14125 Integritas Kulit dan Jaringan** Ekspektasi: meningkat Kriteria hasil: 1. Elastisitas meningkat 2. Hidrasi meningkat 3. Perfusi jaringan meningkat 4. Kerusakan jaringan menurun 5. Kerusakan lapisan kulit menurun 6. Perdarahan menurun 7. Kemerahan menurun 8. Hematoma menurun 9. Pigmentasi abnormal menurun 10. Jaringan parut menurun 11. Nekrosis menurun 12. Suhu kulit membaik 13. Tekstur membaik	**I.11353 Perawatan Integritas Kulit** **Observasi:** 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (misalnya perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas). **Terapeutik :** 1. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring. 2. Lakukan masase pada area penonjolan tulang. 3. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare. 4. Gunakan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering. 5. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif. 6. Hindari produk berbahan dasar

		alkohol pada kulit kering. **Edukasi :** 1. Anjurkan menggunakan pelembab (mis. lotion, minyak). 2. Anjurkan minum air yang cukup. 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi. 4. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur. 5. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem. 6. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya.

(Tim Pokja SLKI DPP PPNI dan Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Tabel 2. Rencana Tindakan Keperawatan menurut Nanda, NIC, dan NOC

No.	**Diagnosa Keperawatan**	**Rencana Keperawatan**	
		Tujuan & Kriteria Hasil (NOC)	**Intervensi (NIC)**
1.	Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer b/d perubahan tekanan darah di ekstremitas, gangguan afinitas Hb oksigen,	NOC : *1. Circulation status* *2. Neurologic status* *3. Tissue Prefusion : cerebral*	NIC : 1. Monitor TTV 2. Monitor AGD, ukuran pupil, ketajaman, kesimetrisan dan reaksi 3. Monitor adanya

	penurunan konsentrasi Hb, Hipervolemia, Hipoventilasi, gangguan transport O2, gangguan aliran arteri dan vena.	Setelah dilakukan asuhan selama 7 hari diharapkan ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral teratasi dengan kriteria hasil: 1. Tekanan systole dan diastole dalam rentang yang diharapkan 2. Tidak ada ortostatik hipertensi 3. Komunikasi jelas 4. Menunjukkan konsentrasi dan orientasi 5. Pupil seimbang dan reaktif 6. Bebas dari aktivitas kejang 7. Tidak mengalami nyeri kepala	diplopia, pandangan kabur, nyeri kepala 4. Monitor level kebingungan dan orientasi 5. Monitor tonus otot pergeraka 6. Monitor tekanan intrkranial dan respon nerologis 7. Catat perubahan pasien dalam merespon stimulus 8. Monitor status cairan 9. Pertahankan parameter hemodinamik 10. Tinggikan kepala 0-45o tergantung pada konsisi pasien dan order medis
2.	Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan: 1. Infeksi, disfungsi neuromuskular, hiperplasia dinding bronkus, alergi jalan nafas, asma, trauma 2. Obstruksi	NOC: *1. Respiratory status : Ventilation* *2. Respiratory status : Airway patency* *3. Aspiration Control* Setelah dilakukan	NIC : 1. Pastikan kebutuhan oral / tracheal suctioning. 2. Berikan O2 ...l/mnt, metode… 3. Anjurkan pasien untuk istirahat dan napas dalam 4. Posisikan pasien untuk memaksimalkan

	jalan nafas : spasme jalan nafas, sekresi tertahan, banyaknya mukus, adanya jalan nafas buatan, sekresi bronkus, adanya eksudat di alveolus, adanya benda asing di jalan nafas.	tindakan keperawatan selama 7 hari pasien menunjukkan keefektifan jalan nafas dibuktikan dengan kriteria hasil : 1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips) 2. Menunjukkan jalan nafas yang paten(klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal) 3. Mampu mengidentifikasikan dan mencegah faktor yang	ventilasi 5. Lakukan fisioterapi dada jika perlu 6. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction 7. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan 8. Berikan bronkodilator 9. Monitor status hemodinamik 10. Berikan pelembab udara Kassa basah NaCl Lembab 11. Berikan antibiotik 12. Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan. 13. Monitor respirasi dan status O2 14. Pertahankan hidrasi yang adekuat untuk mengencerkan sekret 15. Jelaskan pada pasien dan keluarga tentang penggunaan peralatan : O2, Suction, Inhalasi.

