

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medis

1. Defenisi Stroke Non Haemoragik

Stroke merupakan suatu “*Brain Attack*” atau serangan otak”, sesuai dengan istilah “serangan” kejadian stroke hampir selalu tiba-tiba dengan gejala yang beragam. Gejala yang paling sering ditemukan adalah keadaan lumpuh separuh badan dengan atau tanpa penurunan kesadaran. Stroke sering dihubungkan dengan keadaan “stress” walaupun hal ini tidak selalu ada (Enny, 2015).

Stroke adalah gangguan pada cara kerja sistem sraf ketika pembuluh darah di otak pecah atau tersumbat sehingga menyebabkan aliran darah ke otak. Kekurangan oksigen ke otak akan mengganggu kemampuan otak untuk menerima nutrisi dan oksigen sehingga menyebabkan matinya sel saraf otak. Ketika arteri yang membawa oksigen dan darah ke otak menyempit, stroke non haemoragik terjadi, mengurangi aliran darah ke otak secara signifikan. Stroke non haemoragik, juga dikenal sebagai iskemia, dapat disebabkan oleh trombosis dan emboli (Maria, 2021).

Sedangkan stroke menurut Pudiasuti (2013) Stroke Non Hemoragik adalah terjadinya penyumbatan pembuluh darah ke otak yang mengakibatkan penumpukan kolesterol atau bekuan darah pada dinding pembuluh darah sehingga mengakibatkan suplai darah ke otak berkurang.

2. Etiologi

a. Faktor resiko medis, antara lain:

1. Peningkatan tekanan darah
2. Diabetes
3. Kelebihan lemak jahat dalam darah
4. Aterosklerosis (pengerasan pembuluh darah)
5. Gangguan jantung
6. Riwayat stroke dalam keluarga

b. Faktor resiko perilaku, antara lain:

1. Alkohol
2. Perokok
3. Makanan yang kurang
4. Kontrasespsi oral
5. Kurang olahraga
6. Narkoba
7. Obesitas
8. Stress

c. Faktor lain yang tidak dapat dimodifikasi

1. Jenis Kelamin
2. Umur

d. Komplikasi stroke non haemoragik

1. Penyandang disabilitas
2. Gangguan bicara / afasia
3. Gangguan Penglihatan
4. ISK, Inkotinensia

3. Manifestasi Klinis

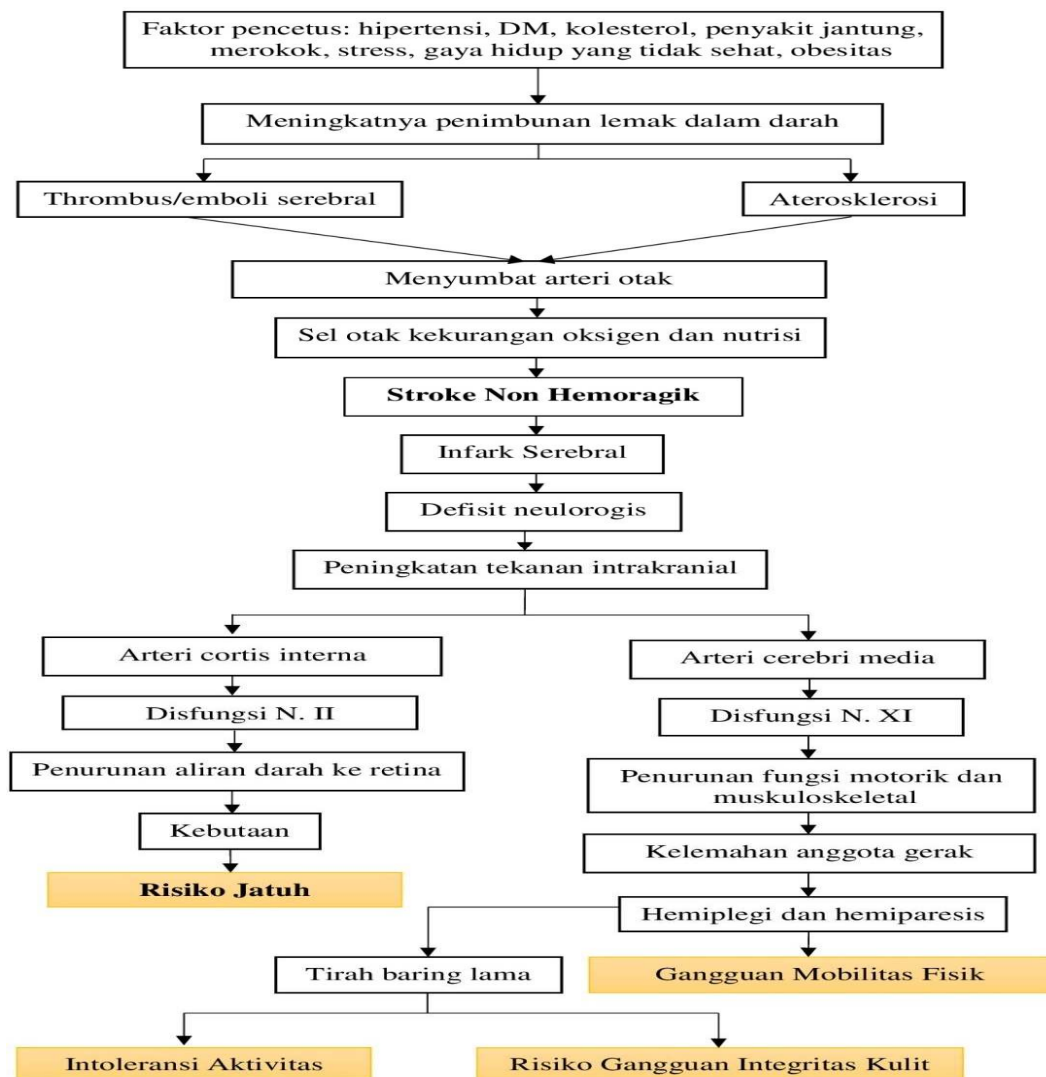
Manifestasi Klinis Stroke Non Haemoragik Menurut Misbach (2011)
antara lain :

