

Review Article

Studi Literatur Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke Non-Hemoragik Dengan Risiko Gangguan Kerusakan Integritas Kulit

Literature Study of Nursing Care in Non-Hemorrhagic Stroke Clients with the Risk of Impaired Skin Integrity Damage

Anisa Vira Rahmayanti*, Wiwiek Retti Andriani

Jurusan Keperawatan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, Indonesia

* Email corresponding author: anisavira0@gmail.com

Abstrak:

Gangguan aliran darah pada otak mengakibatkan rusaknya jalur motorik, sehingga memungkinkan disfungsi berupa hemiplegia atau hemiparesis. Kondisi bedrest menyebabkan tekanan pada suatu bagian tertentu yang berpotensi risiko kerusakan integritas kulit. Tujuan penelitian studi literatur ini untuk mengetahui asuhan keperawatan pada klien stroke non-hemoragik dengan risiko gangguan kerusakan integritas kulit. Kriteria hasil yang ditetapkan pada kedua jurnal yaitu integritas jaringan: kulit dan membran mukosa dengan indikator: integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, teperatur, hidrasi, pigmentasi), tidak ada luka/lesi pada kulit, perfusi jaringan baik, menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang, mampu melindungi kulit dan memperhatikan kelembaban kulit dan perawatan alami. Intervensi yang ditetapkan adalah pressure management yang diimplementasikan selama 5 hari pada jurnal 1 dan 8 hari jurnal ke-2. Hasil evaluasi dari masing-masing klien selama perawatan 5 dan 8 hari masalah teratasi sebagian dibuktikan dengan berkurangnya pigmentasi kemerahan pada area punggung dan pinggul, serta berkurangnya sensasi panas pada area punggung dan pinggul. Pentingnya memahami dan mempelajari saat perawat memberikan edukasi tindakan preventif kerusakan integritas kulit pada klien bedrest guna menunjang gerakan pencegahan. Tindakan mandiri klien ataupun keluarga yang dapat dilakukan yaitu perawatan kulit dengan cara mengoleskan produk yang tidak memiliki kontra indikasi pada kondisi kulit, misal menggunakan produk bahan lotion/oil guna menjaga kelembaban kulit dan rutin memobilisasikan klien setiap 2 jam.

Kata kunci: Stroke 1, Non-Hemoragik 2, Risiko Kerusakan Integritas Kulit 3

Abstract:

Impaired blood flow to the brain results in damage to motor pathways, allowing for dysfunction in the form of hemiplegia or hemiparesis. Bed rest conditions cause pressure on certain parts that have the potential to damage the integrity of the skin. The purpose of this literature study is to determine nursing care for non-hemorrhagic stroke clients with the risk of impaired skin integrity. The outcome criteria set in both journals are tissue integrity: skin and mucous membranes with indicators: good skin integrity can be maintained (sensation, elasticity, temperature, hydration, pigmentation), no skin lesions/lesions, good tissue perfusion, showing understanding in skin repair process and prevent repeated injury, able to protect the skin and pay attention to skin moisture and natural care. The intervention specified was pressure management which was carried out for 5 days in journal 1 and 8 days in journal 2. The results of the evaluation of each client during 5 and 8 days of treatment were partially resolved by reduced red pigmentation on the back and hips, and reduced sensation of heat on the back. and hips. The importance of understanding and learning when nurses provide education about preventive measures against damage to skin integrity in bed rest clients to support the prevention movement. Client or family independent actions that can be taken are skin care by applying products that have no contraindications to skin conditions, for example using lotion/oil products to maintain skin moisture and routinely mobilizing clients every 2 hours.

Keywords: Stroke, Non-Hemorrhagic, Risk of Damage to Skin Integrity

Pendahuluan

Stroke non-hemoragik paling sering terjadi dengan besar presentase sekitar 80% dibandingkan stroke hemoragik. Gangguan aliran darah pada otak mengakibatkan rusaknya jalur motorik, sehingga memungkinkan terjadinya disfungsi berupa hemiplegia atau hemiparesis yang menyebabkan kemunduran mobilitas dan berdampak keterbatasan klien melakukan aktivitas gerak dan hanya berbaring di tempat tidur (Sari, Agianto, & Wahid, 2015). Tirah baring dapat mengakibatkan gangguan sirkulasi perifer yang berujung pada risiko gangguan integritas kulit akibat adanya mekanisme tekanan secara konstan dan durasi yang lama (Sari, Agianto, & Wahid, 2015). Bagian tulang yang menonjol dapat menyebabkan destruksi dan perubahan irreversibel jaringan sehingga memicu masalah baru yaitu luka tekan (*pressure ulcer*) dan dapat menyebabkan jaringan iskemik (Maryunani, 2015).