		penyebab. 4. Saturasi O2 dalam batas normal 5. Foto thorak normal	
3.	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan muskuloskeletal dan neuromuskuler, intoleransi aktivitas/penurunan kekuatan dan stamina, penurunan kekuatan otot, kontrol dan atau masa, malnutrisi selektif atau umum	NOC : *1. Joint Movement : Active* *2. Mobility Level* *3. Self care : ADLs* *4. Transfer performance* Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7 hari diharapkan hambatan mobilitas fisik teratasi dengan kriteria hasil: 1. Klien meningkat dalam aktivitas fisik 2. Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas 3. Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah 4. Memperagakan	NIC : *Exercise therapy : ambulation* 1. Monitoring *vital sign* sebelm/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan 2. Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan 3. Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera 4. Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik ambulasi 5. Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi 6. Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan 7. Dampingi dan Bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLs ps. 8. Berikan alat Bantu jika klien memerlukan. 9. Ajarkan pasien bagaimana merubah

		penggunaan alat 5. Bantu untuk mobilisasi (*walker*)	posisi dan berikan bantuan jika diperlukan
4.	Risiko gangguan integritas kulit faktor risiko : faktor mekanik (misalnya tekanan), immobilitas fisik, kelembaban kulit, tulang menonjol berhubungan dengan dengan perubahan pigmentasi, perubahan sirkulasi, perubahan turgor (elastisitas kulit)	NOC : 1. *Tissue Integrity : Skin and Mucous Membranes* 2. Status Nutrisi 3. *Tissue Perfusion:perifer* 4. *Dialiysis Access Integrity* Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7 hari diharapkan gangguan integritas kulit tidak terjadi dengan kriteria hasil: 1. Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan 2. Melaporkan adanya gangguan sensasi atau nyeri pada daerah kulit yang mengalami gangguan 3. Menunjukkan pemahaman dalam proses	NIC : *Pressure Management* 1. Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar. 2. Hindari kerutan padaa tempat tidur. 3. Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering. 4. Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali. 5. Monitor kulit akan adanya kemerahan. 6. Lakukan masase dengan mengoleskan minyak atau lotion pada derah yang tertekan. 7. Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien. 8. Monitor status nutrisi pasien. 9. Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat. 10. Gunakan pengkajian risiko untuk memonitor faktor risiko pasien (skala *Braden*). 11. Inspeksi kulit terutama pada tulang-tulang yang menonjol dan titik-titik tekanan ketika

	perbaikan kulit dan mencegah terjadinya sedera berulang 4. Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami 5. Status nutrisi adekuat 6. Sensasi dan warna kulit normal	merubah posisi pasien. 12. Jaga kebersihan alat tenun. 13. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian tinggi protein, mineral dan vitamin. 14. Monitor serum albumin dan transferin

(Moorhead, et. al dan Bulechek, G. M. Et. al, 2016)

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana perawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi (Tarwoto & Wartonah, 2011). Implementasi keperawatan dilakukan pada pasien stroke dengan risiko kerusakan integritas kulit selama 7 hari. Penulis akan melakukan observasi respon pasien terhadap pemberian tindakan masase punggung. Masase melibatkan gerakan menggosok, menepuk, dan meremas yang akan menghasilkan panas pada permukaan kulit. Hal ini menyebabkan dilatasi pembuluh-pembuluh darah sehingga akan meningkatkan sirkulasi darah sehingga terjadi suplai darah ke daerah yang tertekan. Masase dilakukan dengan mengaplikasikan minyak atau *lotion* pada

bagian punggung yang diindikasi mengalami luka dekubitus dengan menggunakan telapak tangan.