- a. Hipertensi
- b. Gangguan motorik (Kelemahan Otot)
- c. Gangguan sensorik
- d. Gangguan visual
- e. Gangguan keseimbangan
- f. Nyeri kepala (migrain, vertigo)
- g. Muntah
- h. Disatria (kesulitan bicara)
- i. Perubahan mendadak status mental (apatis, somnolen, delirium, soppor, koma)

4. Patofisiologi

Faktor pencetus merupakan penyebab meningkatnya penimbunan lemak dalam arteri darah sehingga terjadilah thrombus dan arteriosklerosis yang menyebabkan penyumbatan arteri otak. Sumbatan arteri otak menyebabkan kekurangan oksigen dan nutrisi sehingga mengakibatkan penurunan kesadaran. Jika dalam waktu yang lama terjadi pengurangan O₂ dalam darah dapat mengakibatkan kematian jaringan, yang diawali dengan terjadinya penurunan kandungan sel darah merah dan kesukaran untuk bernafas. Stroke karena embolus merupakan akibat dari sumbatan darah, udara yang kotor, atheroma fragmen lemak (Corwin, 2009).

5. Pathway



Pathway Stroke Non Hemoragik

Sumber: (Tim Pokja SDKI, 2016; Haryono, 2019; Maria, 2021)

6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan yang dapat dilakukan pada penderita stroke menurut Doengos (2000 : 292) dalam Pudiasuti (2011)

- a. *Ultrasonografi Doppler*: Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah system arteri karotis (aliran darah/muncul plak) arteriosklerotik)
- b. *Angiografi serebral*: dapat membantu mendeteksi penyebab stroke secara khusus, seperti pendarahan, atau obstruksi arteri, adanya titik oklusi atau rupture.
- c. *CT Scan*: Memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia dan adanya infark. Catatan: mungkin tidak dengan segera menunjukkan semua perubahan tersebut.
- d. *Fungsi Lumba!*: Memperlihatkan adanya thrombosis, emboli serebral, dan serangan iskemia sementara. Tekanan meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya hemoragik subarachnoid atau pendarahan intracranial.
- e. *MRI*: Menunjukkan daerah yang mengalami gangguan
- f. *EEG*: Mengidentifikasi masalah di dasarnya pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

7. Penatalaksanaan Stroke Non Haemoragik

Terapi umum : pasien stroke haemoragik dirawat diruang ICU jika volume hematoma >30 ml, perdarahan intraventriculer dengan hidrocefalus, dan keadaan klinis cenderung memburuk. Tekanan darah harus diturunkan sampai tekanan darah premorbid atau 15-20% bila tekanan sistolik >180 mmHg, diastolik >120 mmHg, MAP >130 mmHg, dan volume hematoma bertambah. Bila terdapat gagal jantung, tekanan darah harus segera diturunkan dengan labetalol IV 10 mg (pemberian 2 menit) sampai 20 mg (pemberian 10 menit) maksimum 300 mg ; enalapril IV 0,625-1,25 mg/6 jam; captopril 3x 6,25-25 mg per oral.

Terapi khusus : Neuroprotektor dapat diberikan kecuali bersifat

vasodilator. Tindakan bedah mempertimbangkan usia dan risiko perdarahan yaitu pada pasien yang kondisinya kian memburuk dengan perdarah serebelum berdiameter >3 cm³.