Penyakit stroke merupakan penyumbang angka kematian terbesar nomor 5 dan penyebab utama kecacatan di negara AS. Perkiraan menunjukkan bahwa pada tahun 2030 akan terjadi penambahan sebanyak 3,4 juta jiwa dari populasi usia ≥ 18 tahun dan sekitar 3,9% dari populasi orang dewasa (AHA, 2019). Indonesia termasuk salah satu negara dengan peluang terjadi penyakit stroke terbanyak dibandingkan dengan negara berjumlah penduduk terbesar di dunia. Prevalensi stroke berdasarkan diagnosa dokter sebanyak 7,0‰ dan menurut diagnosa tenaga medis sebesar 12,1‰. Terdapat kenaikan prevalensi stroke berdasarkan diagnose dokter pada Riskesdas 2018 menjadi 10,9%. Angka kejadian tertinggi terdapat pada Sulawesi Selatan (17,9%), Yogyakarta (16,9%), dan Sulawesi Tengah (16,6%) (Riskesdas, 2013).

Menurut penelitian yang sudah dilaksanakan oleh Widiyanti, Najib, & Widyastuti (2017) di RSI Jemursari Surabaya pada bulan Mei tentang risiko kerusakan integritas kulit pada klien stroke di dapatkan hasil bahwa dari 15 responden sebagian besar (56%) atau 8 klien memiliki resiko kerusakan integritas kulit rendah. Sedangkan angka kejadian dekubitus di Indonesia mencapai 15,8%-35% (Okatiranti & Tsuawabeh, 2017).

Perawat berperan sebagai pemberi asuhan keperawatan, maka diharapkan dapat melakukan asuhan keperawatan dengan *pressure management*. Oleh karena itu penulis tertarik untuk melakukan literature review pada kedua asuhan keperawatan klien stroke non-hemoragik dengan risiko gangguan kerusakan integritas kulit dalam kedua jurnal yang terpilih.

Metode

Jenis penelitian menggunakan penelitian kepustakaan (*library research*) bertujuan untuk mengumpulkan data dan informasi dari berbagai macam material yang ada dalam hasil penelitian sebelumnya. Penelitian ini memberikan rangkuman secara menyeluruh tentang asuhan keperawatan pada klien stroke non-hemoragik dengan risiko gangguan kerusakan integritas kulit. Populasi dalam penelitian ini adalah 2 klien dari 2 jurnal penelitian yang mengalami stroke non-hemoragik dan berisiko mengalami gangguan integritas kulit.

Hasil

Pada jurnal 1 penelitian dilakukan di IRNA C RSSN Bukit Tinggi yang beralamatkan Jl. Sudirman, Sapiran, Kec. Aur Birugo Tigo Baleh, Kota Bukittinggi, Sumatera Barat 26137 dengan hari perawatan pasien 5 hari.

Pada jurnal 2 penelitian telah dilakukan di Ruang Rawat Inap Syaraf RSUP Dr. M. Djamil Padang. RSUP Dr. M. Djamil Padang yang beralamatkan Jl. Perintis Kemerdekaan, Sawahan Tim, Kec. Padang Tim, Kota Padang, Sumatera Barat dengan hari perawatan pasien 8 hari.

