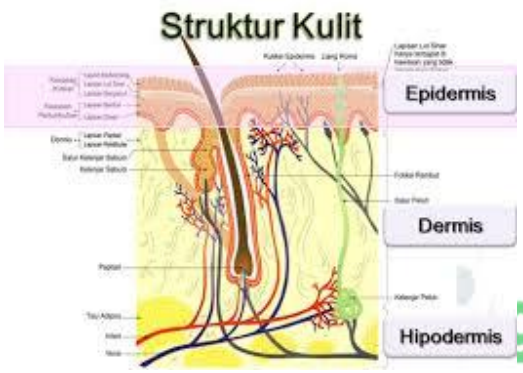
BAB II
TINJAUAN TEORI

A. Anatomi Fisiologi Integumen (Kulit)

1. Definisi

Sistem integumen adalah sistem organ yang membedakan, memisahkan dan menginformasikan kita dari lingkungan sekitar. Sistem integumen mampu memperbaiki dirinya sendiri apabila terjadi kerusakan yang tidak terlalu parah (*self-repairing)* dan mekanisme pertahanan tubuh pertama. Lapisan kulit dibagi menjadi 3 yaitu epidermis, dermis dan subkutis (hipodermis), (Andriyani, Triana & Juliarti,2015).

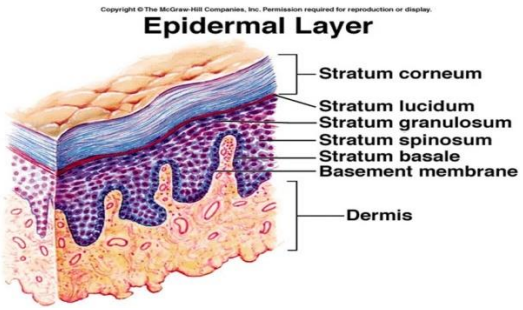


Gambar 2. 1 Stuktur Kulit

2. Struktur Anatomi Kulit

a) Epidermis

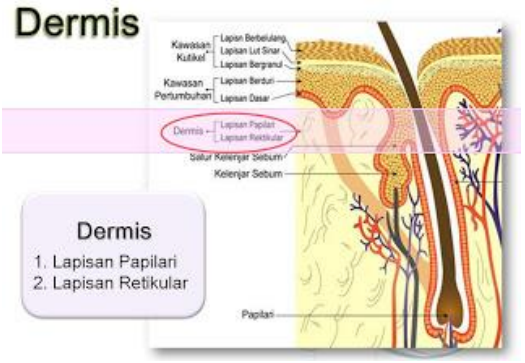
Epidermis merupakan bagian kulit paling luar, ketebalan epidermis berbeda- beda pada setiap bagian tubuh, yang paling tebal berukuran 1 mm misalnya pada telapak tangan dan telapak kaki, dan yang paling tipis berukuran 0,1 mm terdapat pada kelopak mata, pipi, dahi dan perut. Sel-sel epidermis disebut keratinosit (Andriyani, Triana & Juliarti, 2015). Epidermis tersusun dari beberapa lapisan seperti keratinocytes, melanocytes, sel langerhans, lymphocytes dan sel merkel (Standring, et al. 2016).



Gambar 2. 2 Lapisan Epidermis

b) Dermis

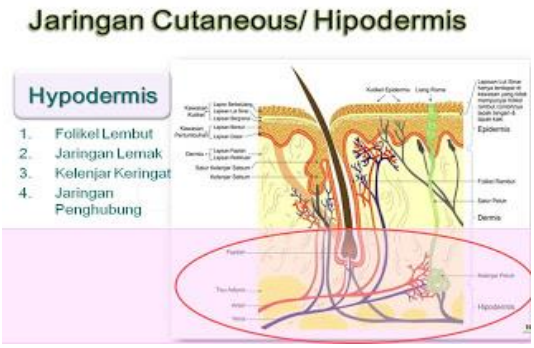
Merupakan jaringan ireguler yang menghubungkan serat-serat kolagen dan terdiri dari lapisan elastis yang terbentuk dari glycosaminoglycans, glicoprotein dan cairan. Dermis tersusun dari 2 lapisan yaitu papilari (membuat mekanisme anchorage, mendukung metabolisme dan mempertahankan kerusakan pada epidermis, juga menjaga sistem saraf dan pembuluh darah) dan retikular (menentukan bentuk dari kulit) (Standring, et al. 2016).



Gambar 2. 3 Lapisan Dermis

c) Hipodermis

Merupakan lapisan penghubung beberapa jaringan yang tebal yang berhubungan dengan lapisan terakhir dari dermis. Jaringan adiposa yang biasannya terletak antara dermis dan otot-otot pada tubuh (Standring, et al. 2016).