Perawatan terhadap penderita pasca stroke harus di mulai sedini mungkin. Keterlambatan akan menimbulkan hal- hal yang kurang baik dan tidak kita harapkan. Selain perawatan yang dilakukan oleh tim medis, campur tangan anggota keluarga sangat berpengaruh terhadap proses pemulihan penderita stroke. Untuk itu perlu dilakukan pengobatan secara berkelanjutan, salah satunya dengan pengobatan alternative yaitu terapi akupuntur dan pemanfaatan tanaman berkhasiat obat untuk meningkatkan stamina dan daya tahan tubuh agar terhindar dari stroke susulan atau komplikasi dari faktor pemicu stroke.

Perawatan umum untuk pada pasien stroke:

- a. Demam dapat menyebabkan ekserbasi cedera otak iskemik dan harus segera di obati dengan antipiretik (penurun panas)
- b. Pemberian nutrisi pasien stroke memiliki resiko tinggi untuk aspirasi, bila pasien sadar penuh berikan satu sendok teh air putih untuk menelan (kita perhatikan apakah pasien tersedak atau batuk, apakah suamnya berubah)
- c. Untuk perawatan paru, fisioterapi dada setiap 4 jam harus dilakukan untuk mencegah atelektasis paru pada pasien yang tidak bergerak.
- d. Tirah baring total pada fase akut
- e. Mengatur nutrisi dan cairan melalui infus
- f. Lakukan diet atau berpuasa jika reflek menelan berkurang
- g. Menjaga sistem pernapasan agar tetap stabil dan pemberian oksigen

B. Konsep Dasar Masalah Keperawatan

1. Risiko kerusakan integritas kulit (*pressure ulcers*)

a. Definisi

Adalah situasi dimana individu rentan mengalami kerusakan epidermis dan atau dermis, yang dapat mengganggu kesehatan, (Herdman, T. Heather. 2015).

Pressure ulcers adalah suatu daerah kerusakan selul terlokalisasi, baik akibat tekanan langsung pada kulit sehingga menyebabkan "iskemi tekanan", maupun akibat kekuatan gesekan sehingga menyebabkan stress mekanik terhadap jaringan. Tekanan dan kekuatan gesekan akan mengganggu mikrosirkulasi jaringan lokal, dan mengakibatkan hipoksia serta memperbesar pembuangan metabolic yang dapat menyebabkan nekrosis (*Chapman dan Chapman, 1986 dalam Morison, 2013*)

Pressure ulcers dahulunya disebut sebagai luka decubitus, atau ulkus decubitus tempat tidur. ulkus decubitus merupakan lesi yang disebabkan oleh adanya tekanan (kekuatan yang menekan permukaan tubuh) yang terjadi secara terus menerus sehingga merusak jaringan yang berada di bawahnya, sebagaimana yang ditetapkan oleh *US. Public Health Service's Panel for the Prediction and Prevention of Pressure Ulcers in Adults*. Sehingga dapat disimpulkan bahwa *pressure ulcers* yaitu lesi yang diakibatkan oleh tekanan yang lama pada area yang menonjol, biasanya terjadi pada pasien yang mengalami tirah baring yang dapat menyebabkan adanya risiko kerusakan integritas kulit.

b. Faktor Resiko dan Penyebab

Risiko *pressure ulcers* disebabkan oleh kurangnya suplai darah pada jaringan sehingga menyebabkan jaringan tersebut kekurangan oksigen dan nutrisi dengan adanya penekanan yang keras pada jaringan, biasanya permukaan tempat tidur dan tulang skeletal. Akumulasi zat sisa metabolisme dalam sel, yang pada akhirnya menyebabkan sel mati. Apabila tekanan ini tidak dihilangkan dan berjalan dalam jangka waktu yang lama, maka dapat mengakibatkan adanya kerusakan pembuluh darah kecil.

Faktor-faktor yang dapat menyebabkan terjadinya *pressure ulcers* adalah gesekan dan daya robekan. Gaya gesekan adalah gaya tekan yang bekerja secara sejajar pada permukaan kulit akan mengakibatkan gesekan. Gesekan dapat mengikis kulit, yaitu merusak lapisan permukaan

kulit sehingga kulit menjadi rentan terhadap kerusakan atau pecah....

Adapun penyebab luka tekan dapat dibedakan menjadi dua faktor yaitu faktor intrinsik dan faktor ekstrinsik:

a) Faktor intrinsik

1) Usia

Usia juga dapat mempengaruhi terjadinya luka decubitus. Usia lanjut mudah sekali untuk terjadi luka decubitus. Hal ini karena pada usia lanjut terjadi perubahan kualitas kulit dimana adanya penurunan elastisitas dan kurangnya sirkulasi pada dermis.