Tabel 1 Karakteristik Responden

Identitas Klien	Jurnal 1	Jurnal 2
Inisial	Ny. M	Tn. Y
Jenis Kelamin	Perempuan	Laki-laki
Umur	47 tahun	55 tahun
Pendidikan	SD	SMA
Pekerjaan	IRT	Wiraswasta
Status Perkawinan	Tidak terkaji	Menikah
Tanggal MRS	19 Mei 2017	21 Mei 2017
Tanggal Pengkajian	20 Mei 2017	24 Mei 2017
Diagosa Medis	Strone Non Hemoragik	Stroke Iskemik

Tabel 2 Riwayat Penyakit

Riwayat Kesehatan	Jurnal 1	Jurnal 2
Keluhan Utama	Ny. M datang ke IGD RSSN Bukittinggi datang dengan keluhan anggota gerak bagian kanan lemah tiba-tiba sejak 2 hari yang lalu, terasa berat, kebas, dan kepala sakit.	Tn.Y datang ke IGD RSUP. Dr. M. Djamil Padang datang dengan keluhan lemah pada anggota gerak sebelah kiri saat melakukan aktivitas.
Riwayat Kesehatan Sekarang	Ny. M bercerita anggota gerak sebelah kanan masih lemah, terasa berat dan kebas, kepala juga masih terasa sakit, untuk aktivitas seperti mandi dan toileting dibantu oleh keluarga. Keluarga mengatakan jika klien masih malas untuk miring kiri dan kanan.	Tn.Y mengeluh sakit kepala sampai kepundak dan terasa kebas, Tn. Y juga mengeluh lemah pada anggota gerak kiri dan Tn.Y mengatakan terasa panas pada bagian punggung dan pinggul, Tn.Y mengatakan tidak mampu melakukan aktivitas, semua aktivitas diibantu oleh keluarga dan perawat, keluarga mengatakan Tn.Y sering gelisah ditempat tidur.

Tabel 3 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik	Jurnal 1	Jurnal 2
Kesadaran	Composmentis	Somnolen
GCS	14	12
TTV	Suhu 37°C Nadi 99x/menit RR 22x/menit TD 120/70 mmHg	Suhu 37,5°C Nadi 86x/menit RR 25x/menit TD 130/90 mmHg
Pemeriksaan fisik Ekstremitas	Pemeriksaan ekstremitas atas : kekuatan otot anggota gerak sebelah kanan 1 sebelah kiri 5, CRT kembali cepat < 2 detik, teraba hangat, terpasang infus. Ekstremitas bawah : kekuatan otot kaki sebelah kanan 1 sebelah kiri 5, CRT kembali cepat < 2 detik, teraba hangat, tidak ada edema.	Terdapat kelemahan kekuatan otot ekstermitas atas dekstra 555/000 Ekstermitas bawah 555/000, tidak ada edema, akrall hangat, CRT <2 dtk.

Tabel 4 Analisa Data

Keterangan	Jurnal 1	Jurnal 2
Analisis Data	<p>Data subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien mengatakan anggota gerak sebelah kanan masih terasa lemah dan masih terasa berat. b. Keluarga mengatakan klien malas untuk miring kiri dan kanan. <p>Data objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kekuatan otot pada ekstermitas atas dekstra klien (1). b. Kekuatan otot ekstermitas bawah dekstra (1). c. Kekuatan otot ekstermitas atas sinistra 5. d. Kekuatan otot ekstermitas bawah sinistra 5. e. Klien tampak hanya terlentang. <p>Tampak merah-merah dipunggung.</p>	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn. Y mengatakan terasa panas pada bagian punggung dan pinggul. b. Tn. Y mengatakan kadang-kadang terasa nyeri pada bagian pinggul <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tampak memerah pada bagian pinggul dan punggung, <p>Data labor yaitu Leukosit 12,500/mm.</p>
Etiologi Masalah	- Resiko gangguan integritas kulit	- Resiko gangguan integritas kulit

Tabel 5 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis Keperawatan	Jurnal 1	Jurnal 2
Diagnosis Keperawatan	Risiko Kerusakan Integritas Kulit	Risiko Kerusakan Integritas Kulit

Tabel 6 Perencanaan

Perencanaan	Jurnal 1	Jurnal 2
Diagnosis Keperawatan (Tujuan, Kriteria Hasil)	<p>Risiko Kerusakan Integritas Kulit</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi). b. Tidak ada luka/lesi pada kulit. c. Perfusi jaringan baik. d. Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang. e. Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami. 	<p>Risiko Kerusakan Integritas Kulit NOC</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi). b. Tidak ada luka/ lesi pada kulit. c. Perfusi jaringan baik. d. Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang. e. Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami.