Gambar 2. 4 Lapisan Hipodermis

B. Konsep Dasar Stroke

1. Definisi

Stroke merupakan gangguan yang terjadi pada sistem aliran pembuluh darah otak yang terjadi secara mendadak, menyebabkan gangguan pasokan darah yang kaya oksigen dan nutrisi di otak mengakibatkan jaringan otak mengalami kerusakan yang ditandai dengan hilangnya fungsi dari bagian tubuh tertentu sehingga mengakibatkan kecacatan (Sa'pang et al., 2022). Stroke merupakan kelainan neurologis akibat perdarahan area otak yang terkena dengan gejala dan tanda klinis yang dapat mengakibatkan kecacatan hingga kematian (Setiawan, 2022).

2. Etiologi

Penyebab umum terjadinya stroke pada individu (Smeltzer & Bare, 2014);

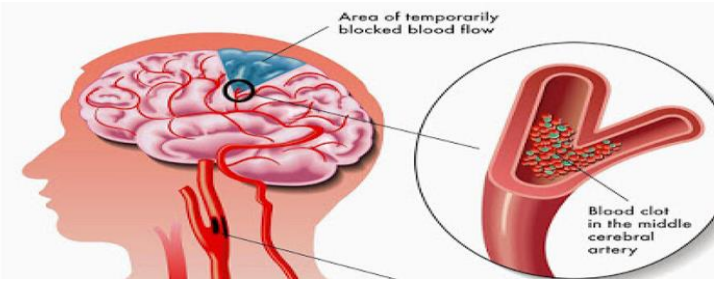
a. Hemoragik Serebral
b. Embolisme Serebral
c. Trombosis Serebral
d. Iskemia (menurunnya jumlah aliran darah ke area otak)

3. Klasifikasi

Stroke terbagi menjadi 2 yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragic ;
(Smeltzer & Bare, 2014) (Black & Hawks, 2014)

a. Stroke Iskemik

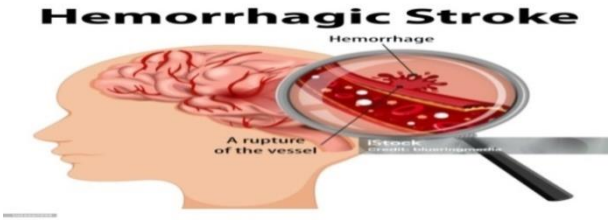
Ketika pembuluh darah mengalirkan darah yang kaya oksigen ke otak mengalami penyumbatan, mengakibatkan aliran darah ke otak sebagian atau seluruhnya terhenti.



Gambar 2. 5 Stroke Iskemik

1) *Transient Ischemic Attack* (TIA)
2) Stroke Progresif (SIE)
3) Stroke Komplit
4) Trombosis serebri
5) Emboli serebri

b. Stroke Hemoragik



Gambar 2. 6 Stroke Hemoragik

1) Perdarahan Intraserebral

   Rusaknya pembuluh darah akibat tekanan darah tinggi dan pecahnya arteri kecil di jaringan otak.

2) Perdarahan Subrakhonoid

   Menggelembung pembuluh darah utama atau cabang di dasar otak/aneurisma sakular dan malformasi arteriovena (MAV).

4. Faktor Risiko

Terdapat beberapa faktor risiko penyebab terjadinya stroke menurut Kusumarini (2021),;

a. Faktor risiko yang tidak dapat diubah

1) Umur

Bertambahnya usia sesorang maka terjadinya perubahan bentuk dan fungsi pada sistem pembuluh perifer yang menjadi tidak elastis,

semakin menyempit sehingga berdampak pada penurunan aliran darah menuju ke otak.

2) Jenis kelamin

Wanita berisiko terkena stroke setelah menopause karena produksi hormon estrogen menurun sehingga wanita lebih rentan terkena stroke di usia yang lebih tua setelah menopause..

3) Pendidikan

Tingkat pendidikan individu yang berbeda menyebabkan adanya perbedaan penerimaan informasi yang berdampak pada tingkat pengetahuan yang diperoleh seseorang (Jessyca et al., 2021).

4) Jenis stroke

Pecah pembuluh darah di otak akan mengakibatkan kerusakan di otak sehingga oksigen yang dibutuhkan oleh otak tidak terpenuhi dan mengakibatkan kelemahan otak hingga kematian (Yuniarti et al., 2022).

5) Frekuensi serangan

Adanya riwaya serangan stroke akan memicu terjadinya serangan stroke berikutnya.

6) Genetik

Individu yang memiliki faktor genetik seperti riwayat penyakit generatif hipertensi, jantung, diabetes meilitus hingga kecacatan pada bentuk pembuluh darah atau yang dikenal dengan istilah cadasil yang menjadi salah satu faktor risiko stroke (Udani, 2022)

b. Faktor risiko yang dapat diubah

1) Hipertensi

Tekanan darah tinggi kronis akan merusak sel-sel dalam dari arteri yang terus menekan pembuluh darah dan akhirnya mengakibatkan terjadinya perdarahan di otak (Azzahra & Ronoatmodjo, 2023).