2) Kondisi kulit

Terdapat tiga fungsi kulit yang penting adalah sebagai pelindung, sensori/sensasi dan termoregulasi. Adanya sesuatu yang mengganggu ketika fungsi kulit menurun dapat mengurangi integritas kulit.

3) Perfusi jaringan tubuh

Visabilitas jaringan ditentukan oleh adanya kekuatan pada pembuluh darah, suplai darah, dan oksigenisasi. Dalam hal ini, pembuluh darah dapat mengalami vasokonstriksi fisiologis (repon hormonal) maupun patologis (*atherosclerosis*).

4) Temperature

Kondisi tubuh yang mengalami peningkatan temperature akan berpengaruh pada temperature jaringan. Setiap terjadi peningkatan metabolisme akan menaikkan 1 derajat celcius dalam temperature jaringan. Dengan adanya peningkatan temperature ini akan beresiko terhadap iskemik jaringan. Selain itu dengan menurunnya elastisitas kulit, akan tidak toleran terhadapnya gaya gesekan dan pergeseran sehingga akan mudah mengalami kerusakan kulit. Hasil penelitian didapatkan bahwa adanya hubungan yang bermakna antara peningkatan temperature tubuh dengan resiko terjadinya luka decubitus.

5) Nutrisi

Ketika kebutuhan nutrisi pada jaringan tubuh mengalami ketidakseimbangan baik makronutrisi maupun mikronutrisi hal itu dapat berkontribusi terjadinya luka decubitus. Kondisi yang termasuk dalam tidak adanya keseimbangan nutrisi ini antara lain pada orang dengan malnutrisi, dehidrasi atau gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit, yang beresiko terjadi *pressure ulcers*/ luka decubitus. *Kaheksia* / malnutrisi: mengurangi lapisan pelindung jaringan adipose dan otot antara tulang yang menonjol dan permukaan yang kontak dengan kulit.

6) Mobilitas

Imobilisasi adalah salah satu penyebab utama tekanan yang tertuju pada jaringan kulit yang menyebabkan terjadinya penyumbatan dalam darah dan *pressure ulcers* (luka decubitus). Imobilisasi bisa disebabkan oleh kerusakan fisik atau kognitif.

7) Obesitas

Obesitas dapat mengganggu imobilitas dan penyembuhan luka karena adanya vaskularisasi yang buruk pada jaringan adipose.

b) Faktor ekstrinsik

1) Tekanan

Faktor tekanan, terutama sekali bila tekanan tersebut terjadi dalam jangka waktu lama yang menyebabkan jaringan mengalami iskemik.

2) Gesekan dan geseran

Trauma karena geseran (*shearing*), shear: posisi semi fowler.

3) Kelembaban

4) Sebab-sebab lain, seperti:

Kebersihan tempat tidur, alat dan tenun yang kusut serta kotor, peralatan medic yang menyebabkan pasien terfiksasi pada suatu sikap tertentu, duduk yang buruk, posisi yang tidak tepat, perubahan posisi yang kurang.

c. Klasifikasi Derajat Luka Tekan Grade 1 Menurut Maryunani

(2015) meliputi:

- 1) Stadium Luka berdasarkan Anatomi Kulit (*Pressure Ulcers Panel, 1990*)
- 2) Partial Thickness: hilangnya lapisan epidermis hingga lapisan dermis paling atas
- 3) Karakteristik: kulit berwarna merah, belum tampak adanya lapisan epidermis

d. Stadium Luka berdasarkan *National Pressure Ulcers Advisory Panel, (2007)*

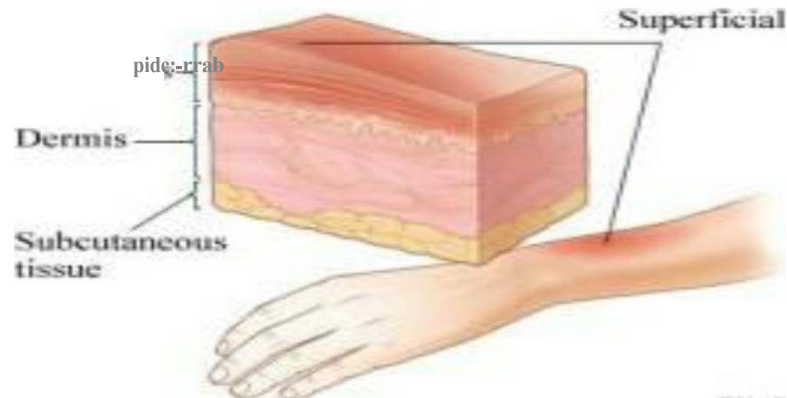
1) *Non blanchable Erythema*

Karakteristik: kulit utuh dengan '*non blanchable erythema*' pada daerah yang terlokalisir diatas daerah penonjolan tulang. Pada kulit hitam, sulit menemukan '*non blanchable erythema*'. Salah satu yang bisa menjadi petunjuk adalah warna kulitnya mungkin berbeda dibanding daerah sekitarnya.