Perencanaan	Jurnal 1	Jurnal 2
Intervensi	NIC Pressure management <ol style="list-style-type: none"> Gunakan pakaian yang longgar. Hindari kerutan pada tempat tidur. Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering. Mobilisasi klien (ubah posisi klien setiap 2 jam). Oleskan baby oil atau lotion pada daerah yang tertekan. Mandikan klien dengan sabun dan air hangat. Monitor aktivitas dan mobilisasi klien. 	NIC Pressure management <ol style="list-style-type: none"> Anjurkan klien menggunakan pakaian yang longgar. Hindari kerutan pada tempat tidur. Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering. Mobilisasi klien (ubah posisi klien) setiap 2 jam. Oleskan lotion/ minyak atau baby oil yang tertekan. Monitor status nutrisi

Pembahasan

1) Usia klien

Klien pada jurnal 1 berusia 47 tahun dan sedangkan klien 2 berumur 55 tahun. Fakta dari kedua jurnal melibatkan klien yang berusia memasuki kategori pra-lansia yaitu antara 45-59 tahun (Kemenkes, 2016). Penelitian Jurnal Berkala Epidemiologi menyatakan bahwa stroke cenderung terjadi pada klien lanjut usia (Chrisna & Martini, 2016). Hal ini karena stroke timbul akibat adanya gangguan pembuluh darah secara degeneratif, kemudian menimbulkan *aterosklerosis*. Kemunduran kinerja sistem pembuluh darah semakin meningkat seiring bertambahnya usia, sehingga risiko terkena penyakit stroke semakin besar (Widiyanti, 2018). Usia juga mempengaruhi terjadinya risiko gangguan kerusakan integritas kulit. Semakin tua klien stroke yang memiliki resiko rendah mengalami kerusakan rata-rata berusia <45-50 tahun, risiko sedang antara 45-60 tahun, dan risiko tinggi usia >60 tahun (Widiyanti, Najib, & Dwi, 2017).

Kedua klien mengalami stroke saat memasuki usia kategori pra-lansia yang berlangsung antara usia 45-59 tahun. Masing-masing klien menurut hasil pengkajian berusia 45 dan 55 tahun. Selain usia berkolerasi dengan risiko terserang stroke, usia juga berkolerasi dengan risiko gangguan kerusakan integritas kulit. Lansia mulai mengalami berkurangnya jaringan subkutan, proses regenerasi sel menjadi lemah, penurunan elastisitas dan berkurangnya sirkulasi pada lapisan dermis. Seperti halnya yang terjadi pada klien 1 dan 2 memiliki keluhan terdapat kemerahan pada punggung dan pinggulnya. Kemerahan pada punggung tersebut diketahui saat dilakukan pengkajian yaitu 1 hari setelah klien MRS. Masalah tersebut menunjukkan terjadi masalah pada lapisan subkutan, dan menjadi tanda awal resiko gangguan kerusakan integritas kulit.

2) Riwayat Penyakit

a) Riwayat Kesehatan Sekarang

Serangan stroke kerap kali terjalin secara tiba-tiba dikala klien sedang beraktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah, kelumpuhan anggota badan, bahkan kejang sampai tidak sadarkan diri (Muttaqin, 2011). Serangan stroke non-hemoragik umumnya didahului dengan serangan dini yang tidak di sadari oleh penderita, umumnya ditemui indikasi dini kerap kesemutan, rasa lemah pada salah satu anggota gerak (Farhan & Sulastini, 2018). Serangan stroke harus cepat mendapatkan penanganan, pada klien 1 keluarga kurang cepat membawa klien ke RS padahal keluhan sudah dirasakan sejak 2 hari yang lalu. Sedangkan klien 2 merupakan rujukan dari RSUD karena memerlukan perawatan lebih intensif. Selain tanda dan gejala penyakit stroke terdapat juga tanda gejala yang terjadi pada ke dua klien yang menjurus ke masalah risiko kerusakan integritas kulit. Jadi berdasarkan analisa, gejala yang dirasakan oleh klien 1 dan klien 2 sama dengan teori.