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi perkembangan kesehatan pasien dapat dilihat dari hasilnya (respon subjektif dan objektif). Tujuannya adalah untuk mengetahui sejauh mana tujuan perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap tindakan keperawatan yang diberikan (Tarwoto & Wartonah, 2011). Setelah diberikan tindakan keperawatan masase punggung selama 6 hari yang dilakukan dengan mengaplikasikan minyak atau lotion pada area punggung pasien, dilakukan evaluasi terhadap respon pasien. Respon yang akan diobservasi oleh penulis adalah respon subjektif dan objektif. Respon subjektif didapatkan dari hasil wawancara langsung dengan pasien berupa keluhan yang dirasakan. Respon objektif didapatkan dari hasil observasi menggunakan skala *Braden* yang digunakan untuk menilai dan memonitor risiko luka dekubitus. Selain itu, hasil observasi keadaan kulit sesuai SLKI tahun 2019, meliputi elastisitas meningkat, idrasi meningkat, perfusi jaringan meningkat, kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun, perdarahan menurun, kemerahan menurun, hematoma menurun, pigmentasi abnormal menurun, jaringan parut menurun, nekrosis menurun, suhu kulit membaik, dan tekstur membaik.

E. Konsep Masase Punggung

1. Pengertian

Masase punggung adalah suatu pemijatan bagian punggung menggunakan tangan atau alat-alat khusus untuk memperbaiki sirkulasi darah, metabolisme, melepaskan pelekatan dan melancarkan peredaran darah sebagai cara pengobatan (Andani, 2016). Efek masase terhadap kulit diantaranya untuk melonggrakan pelekatan dan menghilangkan penebalan-penebalan yang terjadi pada jaringan di bawah kulit, lalu kulit menjadi lunak dan elastis. Efek masase terhadap jaringan diantaranya dapat membantu memperlancar proses penyerapan sisa-sisa pembakaran yang ada dalam jaringan (Carolina & Margareth, 2013). Kusdianar (2011) mengatakan bahwa efek masase terhadap jaringan dapat bersifat mekanis, reflektoris, dan khemis. Masase punggung pada pasien stroke dapat memberikan efek meningkatkan sirkulasi darah dan kelenjar getah bening, melepaskan respon saraf, melepaskan bahan kimia tubuh sehingga terjadi respon relaksasi (Healey, 2011)

2. Tujuan

Adapun tujuan dilakukan masase punggung menurut Carolina & Margareth (2013) dan Pupung (2009), antara lain :

a. Melancarkan sirkulasi darah pada daerah yang akan dimasase.
b. Meningkatkan relaksasi dan mengurangi stress.

c. Menjaga kondisi kulit agar kelembabannya stabil sehingga tetap elastis.

d. Mengurangi rasa nyeri yang tidak berlebihan dan kelelahan.

3. Indikasi

a. Pasien yang mengalami penurunan mobilitas.

b. Pasien yang memiliki risiko gangguan integritas kulit.

c. Pasien dengan kondisi kulit yang tingkat kelembabannya tidak stabil (Carolina & Margareth, 2013).

4. Kontraindikasi

Menurut Carolina & Margareth (2013), masase punggung tidak dianjurkan dilakukan pada pasien dengan kondisi, sebagai berikut :

a. Merasa nyeri pada daerah yang akan dimasase.

b. Jangan melakukan masase langsung pada daerah yang sudah terdapat luka dekubitus.

c. Memiliki riwayat penyakit kulit yang menular.