2) Penjelasan lebih lanjut:

- a) Pada area ini bisa terasa nyeri/ sakit, lembek, lebih hangat atau lebih dingin bila dibandingkan dengan Jangnan sekitarnya.
 - b) Stadium satu bisa sulit dideteksi pada klien berkulit hitam.
 - c) Bisa mengindikasikan seseorang menjadi "berisiko"
- a) Stadium Luka berdasarkan EPUAP (*European Pressure Ulcers Panel*)
- 1) Penjelasan: ditandai dengan warna kemerahan pada permukaan kulit sekitar luka, kemudian dilanjutkan dengan tanda-tanda klinis seperti terjadinya edema (pembengkakan), pengerasan kemudian panas pada area luka sekitar.
 - 2) Karakteristik: adanya eritema atau kemerahan pada kulit setempat yang menetap, atau bila ditekan dengan jari, tanda eritema atau kemerahan tidak kembali pulih.
 - 3) Cirinya: kulit menunjukkan perubahan jika dibandingkan dengan kulit yang biasa kita jumpai, salah satu tandanya yaitu sebagai berikut:

perubahan suhu kulit (akan terasa lebih hangat atau lebih dingin)



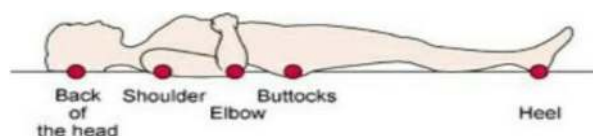
Gambar 2.1 Pressure Ulcers Grade I

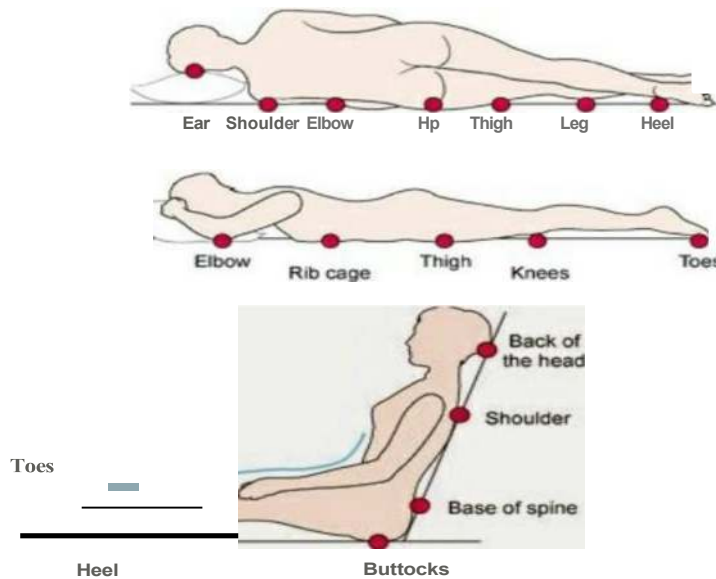
Sumber: NPUAP courtesy of prof Hiromi Sanada, Japan

e. Lokasi *pressure ulcers*

Menurut Morison (2003), Area tubuh yang beresiko terhadap luka tekan:

- 1) Posisi supinasi (terlentang) meliputi:
Oksiput, Scapula, Vertebra, Siku, Sacrum, Tumit, Ibu jari kaki
- 2) Posisi Sims (miring) meliputi:
Telinga, Humerus bagian atas, Siku, Trochanter mayor, Paha, Tungkai bawah, Malleolus lateralis dan malleolus medialis, Tumit.
- 3) Posisi pronasi (tengkurap) meliputi:
Cubital, area iga, femur, patella, digit.
- 4) Posisi semi Fowler
Oksiput, scapula, sacrum, tuberositas ischiadika, tumit, ibu jari kaki.





Gambar 2.2 Lokasi Pressure Ulcers

Sumber: Moya J. Morisson (2003)

f. Pengkajian Luka Tekan

Skala Braden Keterangan berdasarkan kondisi yang diperiksa:

- 1) Persepsi sensori : Kemampuan untuk merespon secara tepat terhadap rasa tidak nyaman yang berhubungan dengan tekanan.