2) Stress

Stress merangsang kelenjar adrenal untuk memproduksi hormon adrenalin yang dapat memberikan stimulus terhadap jantung untuk

memompa lebih kuat dan cepat sehingga meningkatkam tekanan darah dan aliran pembuluh darah mengalami penyempitan (Mayestika & Hasmira, 2021)

3) Merokok

Individu dengan riwayat merokok memiliki kadar fibrinogen dalam darah yang lebih tinggi mengakibatkan penyempitan dan kekauan pembuluh darah sehingga terbentuknya aterosklerosis (Azzahra & Ronoatmodjo, 2023)

4) Diabetes Meilitus (DM)

Pembuluh darah yang sudah tidak elastis, mengalami kekakuan dan penurunan elastisitas, akibat jumlah glukosa dalam darah secara tiba-tibaidan dapat menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak.

5) Obesitas
6) Hiperkolesterol
7) Aktivitas Fisik

Individu yang rutin melakukan aktivitas fisik ataupun olahraga minimal 30 menit dalam sehari dapat membantu memperlancar peredaran darah dan meregangkan otot-otot sehingga otot-otot tidak kaku dan tubuh mendapatkan pasokan oksigen dalam darah dengan maksimal (Halimatunnisa et al., 2023).

5. Manifestasi Klinis

Beberapa tanda dan gejala stroke menurut Setiawan (2022) ;

a. Penurunan fungsi neurologis berupa kelumpuhan fokal seperti paralisis
b. Mati rasa disertai rasa seperti terbakar
c. Hemiparase (Black & Hawks, 2014).
d. Kesulitan/gangguan menelan
e. Penurunan daya ingat
f. Nyeri kepala biasanya disertai penurunan kesadaran
g. Disfagia

h. Bicara jadi pelo
i. Penglihatan terganggu, penglihatan ganda (diplopi)
j. Gerakan tidak terkoordinasi

6. Komplikasi

Komplikasi pada penderita stroke menurut Chohan et al., (2022) yaitu :

a. Gagal Napas
b. Hilangnya kekuatan otot atau kelumpuhan
c. Edema otak
d. Luka tekan/ Dekubitus
e. Pneumonia
f. Trombosis vena
g. Kematian

7. Pemeriksaan Penunjang

Beberapa jenis pemeriksaan penunjang trdilakukan bagi pasien stroke menurut Bokka & Das (2020) ;

a. Single Photon Emission Computed Tomographi (SPECT)
b. CT-Scan
c. Angiografi Cerebral
d. Fungsi Lumbal
e. Magnetic Resonance Imaging (MRI)
f. USG Doppler
g. Elektroencefalogram/EEG
h. Sinar-X Kranium

8. Penatalaksanaan

Terdapat 2 macam penatalaksanaan pada pasien stroke ;

A. Penatalaksanaan farmakologis
   1. Manajemen tekanan darah
      - Penghambat beta (labetalol, esmolol)
      - Penghambat ACE (enalapril)
      - Penghambat saluran kalsium (nicardipine) atau hydralazine.
   2. Manajemen TIK

- Penanganan awal yang dilakukan adalah dengan mengatur posisi kepala pasien hingga 30°
- Agen osmotik (manitol, garam hipertonik)
- Hiperventilasi
- Kateter parenkim (Mehta & Aka, 2020)