b) Riwayat Kesehatan Dahulu

Hasil pengkajian dari kedua jurnal menunjukkan bahwa kedua klien sama-sama memiliki riwayat penyakit yang dapat berkontribusi terhadap terjadinya stroke dan juga gangguan integritas kulit. Klien dengan riwayat diabetes melitus memiliki respon tinggi pada proses aterosklerosis hal ini berhubungan dengan faktor risiko aterogenik lain. Hasil penelitian Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia memaparkan bahwa klien yang memiliki riwayat diabetes melitus berisiko mengalami stroke karena tingginya kadar glukosa dalam darah penderita DM dapat menyebabkan kerusakan dinding pembuluh darah besar maupun pembuluh darah perifer dan akan meningkatkan agregasi platelet yang dapat menyebabkan aterosklerosis (Fakhrurrazy, Rosida, & Saputra, 2019).

Selain penyakit diabetes melitus penyakit lain seperti jantung juga berkontribusi sebagai faktor resiko serangan stroke. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Azwarli, Astuti, & Erwinsyah (2017) klien stroke yang memiliki riwayat penyakit jantung memiliki risiko 6-7 kali lebih besar terserang stroke dibandingkan dengan yang tidak memiliki riwayat penyakit jantung.

3) Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan dari kedua jurnal adalah risiko gangguan kerusakan integritas kulit. Hal ini sesuai dengan data subjektif dan objektif yang tertera pada Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia dengan kondisi kedua klien. Risiko gangguan kerusakan integritas kulit merupakan kondisi kulit bagian dermis dan atau epidermis mengalami kerusakan (PPNI T. P., 2017). Diagnosis risiko kerusakan integritas kulit dapat ditegakkan jika terdapat data yang mendukungnya seperti perubahan sirkulasi, penurunan mobilitas, kelembaban, perubahan status nutrisi, kekurangan/kelebihan volume cairan, faktor mekanis (misal penekanan, gesekan), proses penuaan, atau penekanan pada tulang yang menonjol (PPNI T. P., 2017).

Diagnosis risiko kerusakan integritas kulit dapat ditegakkan pada klien 1 dan 2 karena kondisi klien sesuai dengan teori yang ada. Walaupun dari kedua jurnal mengacu dengan pedoman NANDA untuk menegakkan diagnosisnya, data tidak jauh berbeda dengan faktor risiko yang ada dalam SDKI. Data pengkajian baik data subjektif maupun objektif sesuai dengan yang ada. Sehingga tidak mendapat kesenjangan antara fakta dengan teori baik menggunakan pedoman NANDA atau SDKI.

4) Tujuan

Menurut Mutaqqin & Sari (2011) tujuan dari ditetapkan intervensi yaitu agar klien terhindar dari gangguan integritas kulit setelah diberikan asuhan keperawatan. Pedoman penulisan tujuan menurut Dermawan (Dermawan, 2012). harus memenuhi kriteria SMART yaitu *Specific, Measurable, Achievable, Realistic, Time*. Fokus utama proses penyembuhan risiko gangguan kerusakan integritas kulit adalah bagaimana cara meredakan rasa nyeri, mencegah terjadinya infeksi, menyembuhkan luka, dan memastikan asupan nutrisi adekuat. Masalah risiko gangguan integritas kulit dapat menjadi aktual pada klien yang mengalami hambatan mobilitas dapat menjadi aktual dalam waktu 3 hari, untuk proses penyembuhan bergantung pada tingkat keparahannya. Apabila sudah sampai luka, proses penyembuhan berangsur sembuh dan tertutup oleh sel kulit pada minggu ke-2 hingga minggu ke-4 perawatan, untuk mendapatkan kekuatan kulit yang cukup proses akan berlangsung hingga sekitar minggu ke-12 (Pawitri, 2019).

Teori menyebutkan risiko gangguan kerusakan integritas kulit dapat menjadi aktual setelah *bedrest* selama 3 hari, artinya tujuan yang ditetapkan oleh kedua peneliti adalah mengharapkan tanda gejala kerusakan yang sudah ada pada klien tidak semakin parah dan menjadi luka sebelum hari ke 3.