Skore dan Tolak Ukur:

- a) Skore 4 = Tidak ada gangguan
- b) Skore 3 = Sedikit gangguan
- c) Skore 2 = Sangat terbatas
- d) Skore 1 = Sepenuhnya terbatas

- 2) Kelembaban : Tingkatan keadaan dimana kulit menjadi lembab

Skore dan Tolak Ukur:

- a) Skore 4 = Jarang lembab
- b) Skore 3 = Kadang-kadang lembab
- c) Skore 2 = lembab
- d) Skore 1 = Terus menerus lembab

- 3) Aktivitas: Tingkat aktivitas

Skore dan Tolak Ukur:

- a) Skore 4 = Sering berjalan

- b) Skore 3 = Kadang-kadang berjalan
 - c) Skore 2 = Terbatas dikursi
 - d) Skore 1 = Terbatas di tempat tidur
- 4) Mobilitas : Kemampuan untuk merubah dan mengatur posisi badan.
- Skore dan Tolak Ukur:
- a) Skore 4 = Tidak ada batasan
 - b) Skore 3 = Sedikit terbatas
 - c) Skore 2 = Sangat terbatas
 - d) Skore 1 = Imobilisasi
- 5) Nutrisi : Pola kebiasaan makan
- Skore dan Tolak Ukur:
- a) Skore 4 = Sangat baik
 - b) Skore 3 = Memadai
 - c) Skore 2 = Mungkin tidak adekuat
 - d) Skore 1 = Sangat tidak baik
- 6) Friksi / gesekan
- Skore dan Tolak Ukur:
- a) Skore 4 = Tidak ada masalah
 - b) Skore 3 = Tidak ada masalah yang jelas
 - c) Skore 2 = Potensial masalah
 - d) Skore 1 = Masalah.

2. Minyak Zaitun

Menurut Purwanto (2019) minyak zaitun atau olive oil adalah minyak yang didapatkan dari buah zaitun (*Olea Europaea*), pohon tradisional dari mediterania. Zaitun adalah anggota suku Oleaceae.

1) Kandungan

Minyak zaitun mengandung asam lemak jenuh (asam palminat, asam stearat, asam arachidat, asam miristat, dan lignoserat dengan kadar kecil), asam lemak tak jenuh mono, asam lemak tak jenuh poli, vitamin E, dan vitamin K (Purwanto 2018).

2) Efek Farmakologi

Senyawa aktif mono unsaturated fat, terutama asam oleat dapat

menjaga kesehatan pembuluh darah jantung, sehingga mer
resiko pada penyakit jantung coroner. Senyawa golongan fe
minyak zaitun bersifat sebagai anti oksidan, anti kanker, anti penuaan
dini serta menjaga elastisitas dinding pembuluh darah (Purwanto
2019).

17

3. *Massage*

Tindakan untuk mempertahankan keelastisan kulit adalah melindungi keseimbangan cairan pada kulit dalam batas yang normal (kulit tidak terlalu lembab atau terlalu kering). Menurut Diah Setiani (2019) salah satu cara dalam melindungi keseimbangan cairan pada kulit adalah dengan cara mengoleskan pelembab lubrikan seperti handbody, bahan yang terdiri dari campuran air dan minyak, dan bahan yang terdiri dari minyak rendah alcohol atau memakai barrier films.

a. *Jenis Massage*

Menurut Trisnowiyanto (2012), jenis massage terdiri atas:

1) *Sport massage* (massage kebugaran)

Yaitu pijat yang dipakai dalam lingkup sport saja dan bertujuan untuk membentuk serta memelihara kondisi fisik para olahragawan agar tetap sehat dan bugar.

2) *Remidial massage* (massage penyembuhan)

Yaitu pijat yang dilakukan untuk memulihkan beberapa macam penyakit tanpa memasukan obat ke dalam tubuh dsan bertujuan untuk meringankan atau mengurangi keluhan atau gejala pada beberapa macam penyakit.

3) *Cosmetic massage*

Adalah pijat yang digunakan dalam bidang kecantikan, yang tujuannya untuk membuang kotoran debu dan lainnya diarea kulit serta dapat memuluskan dan memelihara agar kulit tidak lekas mengkerut.

b. *Teknik Massage*

Menurut Trisnowiyanto (2012) tehnik *massage* ada dua, yaitu:

18

1) *Eflaurage* (gosokan)

Yaitu dengan cara menggunakan telapak tangan hingga menempel pada anggota tubuh yang akan di pijat.