3. Terapi Hemostatik

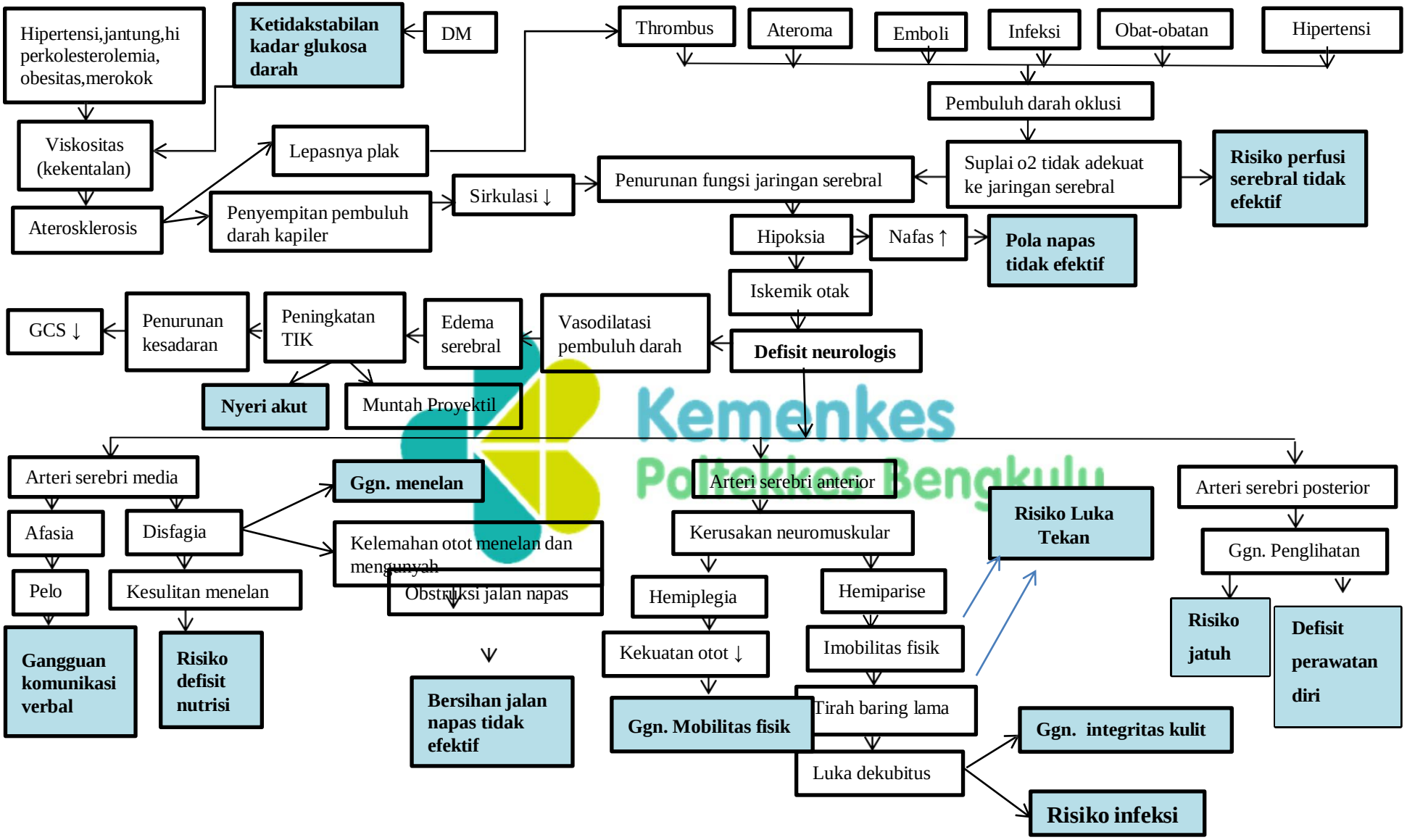
   Pasien diberikan vitamin K intravena dan FFP atau PCC.
4. Terapi antiepilepsi
5. Tindakan Pembedahan
   - Endarterektomi karotis
   - Clipping Aneurisma
   - Craniotomy
   - Kraniotomi Dekompresi
   - Aspirasi Stereotaktik, endoskopi dan kateter (Black & Hawks, 2014)

B. Penatalaksanaan Non Farmakologis

Beberapa terapi non farmakologis yang sudah banyak dilakukan diantaranya ;

1. *Bobath Therapy*
2. *Mirror Therapy*
3. *Range of Motion*
4. *Cylindrical Grip*
5. *Repositioning*
6. *Massase*
7. *Pengaturan Posisi*

WOC



Sumber: (Susilo, 2019) (Nugroho et al., 2016) (Junaidi, 2012) (Tarwoto, 2013)

C. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia : Keamanan dan Proteksi

1. Konsep Keamanan dan Proteksi

a. Definisi

Kebutuhan akan keselamatan atau keamanan adalah kebutuhan untuk melindungi diri dari bahaya fisik. Ancaman terhadap keselamatan seseorang dapat dikategorikan sebagai ancaman mekanis, kimiawi, termal dan bakteriologis sedangkan, kenyamanan adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketenteraman, dan transenden (Sinthania et al., 2022). Keamanan fisiologis berkaitan dengan sesuatu yang mengancam tubuh dan kehidupan seseorang yang dalam bentuk nyata atau hanya imajinasi misalnya karena penyakit, nyeri dan cemas (Rohayati, 2019),

b. Karakteristik keamanan dan keselamatan

1. *Pervasiveness* (insidensi)

   Klien membutuhkan keamanan pada seluruh aktifitasnya seperti makan, bernafas, tidur, kerja, dan bermain.

2. *Perception* (persepsi)

   Persepsi seseorang tentang keamanan dan bahaya mempengaruhi aplikasi keamanan dalam aktifitas sehari-harinya. Tindakan penjagaan keamanan dapat efektif jika individu mengerti dan menerima bahaya secara akurat.

3. *Management* (pengaturan)

   Ketika individu mengenali bahaya pada lingkungan klien akan melakukan tindakan pencegahan agar bahaya tidak terjadi dan itulah praktek keamanan. Pencegahan adalah karakteristik mayor dari keamanan.

c. Faktor-faktor yang Mempengaruhi keamanan dan proteksi

1. Emosi, kecemasan, depresi, dan marah akan mudah terjadi dan mempengaruhi keamanan dan kenyamanan.
2. Status mobilisasi Keterbatasan aktivitas, paralisis, kelemahan otot,

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

dan kesadaran menurun memudahkan terjadinya risiko injury.