5) Kriteria Hasil

Kriteria hasil adalah karakteristik klien yang dapat diamati atau diukur perawat dan dijadikan dasar sebagai menilai capaian hasil intervensi. Risiko gangguan integritas kulit adalah kondisi kulit mengalami risiko kerusakan hanya pada bagian lapisan dermis dan atau epidermis. Berbeda dengan kerusakan integritas jaringan, yaitu kerusakan yang terjadi pada membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang,

kartilago, kapsul sendi dan atau ligamen. Gangguan integritas kulit aktual dapat berasal dari luka (PPNI, 2019). Tanda gejala yang biasa muncul pada kerusakan integritas kulit adalah kerusakan lapisan kulit, nyeri, perdarahan, kemerahan dan hematoma. Indikator yang dipilih peneliti dalam kedua jurnal menggunakan label dalam NOC, tidak jauh berbeda dengan acuan SLKI yang digunakan sekarang.

Kedua jurnal menggunakan kriteria hasil risiko gangguan kerusakan integritas kulit berpedoman NOC dengan label yang sama yaitu integritas jaringan: kulit dan membran mukosa yang keduanya bertujuan untuk mencegah terjadinya kerusakan integritas kulit menjadi aktual dengan indikator yang telah dipilih akan tetapi tidak menjelaskan secara rinci berapa lama tujuan tersebut ditentukan sehingga kesulitan dalam melakukan monitor keberhasilan asuhan keperawatan.

6) Intervensi

Pemilihan intervensi jurnal 1 dan 2 sudah sesuai dengan kondisi yang mengalami kemerahan kulit. Akan tetapi pemilihan intervensi belum mencakup kaidah O-T-E-K (Observasi, Tindakan, Edukasi, Kolaborasi) baik dalam jurnal 1 dan 2 kurang pemilihan tindakan kolaborasi dengan tenaga medis lainnya. Selain itu terdapat perbedaan dalam pemantauan status nutrisinya. Pemantauan status nutrisi hanya dipilih pada klien 2. Padahal status nutrisi berkontribusi dalam proses penyembuhan luka atau regenerasi sel kulit, karena dengan nutrisi yang cukup adekuat kulit juga akan mendapatkan kondisi yang sehat. Apabila tidak terpantaunya status nutrisi pada klien stroke akan mengalami kekurangan asupan makanan, kulit akan kering dan menjadi rentan terhadap kerusakan kulit.

Perawatan kulit merupakan rangkaian cara penerapan yang mendukung keadaan integritas kulit untuk meningkatkan penampilan dan merubah kondisi kulit. Perawatan kulit merupakan tata cara rutin yang dilakukan sehari-hari dalam berbagai situasi, seperti kulit yang terlalu kering atau terlalu lembab. Tindakan yang terpenting dalam menjaga integritas kulit adalah menjaga hidrasi kulit (KNajihah, et al., 2020).

Pengecekan Kulit meliputi periksa kulit terkait dengan adanya kemerahan, kehangatan ektrim, edema atau drainase, amati warna, kehangatan, bengkak, pulsasi, tekstur, edema, dan ulserasi pada ekstremitas, gunakan alat pengkajian untuk mengidentifikasi klien yang berisiko mengalami kerusakan kulit (skala braden), monitor warna dan suhu kulit, monitor kulit untuk adanya ruam dan lecet, monitor sumber tekanan dan gesekan, ajarkan keluarga mengenai pemberian tanda kerusakan kulit, dokumentasikan perubahan membram mukosa (KNajihah, et al., 2020). Tidak adanya keseimbangan nutrisi dapat berkontribusi pada terjadinya kerusakan integritas kulit. Diet seimbang dan asupan cairan adekuat sangat penting untuk pemeliharaan kulit agar mendapatkan kondisi sehat. Kejadian malnutrisi mengakibatkan hilangnya jaringan subkutan dan kurangnya mineral serta vitamin dalam tubuh yang perannya sangat dibutuhkan untuk pemeliharaan kesehatan kulit (Najib, Utari W, & Widiyanti, 2017).

7) Implementasi

Perawatan kulit memiliki banyak pilihan, salah satunya adalah dengan cara teknik *massage*. *Massage* dilakukan setiap kali klien selesai mandi. *Massage* dapat menjadi tindakan yang efektif untuk mencegah terjadinya kerusakan integritas kulit dan mereduksi penekanan jaringan. *Massage* kulit juga membantu memperlancar proses penyerapan sisa pembakaran dalam jaringan, adanya penekanan pada jaringan maka sisa-sisa pembakaran yang tidak diperlukan oleh tubuh akan dikeluarkan dari jaringan kemudian masuk dalam pembuluh vena (KNajihah, et al., 2020).

Implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan oleh masing-masing peneliti. Namun, terdapat kekurangan pemilihan implementasi sehingga belum memenuhi kriteria O-T-E-K. Selain itu, dalam melaksanakannya juga kurang jelas waktu dan jenis produk yang digunakan untuk perawatan kulit pada jurnal 1. Berbeda dengan jurnal 2 yang memberikan keterangan setiap jam berapa melakukan intervensi dan menyebutkan produk yang digunakan yaitu *babyoil*. Hal ini dapat mempengaruhi lama masa kesembuhan dikarenakan dari satu produk dengan produk yang lain memiliki kandungan yang berbeda.

8) Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian akhir pada proses keperawatan yang di dasarkan pada tujuan keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya. Menetapkan status keberhasilan asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan didasari oleh adanya perubahan perilaku klien yang di ukur dari kriteria hasil yang telah ditetapkan (Nursalam, 2016).

Setelah perawatan memasuki hari ke 4 kedua klien sudah memperlihatkan perkembangan. Padahal selama perawatan tidak ada penambahan implementasi apapun. Hal ini dapat terjadi karena kondisi kulit klien masih dalam derajat 1 yang memiliki ciri keadaan kulit masih utuh tetapi terdapat tanda akan terjadi luka, perubahan suhu kulit, perubahan konsistensi jaringan, dan perubahan sensasi (gatal atau nyeri) Pada jurnal 1 dengan kondisi kulit kemerahan pada punggung sudah memperlihatkan progres kemajuan kondisi kulit membaik. Pada kasus 1 dengan diagnosa resiko gangguan kerusakan integritas kulit telah dilakukan implementasi selama 5 hari dan mendapatkan hasil tampak merah dipunggung klien sudah mulai berkurang, klien sudah bisa miring kiri dan kanan pada hari ke 4. Sehingga masalah kerusakan integritas kulit tidak aktual. Pada klien jurnal 1 batasan karakteristik tercapai tapi tetap melaksanakan perawatan yang dilanjutkan dirumah bersama keluarga.

Kasus 2 resiko gangguan kerusakan integritas kulit telah dilakukan implementasi selama 8 hari dan hasilnya masih sedikit kemerahan pada pinggul dan punggung, Hal tersebut dapat terjadi karena kondisi kulit klien lebih banyak mengalami kemerahan di tambah lagi terdapat sensai panas. Selain itu pemilihan perawatan yang dilakukan pada klien 2 kurang jelas menggunakan jenis bahan apa, berbeda dengan klien 1 yang jelas menyebutkan menggunakan *baby oil*. Masalah sudah teratasi sebagian batasan karakteristik tercapai dengan tetap melakukan perawatan kulit dirumah dengan keluarga.

Kesimpulan

Hasil pengkajian yang didapatkan dari kedua kasus menunjukkan adanya tanda gejala kerusakan integritas kulit yang hampir sama. Diagnosis keperawatan yang muncul adalah risiko gangguan kerusakan integritas kulit, dengan faktor resiko yang muncul pada klien yaitu akibat terjadinya gangguan mobilitas, faktor penuaan, adanya tekanan, kelembaban, gesekan, dan perubahan status nutrisi. Hasil yang diperoleh dari intervensi yang beracuan juga dengan kriteria hasil yang dilakukan oleh peneliti bertujuan untuk mengurangi kondisi kemerahan kulit. Implementasi telah dilakukan masing-masing kasus selama 5 dan 8 hari. Implementasi tindakan dilakukan sama tidak ada tambahan mulai hari pertama sampai terakhir.