5. Komponen Masase

Ada beberapa komponen dalam melakukan masase punggung menurut Pupung (2009), yaitu :

a. Arah gerakan tangan

Tujuannya adalah untuk mempercepat aliran darah atau sirkulasi darah vena ke jantung. Gerakan-gerakan yang digunakan, antara lain :

1) Teknik *Effleurage*

Gambar 5. Teknik *Effleurage*

Merupakan teknik utama dalam masase, biasa digunakan untuk menyebarkan minyak atau lotion di seluruh permukaan punggung. *Effleurage* berarti "gesekan ringan". Sebarkan minyak dengan gerakan memijat yang panjang dan merata. Gunakan seluruh bagian telapak tangan, dan mulai pijat dari bagian bawah punggung mengarah ke atas. Selalu pijat ke arah atas, menunju ke jantung (sesuai arah aliran darah) dan kemudian secara perlahan dorong tangan ke tepi punggung. Pertahankan kontak dengan punggung tanpa memberikan tekanan saat Anda menarik tangan kembali ke bawah. Ulangi teknik ini selama 3 - 5 menit sambil menambah tekanan dari ringan hingga sedang untuk memanaskan otot punggung.

2) Teknik *Petrissage*

Gambar 6. Teknik *Petrissage*

Teknik ini menggunakan gerakan yang lebih

pendek dan memutar dengan tekanan yang lebih kuat dibandingkan dengan *effleurage*. Teknik ini mirip seperti teknik menguleni yang menggunakan banyak gerakan memutar dan menekan untuk memperbaiki sirkulasi yang lebih dalam. Gerakan pendek memutar dalam teknik ini ini bisa dilakukan menggunakan telapak tangan, ujung jari, atau bahkan buku-buku jari. Masase dengan teknik ini harus dimulai dari pinggul-bagian tengah tubuh-dan bukan dari bahu. Dengan begitu, petugas tidak akan kelelahan. Lakukan selama 2 - 5 menit.

3) Teknik *Percussive*

Gambar 7. Teknik *Percussive*

Gerakan *percussive* yang juga dikenal dengan tapotement adalah rangkaian pijatan singkat berulang-ulang dengan bagian-bagian tangan. Tangkupkan tangan dengan semua ujung jarinya mengarah ke titik yang sama, atau bahkan mengepalkan tangan dan memijat dengan buku jari. Gerakan ini memiliki efek stimulasi dan kompresi pada jaringan punggung. Rilekskan pergelangan tangan dan tekuk, gunakanlah gerakan-gerakan cepat untuk memberikan

teknik pijat tapotement. Dengan begitu, bisa dipastikan tidak menekan terlalu kuat. Lakukan teknik ini selama 2 - 3 menit di seluruh bagian punggung pasien.

4) Teknik Mengangkat Otot

Gambar 8. Teknik Megangkat Otot

Untuk melakukannya, rapatkan keempat jari dan tegakkan ibu jari (seperti bentuk capit lobster). Berikan tekanan dengan gerakan memutar dan mengangkat. Gunakan tangan secara bergantian saat memijat, seperti gerakan pada pembersih kaca mobil. Pijat ke atas dan ke bawah punggung sebanyak 2 - 3 kali.

5) Teknik *Fanning*

Gambar 9. Teknik *Fanning*

Lakukan dari sisi kepala meja pijat. Letakkan ibu jari di atas punggung, tepat di bawah leher di kedua sisi tulang belakang. Pijat menggunakan teknik fanning dengan memanjangkan ibu jari, tekan ke arah punggung bawah dengan mengarahkan tekanan ke telapak kaki, jangan tekan ke arah lantai. Berikan tekanan secara bergantian pada ibu jari,

pijat dari bagian atas punggung ke bawah hingga mencapai pinggangnya. Pastikan untuk memijat otot di kedua sisi tulang belakang, bukan pada tulang belakang itu sendiri. Memijat tulang belakang bisa menyebabkan rasa tidak nyaman serta sangat berbahaya jika Anda tidak terlatih dengan benar.