3. Gangguan persepsi sensory
4. Keadaan imunitas akan menimbulkan daya tahan tubuh kurang sehingga mudah terserang penyakit.
5. Tingkat kesadaran Pada pasien koma, respons akan menurun terhadap rangsangan, paralisis, disorientasi, dan kurang tidur
6. Status nutrisi, keadaan kurang nutrisi dapat menimbulkan kelemahan dan mudah menimbulkan penyakit, demikian sebaliknya dapat berisiko
7. Kebudayaan, keyakinan dan nilai-nilai kebudayaan mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri dan tingkat kenyaman yang mereka punyai.

2. Konsep Luka Tekan

1. Definisi

Dekubitus atau luka tekan merupakan gangguan integritas kulit sampai jaringan, yang menjadi penyebab dekubitus merupakan adanya penekanan jaringan lunak diatas tulang yang menonjol serta adanya tekanan eksternal dalam jangka panjang dan terus menerus seperti ditempat tidur dan kursi roda. Diseluruh dunia kejadian luka tekan diperkirakan mencapai 1%-56% di intensive care unit (Stroke).

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

2. Faktor Risiko Luka Tekan

Faktor risiko luka tekan diantaranya gangguan syaraf vasomotorik, sensorik dan motorik, kontraktur sendi dan spastisitas, gangguan sirkulasi perifer, malnutrisi dan hipoproteinemia, anemia, keadaan patologis kulit pada gangguan hormonal (oedema), laserasi dan infeksi, hygine kulit yang buruk, inkontinensia alvi dan urine, penurunan kesadaran. Ulkus dekubitus adalah cedera lokal pada kulit dan atau jaringan di bawahnya yang biasanya menonjol, sebagai akibat dari tekanan atau kombinasi tekanan dengan pergeseran (NPUAP, EPUAP, & PPIA, 2014).

Tekanan menyebabkan sirkulasi darah menjadi tidak lancar, menyebabkan kematian sel, nekrosis jaringan dan akhirnya berkembang menjadi ulkus (NPUAP, 2016). Proses penyembuhan luka dekubitus membutuhkan waktu yang cukup lama dan menjadi masalah yang serius karena mempengaruhi kualitas hidup penderita, memperlambat program rehabilitasi penderita, memperberat penyakit primer dan menimbulkan masalah keuangan atau finansial keluarga karena harus mengeluarkan biaya yang cukup besar untuk perawatan luka, selain itu komplikasi yang lain berupa sepsis, sellulitis, infeksi kronis dan kematian pada usia lanjut (Coleman et al., 2014).

Luka tekan rentan untuk mengalami infeksi multibakterial baik aerobik maupun anaerobik, dampaknya bisa menyebar ke jaringan tulang dan sendi atau dapat menyebabkan osteomielitis, septikemia ata bahkan kematian (Maskun, 2017). Oleh karena itu melakukan deteksi risiko luka dekubitus sangat penting dilakukan untuk perencanaan pencegahan dekubitus agar penderita stroke tidak mengalami luka dekubitus (Trust, 2011). Menurut (Pieper, 2007 dalam Potter & Perry , 2010) Faktor risiko berkembangnya dekubitus yaitu :

a) Gangguan Persepsi Sensorik. Klien dengan gangguan persepsi sensorik terhadap nyeri dan tekanan lebih berisiko mengalami gangguan integritas kulit daripada klien dengan sensasi normal.
b) Gangguan Mobilisasi. Klien yang tidak mampu mengubah posisi secara mandiri memiliki risiko mengalami ulkus tekan, misalnya klien dengan cedera tulang belakang mengalami penurunan atau tidak memiliki sensasi motorik dan sensorik, serta tidak mampu mereposisi posisi pada penonjolan tulang
c) Perubahan Tingkat Kesadaran.
d) Gaya Geser adalah peningkatan tekanan yang sejajar pada kulit berasal dari gaya gravitasi, yang menekan tubuh dan tahanan (gesekan) diantara klien dan permukaan.

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

3. Klasifikasi Luka Tekan atau Dekubitus

a) Derajat 1 : Hiperemia yang memucat tekanan yang ringan dan singkat denga jari pada tempat terjadinya eritema yang diakibatkan tekanan di atas kulit dalam periode lama, dapat menyebabkan kulit menjadi pucat.

b) Derajat 2 : Hiperemia yang tidak memucat : Eritema yang tidak hilang pada saat dilakukan tekanan ringan dengan jari, mengindikasikan adanya beberapa gangguan mikrosirkulasi.

c) Derajat 3 : Ulserasi perkembangan melewati dermis, ulserasi perkembangan kebidang pemisah dengan jaringan subkutan.

d) Derajat 4 : Ulkus meluas ke dalam lemak : Otot yang berada dibawahnya mengalami pembengkakan dan inflamasi. Ulkus cenderung untuk menyebar kearah lateral, sementara perkembangan ke bawah dihalangi oleh fasia profunda.

e) Derajat 5 : Nekrosis infektif menembus ke bawah menuju fasia profunda pada saat ini destruksi muskulus terjadi dengan cepat. (Vaughans, 2013)