Referensi

- AHA. (2019). Heart Disease and Stroke Statistics-2019 Update. *Circulation* 139:e56–e528 , 281.
- Azwari, Astuti, A., & Erwinsyah. (2017). Faktor Resiko Stroke Di Kota Jambi tahun 2016. *Riset Informasi Kesehatan*, Vol. 6 No.1 , 26.
- Chrisna, F. F., & Martini, S. (2016). Hubungan Antara Sindroma Metabolik Dengan Kejadian Stroke. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, Vol. 4, No. 1 .
- Dermawan, D. (2012). *Proses Keperawatan: Penerapan Konsep & Kerangka Kerja*. Yogyakarta: Gosyen.
- Fakhrurrazy, Rosida, A., & Saputra, P. A. (2019). PERBANDINGAN ANTARA DIABETES MELITUS TERKONTROL DAN DIABETES MELITUS TIDAK TERKONTROL TERHADAP OUTCOME PASIEN STROKE ISKEMIK. *Homeostasis*, Vol. 2 No. 1 , 188.
- Humas. (2019). *Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi*. Dipetik September 23, 2021, dari Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi: <https://www.rsstrokebkt.com/>
- Humas. (2020). *Tentang Kami Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Dr. M. Djamil*. Dipetik September 23, 2021, dari Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Dr. M. Djamil: <https://rsdjamil.co.id/profil/tentang-kami/>
- Kemenkes. (2016). Rencana Aksi Nasional Kesehatan Lanjut Usia Tahun 2016-2019. Dalam *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2016* (hal. 22). Jakarta: Menteri Kesehatan Republik Indonesia.

- KNajihah, Sulistiani, I., Pailungan, F. Y., Musdalifah, Wijaya, I. K., Thalib, A., et al. (2020). Reposisi dan Massage Menurunkan Derajat Dekubitus pada Pasien Immobilisasi dengan Gangguan Neurologis. (*Window of Nursing Jurnal*, Vol. 01 No. 01).
- Maryunani, A. (2015). *Perawatan Luka Modern (Modern Woundcare) Terkini dan Terlengkap*. Jakarta: In Media.
- Maulana, A. G. (2019, Juli 7). *8 Dampak Buruk Diabetes terhadap Kesehatan Tubuh*. Dipetik September 23, 2021, dari <https://www.ayosemarang.com/read/2019/07/07/40361/8-dampak-buruk-diabetes-terhadap-kesehatan-tubuh#:~:text=Diabetes%20juga%20dapat%20membuat%20kulit,ini%20dikenal%20sebagai%20dermopati%20diabetik>.
- Najib, M., Utari W, D., & Widiyanti, L. N. (2017). Risiko Kerusakan Integritas Kulit Pada Klien Stroke Di Ruang Azzara 1 Rumah Sakit Islam jemursari Surabaya. *Jurnal Keperawatan Vol. X No 3*, 120.
- Okatiranti, E. S., & Tsuawabeh, D. (2017). Risiko Terjadinya Dekubitus Berdasarkan Tingkat Ketergantungan Pasien di Ruang Perawatan Neurologi. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, v1(n3), 176-182.
- Pawitri, A. (2019, Juli 4). *Mengenal Proses Penyembuhan Luka Penderita Ulkus Dekubitus*. Dipetik September 23, 2021, dari SehatQ: <https://www.sehatq.com/artikel/sulitkah-proses-penyembuhan-luka-penderita-ulkus-dekubitus>
- PPNI. (2019). Kriteria Hasil. Dalam *Standar Luanan Keperawatan Indonesia* (hal. Jakarta Selatan). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI, T. P. (2017). Risiko Gangguan Kerusakan Integritas Kulit. Dalam *SDKI (Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia)* (hal. 300). Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Riskesdas. (2013). *Laporan Nasional Riskesdas Tahun 2013*. Jakarta: Bahan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Riskesdas. (2018). Penyakit Tidak Menular. Dalam *Laporan Nasional Riskesdas Tahun 2018* (hal. 165). Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Sari, S. H., Agianto, & Wahid, A. (2015). Batasan Karakteristik dan Faktor yang Berhubungan (Etiologi) Diagnosa Keperawatan Mobilitas Fisik Pasien Stroke. *DK Vol. 3 / No. 1*, 16-18.
- Widiyanti, L. N. (2018). Risiko Kerusakan Integritas Kulit Pada Klien Stroke Di Rumah Sakit Jemursari Surabaya. *Jurnal Keperawatan Vol. XI No. 3*, 173.
- Widiyanti, L. N., Najib, M., & D. U. (2017). Risiko Kerusakan Integritas Kulit Pada Klien Stroke Di Ruang Azzahra1 Rumah Sakit Islam Jemursari Surabaya. *Vol. X No 3*.