2) *Petrissage* (pijatan)

Yaitu dengan cara menggunakan empat jari merapat berhadapan dengan ibu jari yang selalu lurus dan supel.

c. Tujuan Massage

Menurut Trisnowiyanto (2012) tujuan dari terapi massage adalah:

- 1) Memperlancar peredaran darah terutama peredaran darah vena (pembuluh balik) dan peredaran darah getah bening (air limphe)
- 2) Menghancurkan pengumpulan sisa-sisa pembakaran di dalam sel-sel otot yang telah mengeras yang di sebut mio gelosis (asam laktat)
- 3) Menyempumakan proses metabolisme
- 4) Menyempumakan pembagian zat-zat makanan ke seluruh tubuh
- 5) Menyempumakan proses pencernaan makanan
- 6) Menyempumakan proses pembuangan sisa-sisa pembakaran (sampah-sampah) ke alat-alat pengeluaran atau mengurangi kelelahan
- 7) Merangsang otot-otot yang dipersiapkan untuk bekerja yang lebih berat, menambah tonus otot (daya kerja otot), efesiensi otot (kemampuan guna otot) dan elastisitas otot (kekenyalan otot)
- 8) Merangsang jaringan-jaringan saraf, mengaktifkan saraf sadar dan kerja saraf otonomi (tak sadar)
- 9) Membantu penyerapan (absorpsi) pada peradangan bekas luka
- 10) Membantu pembentukan sel-sel baru dalam perkembangan tubuh
- 11) Membersihkan dan menghaluskan kulit

d. Prosedur Pemijatan (Massage)

1) Tujuan

- a) Meminimalisiri kekakuan pada otot

- b) Memberikan relaksasi
 - c) Menurunkan respon nyeri punggung
 - d) Melancarkan peredaran darah
- 2) Peralatan
- a) Minyak zaitun untuk massage
 - b) Tissue
 - c) Perlak / handuk kecil
 - d) Bantal dan selimut
 - e) Handuk mandi besar
- 3) Prosedur
- Tahap Prainteraksi
 - a) Mengecek program terapi
 - b) Mencuci tangan
 - c) Menyiapkan alat
 - Tahap Orientasi
 - a) Memberikan salam dan menyapa nama pasien
 - b) Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan
 - c) Menanyakan persetujuan / kesiapan pasien
 - Tahap Kerja
 - a) Menjaga privasi pasien
 - b) Memeriksa tanda-tanda vital
 - c) Atur pasien dalam posisi prone. Bila tidak bisa, bisa diatur dengan posisi miring
 - d) Letakan sebuah bantal kecil dibawah perut pasien untuk menjaga posisi yang tepat
 - e) Instruksikan pasien untuk menarik nafas dalam melalui hidung dan mengeluarkan lewat mulut secara perlahan sampai pasien merasa rileks
 - f) Tuangkan minyak zaitun pada telapak tangan kemudian gosokan kedua tangan hingga hangat
 - g) Posisikan kedua tangan diatas belakang pasien, mulai dengan gerakan mengelus dan bergerak dari bagian bahu

menuju sacrum

20

- h) Berikan pijatan melingkar kecil dengan menggunakan jari menuruni area tulang belakang, gerakan dengan pelan berikan penekanan kebawah sehingga tidak mendorong pasien kedepan
- i) Berikan pijatan pada bagian punggung dari arah kepala ketulang ekor, untuk mencegah terjadinya lordosis lumbal
- j) Bersihkan sisa minyak atau lotion pada punggung klien dengan handuk
- k) Rapihan klien ke posisi semula
- l) Informasikan bahwa kegiatan telah selesai
- m) Rapihan alat yang digunakan
- n) Basuh tangan
- Tahap evaluasi
 - a) Perhatikan hasil apa yang sudah didapat (ada tidaknya luka tekan)
 - b) Buat kesepakatan untuk pertemuan selanjutnya
 - c) Menyudahi pertemuan dengan baik (berpamitan)
- Tahap dokumentasi
 - a) Catat waktu pelaksanaan tindakan
 - b) Nama kegiatan yang dilakukan
 - c) Tanggapan klien dan keluarga selama tindakan
 - d) Nama dan paraf perawat

e. Metode *Massage*

- 1) Selang-seling tangan. *Massage* punggung dengan tekanan pendek, cepat, bergantian tangan.
- 2) Remasan. Usap otot bahu dengan setiap tangan anda yang dikerahkan secara bersama.
- 3) Gesekan. *Massage* punggung dengan ibu jari, dengan gerakan memutar sepanjang tulang punggung dari sacrum ke bahu.
- 4) *Eflurasi*. *Massage* punggung dengan kedua tangan, dengan

menggunakan tekanan lebih halus dengan gerakan ke atas membantu aliran balik vena. 21

- 5) *Petrisasi*. Tekan punggung secara horizontal. Pindah tangan anda dengan arah yang berlawanan dengan menggunakan gerakan meremas.
- 6) Tekanan menyikat .secara halus tekan punggung dengan ujung jari untuk mengakhiri massage.