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

4. Pengukuran Risiko Luka Tekan

Penilaian risiko dekubitus Skor Braden dalam (Morison, 2016)

Tabel 2. 1 Penilaian Skala Braden

Faktor Risiko	**Skor & Deskripsi**			
	1	**2**	**3**	**4**
Persepsi Sensori Kemampuan untuk: Merespon rasa tidak nyaman yang berhubungan dengan tekanan	**Benar-benar terbatas** Tidak respon terhadap rangsangan nyeri karena kesadaran ATAU terbatas untuk merasakan nyeri pada seluruh tubuh	**Sangat berbatas** Respon hanya ada rangsangan nyeri atau mengerang ATAU gangguan sensori untuk merasakan nyeri pada lebih sebagian tubuh.	**Agak terbatas** Respon verbal tetapi tidak selalu dapat berkomunikasi ATAU gangguan sensori untuk merasakan sakit pada 1 atau 2 ekstremitas.	**Tidak ada gangguan** Respon verbal tidak mempunyai gangguan sensori dan mampu merasakan nyeri atau tidak nyaman
Kelambaban	**Terus menerus**	**Sering basah** Kulit sering	**Sesekali basah** Kulit kadang-	**Jarang basah**

Tingkat paparan Kulit terkena Cairan	**basah** Kulit basah hampir terus Menerus terkena keringat.Urine terdeteksi saat *repositioning*.	basah tapi tidak Selalu. Linen harus diganti Setidaknya setiap *repositioning*.	kadang basah yang memerlukan Penggantian linen kira-kira 1x/hari	Kulit biasanya kering. Linen diganti sesuai jadwal rutin
Aktifitas Tingkat aktifitas Fisik	**Terbatas ditempat tidur** Aktifitas terbatas ditempat Tidur	**Tidak mampu berpindah ke kursi sendiri** Kemampuan berjalan sangat terbatas atau tidak ada. Tidak dapat berpindah ke kursi roda sendiri dan atau harus dibantu ke kursi atau ke kursi roda	**Berjalan sesekali** Berjalan sesekali sehari untuk jarak yang pendek dengan atau tanpa bantuan. Mayoritas berada dikursi atau tempat tidur setiap shift.	**Berjalan sering** Berjalan diluar ruangan Setidaknya 2x/hari diluar ruangan paling tidak setiap 2 jam
Mobilitas Kemampuan Untuk mengubah dan mengendalikan posisi tubuh	**Benar-benar tidak ada Pergerakan** Tidak ada *repositioning* Tubuhsedikit pun atau ekstremitas sendiri	**Sangat terbatas** Kadang-kadang melakukan perubahan kecil pada posisi tubuhnya atau ekstremitas tetapi tidak mampu membuat perubahan yang penting	**Agak terbatas** Sering melakukan perubahan pada posisi tubuh meskipun sedikit atau ekstremitas secara mandiri.	**Tidak ada batasan** Sering melakukan perubahan Pada posisi bantuan
Nutrisi Pola asupan nutrisi	**Sangat buruk** Tidak pernah makan makanan lengkap. jarang makan >1/3 dari setiap makaan ditawarkan. Makan 2 atau kurang protein yang disajikan (dagingatau	**Kemungkinan adekuat** Jarang makan makanan lengkap dan saat makan hanya sekitar 1 ½ dari setiap makanan yang ditawarkan. Asupan protein mencakup 3 produk daging	**Adekuat** Makan >1/2 dari porsi. Makan dengan total 4 protein (daging,produk susu) setiap hari. Kadang kadang menolak snack, tetapi biasanya akan mengambil jika ditawarkan	**Sangat baik** Makan setiap kali makan. Tidak pernah menolak makan. Biasanya makan dengan total 4 atau > daging dan

KemenKes Poltekkes Bengkulu

	susu) perhari. Kebutuhan cairan buruk Tidak diberikan suplemen diet cair, ATAU puasa dan minum air putih atau hanya dengan cairan IV selama >5 hari.	atau susu perhari.kadang-kadang memrlukan makanan suplemen ATAU menerima <jumlah yang optimal dari makanan cair atau makanan melalui pipa saluran makanan.	ATAU pada pipa saluran makanan yang memenuhi sebagian besar kebutuhan gizi.	produk susu. Kadang kadang makan diantara Waktu makan. Tidak memrlukan suplemen.
Gesekan pada pergeseran	**Masalah** Membutuhkan Seseorang sampai maksimal dalam bergerak. Mengangkat dengan linen. Sering merosot dari tempat tidur atau kursi, sering memperbaiki posisi dengan bantuan penuh. Spastic, kontraktur atau mengarah agitasi.	**Potensi masalah** Bergerak bebas membutuhkan minimal. Selama memindahkan, kulit mungkin tergesek pada linen,kursi, restrain atau perangkat lainnya. mempertahankan posisi yang baik di tempat tidur tapi kadang-kadang merosot.	**Tidak ada masalah** Bergerak di tempat tidur dan kursi secara mandiri dan memiliki kekuatan otot yang cukup untuk mengangkat selama bergerak mempertahankan posisi yang baik di tempat tidur atau kursi setiap saat.	
Total Score				