6) Teknik Memutar

Gambar 10. Teknik Memutar

Kembali ke samping pasien yang Anda pijat. Gapailah sisi pinggang yang jauh dari Anda dengan satu tangan, sementara letakkan satu tangan lainnya di pinggang yang dekat dengan Anda. Dengan gerakan yang mengalir, tarik satu tangan ke arah Anda dan dorong tangan lainnya, kedua tangan Anda seharusnya bertemu di bagian tengah dengan arah yang saling berlawanan. Ulangi gerakan ini hingga mencapai bagian bahu, kemudian kembali ke bawah. Ulangi 3 kali.

b. Dosis dan Drekuensi Masase

Pada pasien stroke dibutuhkan waktu sekitar 5-15 menit yang dilakukan dibagian punggung dengan jangka waktu 2x sehari yaitu pada waktu pasien dimandikan dan setelah dimandikan.

6. Efek Masase

Efek masase punggung menurut Pupung (2009), yaitu :

a. Terhadap kulit

1) Melonggarkan pelekatan dan menghilangkan penebalan-penebalan kecil yang terjadi pada jaringan di bawah kulit.

2) Kulit menjadi lunak dan elastis.

3) Perasaan kulit menjadi sensitif (memperbaiki fungsi sensorik dan motorik sel pada bagian punggung).

b. Terhadap jaringan

Membantu memperlancar proses penyerapan sisa-sisa pembakaran yang berada dalam jaringan sehingga dengan adanya penekanan dan peremasan pada jaringan, darah dan sisa-sisa pembakaran yang tidak diperlukan terperas keluar dari jaringan masuk ke dalam pembuluh vena.

7. Persiapan Alat

a. Minyak atau *Lotion*

b. *Handscoon* 1 pasang

c. Handuk mandi

d. Washlap

e. Selimut

f. Bantal dan Guling

g. Kom atau Wadah kecil

h. Tissue

8. Pelaksanaan Tindakan

   a. Fase Orientasi

      1) Memberi salam dan memperkenalkan diri.
      2) Menjelaskan tujuan tindakan.
      3) Menjelaskan prosedur tindakan.
      4) Menjaga privasi pasien.
      5) Mengontrak waktu dengan pasien.
      6) Menanyakan kesiapan pasien.

   b. Fase Kerja

      1) Mencuci tangan.
      2) Memakai handscoon bersih.
      3) Berikan posisi yang nyaman (miring kanan atau kiri).
      4) Instruksikan pasien untuk menarik nafas dalam melalui hidung dan mengeluarkan lewat mulut secara perlahan sampai pasien merasa rileks.
      5) Perawat berada di sebelah kanan pasien saat pasien di miringkan ke sebelah kiri dan begitu sebaliknya.
      6) Membebaskan area yang akan di rawat dengan membuka baju.
      7) Ambil minyak atau lotion kemudian letakkan pada wadah kecil.
      8) Oleskan minyak atau lotion menggunakan telapak tangan dengan merata dan lembut diamkan hingga kulit tidak terlalu basah.

9) Lakukan masase pada punggung atau area yang berisiko terkena dekubitus dengan cara menggosok dan mengusap dari arah bawah ke atas, kedua dari atas ke bawah dengan gerakan sirkuler.
10) Masase dilakukan selama 5-menit.
11) Mengembalikan pasien ke posisi semula dan nyaman.

c. Fase Terminasi
1) Mengevaluasi tindakan, tanyakan respon pasien.
2) Lakukan rencana tindak lanjut.
3) Membereskan alat dan cuci tangan.

(Carolina & Margareth, 2013)

9. Hal-hal yang didokumentasikan
a. Waktu pelaksanaan tindakan
b. Identitas pasien
c. Respon pasien saat dan setelah dilakukan tindakan (subjektif dan objektif)
d. Rencana tindak lanjut (Carolina & Margareth, 2013).