Perhatian :

- 1) *Massage* dapat dikerjakan pada saat akan memandikan pasien. Saat mandi, sebelum tidur, atau bila pasien menghendaki.
- 2) *Massage* dilakukan selama 5-6 menit.
- 3) Efek relaksasi dapat dicapai maksimal bila *massage* dilakukan sesuai dengan gerakan pernafasan.
- 4) Perhatikan kemungkinan pasien alergi terhadap minyak atau lotion.
- 5) Hindari pemijatan pada area kemerahan, kecuali bila kemerahan tersebut hilang waktu di *massage*.
- 6) *Massage* dapat juga dilakukan pada daerah leher, tangan dan kaki.
- 7) *Massage* dapat merupakan kontraindikasi pada pasien *imobilitas* tertentu yang dicurigai mempunyai gangguan penggumpalan darah.

C. Pemahaman Tentang Masalah Keperawatan

1. Pendataan tentang Klien

a. Tanda pengenalan Pasien

Meliputi : nama, umur, pendidikan, agama, alamat, jenis kelamin, pekerjaan, ras, suku bangsa, dll.

b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat penyakit kardiovaskuler, riwayat tinggi kolesterol, obesitas, riwayat diabetes melitus, riwayat arterosklerosis

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Adanya kehilangan komunikasi, gangguan persepsi, kehilangan motorik

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Biasanya terdapat riwayat kesehatan atau penyakit menurun di dalam

e. Aktivitas

- 1) Biasanya kesulitan untuk beraktivitas,
- 2) Cepat lelah
- 3) Terjadi kelemahan pada kekuatan otot
- 4) Biasanya ada kelainan penglihatan
- 5) Adanya penurunan tingkat kesadaran.

f. Sirkulasi

- 1) Terdapat kelainan pada jantung
- 2) Nadi yang tidak teratur karena keadaan jantung yang tidak efektif.

g. Kepribadian

- 1) Perasaan tidak mampu, perasaan putus asa
- 2) Amarah tidak seimbang
- 3) Kesulitan untuk berkomunikasi sesuatu.

h. Eliminasi

- 1) Intensitas kencing yang berubah seperti inkontinensia urin, anuria
- 2) Distensia abdomen, bising usus negative.

i. Makanan / Cairan

- 1) Nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut
- 2) Kehilangan
- 3) Kesulitan menelan.

j. Neurosensory

- 1) Berkunang-kunang
- 2) Kesemutan
- 3) Penglihatan menurun
- 4) Gangguan rasa pengecap dan penciuman
- 5) Ketidakmampuan berbicara, pendengaran, perubahan persepsi.

k. Kenyamanan

- 1) Sakit kepala terjadi dalam waktu yang berbeda-beda
- 2) Tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketergantungan pada obat.

l. Pernafasan

- 1) Ketidakmampuan menelan, batuk, sumbatan jalan nafas

2) Sulit bernapas, terdengar bunyi napas.

23

m. Keamanan

- 1) Penurunan daya lihat untuk mengetahui objek, warna dan wajah.
- 2) Kesulitan untuk merespon terhadap panas dan dingin.
- 3) Penurunan kesadaran diri.

n. Status Mental

- 1) Penurunan kesadaran
- 2) Uji gaya berbicara
- 3) Tes daya ingat

o. Fungsi Motorik

- 1) Pemeriksaan ekstremitas, kekuatan otot
- 2) Pergerakan Menjauh mendekat lengan
- 3) Uji rentang dan tekuk lengan.

2. Diagnosa Keperawatan

Risiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imobilisasi
(D.0139)

3. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SKDI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1	Risiko Gangguan Integritas Kulit b.d Imobilisasi (D.0139)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan pasien dan keluarga mampu : 1. Menjaga elastisitas kulit 2. Mencegah	Perawatan integritas kulit (I.11353) Observasi : Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas)

		kerusakan lapisan kulit. 3. Mempertahankan suhu kulit (L.14125)	Terapeutik : 24 1. Ubah posisi tiap 2 jam tirah baring 2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang 3. Bersihkan perinial dengan air hangat 4. Gunakan produk berbahan petrolium 5. Gunakan produk alami yang tidak menyebabkan alergi pada kulit sensitif 6. Jauhi produk yang menggunakan bahan alkohol Edukasi : 1. Sarankan menggunakan handbody atau lotion 2. Sarankan banyak konsumsi air putih 3. Sarankan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi
			1. Sarankan mengkonsumsi buah-buahan dan sayuran 2. Sarankan untuk tidak terkena sinar matahari yang ekstrim 3. Sarankan memakai tabir surya SPF 4. Sarankan untuk mandi dan memakai sabun secukupnya