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

Keterangan :

Tidak berisiko : 19-23
Risiko ringan : 15-18
Risiko sedang : 13-14
Risiko tinggi : 10-12
Risiko berat : 6-9

(Mayangsari, 2020)

D. Konsep Pencegahan Risiko Luka Tekan

a. Definisi

Konsep pencegahan risiko luka tekan berfokus pada mengurangi tekanan pada kulit dan jaringan di bawahnya, khususnya pada area yang rentan seperti tulang-tulang yang menonjol dan area yang lama tertekan sehingga kekurangan suplai aliran darah.

b. Penatalaksaan Risiko Luka Tekan

1. Pengkajian risiko

   Skala braden: memprediksi risiko luka tekan berdasarkan faktor-faktor seperti sensorik, kelembaban, aktivitas, mobilitas, nutrisi, dan gesekan. Selain skala braden, juga perlu mengidentifikasi faktor risiko lain yang tidak tercakup dalam skala ini, seperti imobilitas, penyakit kronis, dan kondisi kulit tertentu.
2. Perawatan kulit dengan menjaga kelembapan dan kebersihan area kulit yang tertekan
3. Permukaan penyangga: matras khusus, bantal dan alat bantu, pakaian yang nyaman
4. Nutrisi
5. Reposisi yaitu mengubah posisi secara rutin
6. Massase

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

E. Penelitian Terkait

Penelitian terkait Edukasi Pencegahan Luka Tekan pada pasien Stroke dengan Risiko Luka Tekan ;

1. Mobilisasi Miring Kiri Miring Kanan / Alih baring 2 jam

Tingkat keparahan dari dekubitus adalah hilangnya seluruh ketebalan kulit meliputi jaringan subkutan yang rusak atau nekrotik. Pada kasus dekubitus dapat dilakukan penatalaksanaan non farmakologis dan farmakologis. Penatalaksanaan non farmakologis yaitu dengan cara memberikan posisi miring kanan dan miring kiri setiap 2 jam sekali. Perubahan posisi merupakan pencegahan dekubitus pada pasien stroke yang dapat dilakukan secararutin. Perubahan posisi sangat berpeluang

untuk pencegahan terjadinya dekubitus. Penatalaksanaan posisi miring kanan dan miring kiri dilakukan untuk mengurangi tekanan yang terlalu lama dan gaya gesekan pada kulit. Di samping itu, perubahan posisi untuk mencegah terbentuknya dekubitus dengan pemberian posisi setiap 2 jam sekali. Pemberian posisi miring kanan dan miring kiri berpeluang untuk mengurangi tekanan dan gaya gesek pada kulit sehingga dapat mencegah terjadinya dekubitus (I. Setiawan et al., 2023). pemberian mobilisasi miring kanan-miring kiri dengan penjadwalan perubahan posisi tubuh miring kiri kanan dapat membantu mencegah terjadinya ulkus dekubitus pada pasien stroke, hal ini juga harus didukung dengan pemenuhan nutrisi yang baik, perawatan kulit dan edukasi kesehatan. Dari hasil uji menggunakan Chi Square terjadi ulkus dekubitus antara kelompok perlakuan dengan kontrol didapat dengan nilai p value sebesar 0,483 dan nilai tersebut > 0,05 yang berarti tidak ada perbedaan siqnifikan kejadian ulkus dekubitus antara kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol. Disimpulkan bahwa kejadian ulkus dekubitus grade I pada kelompok kontrol sebanyak 2 orang (13.3%) sedangkan kelompok perlakuan tidak terjadi ulkus dekubitus atau 0% (Alliyyah Latifatul & Husain, 2024).

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

2. Pemberian posisi *Triangle Pillow*

Salah satu upaya dalam pencegahan pressure ulcers pada pasien bed rest dapat diberikan adalah dengan tindakan pengaturan posisi, bantal ataupun pijatan (Herly et al., 2021). Tindakan alternattif untuk mencegah luka tekan dapat dilakukan dengan cara memberikan Triangle Pillow yang dikombinasikan dengan Virgin Coconut Oil (VCO). *Triangle Pillow* merupakan bantal yang digunakan untuk menopang tubuh serta meminimalisir adanya tekanan, gesekan ataupun kelembapan (Ana, 2016). Berdasarkan studi yang telah dilakukan oleh Agustin (2015) menyatakan ,bahwa *triangle pillow* yang terbuat dari serat microfiber mempunyai serat-serat yang lembut dan dapat menembus permukaan kulit, membersihkan kotoran dan lemak secara

efektif, serta menciptakan permukaan yang lebih halus. Sifat listrik statis dari *microfiber* dapat menarik daya negative seperti debu, kotoran, kutu, tungau sampai membersihkan benda pada level micro seperti bakteri. Dari hasil uji menggunakan Chi Square terjadi ulkus dekubitus antara kelompok perlakuan dengan kontrol didapat dengan nilai p value sebesar 0,781 dan nilai tersebut > 0,05 yang berarti ada perbedaan siqnifikan kejadian ulkus dekubitus (Hawat & Arofiati, 2024)

3. **Penerapan Posisi Lateral 30 Derajat**

   Tirah baring yang cukup lama akan menyebabkan tekanan pada daerah yang menonjol. Tekanan yang terus menerus menyebabkan aliran darah menurun, sehingga terjadinya kerusakan integritas kulit yaitu luka tekan (Sumah, 2020). Untuk mengatasi terjadinya kerusakan intergritas kulit dperlukan beberapa intervensi keperawatan yaitu posisi lateral 30 derajat dilakukan diantara pinggul dan tempat tidur yang disertai bantalan pada daerah tonjolon diantara lutut kanan dan lutut kiri, di antara mata kaki, di belakang punggung, serta di bawah kepala (Parwata & Suharto, 2022). Pemberian poisisi setinggi 30 derajat atau kurang akan menurunkan peluang terjadinya dekubitus akibat gaya gesek. Hasil tes Mann Whitney didapatkan p value 0,016 ; artinya ada perbedaan yang signifikan terjadinya luka tekan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol pada observasi akhir. Penelitian ini menyimpulkan bahwa ada pengaruh posisi tidur miring 30 drajat terhadap terjadinya luka tekan pada pasien stroke. Dari hasil penelitian ini diharapkan intervensi dapat dijadikan sebagai strategi pencegahan terjadinya luka tekan. (Setiawan et al., 2023).

4. **Mobilisasi SIM'S**

   Hasil analisis statistik terhadap nilai rata-rata sebelum di lakukan mobilisasi setiap 2 jam dan setelah di lakukan mobilisasi posisi Sims setiap 2 jam didapatkn nilai yang signifikan 0,04. Oleh karena P-Value <0,05 sehingga HI gaagal ditolak, dapat disimpulkan bahwa

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

pelaksanaan mobilisasi setiap 2 jam berpengaruh terhadap kejadian dekubitus pada pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram. Dari hasil penelitian di atas sejalan dengan hasil penelitian terdahulu yaitu pengaruh posisi miring. Posisi Sim merupakan salah satu metode pembuktian berdasarkan kaidah illmiah penelitian yang dirangkai menjadi satu dan kemudian diaplikasikan dalam tatanan nyata. Posisi Sim yang telah dilakukan bertujuan untuk mencegah terjadinya luka tekan pada pasien yang mengalami stroke (Marlina & Yulianingsih, 2023).

5. ***Massase Olive Oil***

Menurut National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP- EPUAP) 2014 menetapkan 6 (enam) dimensi pencegahan dan penatalaksanaan luka tekan yang terdiri dari: pengkajian risiko, pengkajian kulit, nutrisi, pengaturan posisi, penggunaan alat penyanggah, dan populasi khusus. Tiga area intervensi keperawatan utama untuk mencegah terjadi luka tekan adalah perawatan kulit, yang meliputi higienis dan perawatan kulit topikal; pencegahan mekanik dan pendukung untuk permukaan, yang meliputi pemberian posisi, penggunaan tempat tidur dan kasur terapeutik; dan pendidikan kesehatan Indonesia antara lain adalah minyak kelapa dan minyak zaitun. Minyak zaitun mengandung asam oleat hingga 80% dapat mengenyalkan kulit dan melindungi Kerusakan. Hasil uji analisis data didapatkan bahwa ada pengaruh pemberian minyak zaitun dan pengaturan posisi miring 30 derajat terhadap kejadian dekubitus pada pasien stroke. Menurut Varaei et al., masase kulit pasien yang dilakukan dengan lembut di sekitar daerah lesi, bukan pada tempat memiliki kandungan antibakteri dan dapat melembabkan kulit. Sehingga minyak zaitun direkomendasikan untuk diterapkan pada ranah keperawatan agar pasien tirah baring lama dapat terhindar dari ulkus dekubitus, sehingga hal ini dapat menjadi pertimbangan kepada perawat untuk meningkatkan kualitas perawatan. Selain itu, minyak zaitun bermanfaat untuk melepaskan lapisan sel-sel kulit mati.

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

Wasliyah juga menyatakan bahwa minyak zaitun mengandung asam lemak linoleat (7%) yang rendah dan asam oleat (80 &) yang tinggi. Asam linoleat membantu memperkuat lapisan pembatas pada kulit sehingga mempersulit penetrasi air ke dalam permukaan kulit (Aryani et al., 2022).

Tabel 2.2 Penelitian Terkait

No	Penulis dan Judul	Jurnal dan Tahun Terbit	Sampel Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
`1.	Igo Setiawan, Deni Susyanti, MY Pratama Penerapan Posisi Miring Kanan dan Miring Kiri (Ambulasi) terhadap Pencegahan Dekubitus pada Pasien Stroke Hemoragik	SCRIPTA SCORE Scientific Medical Journal, Vol. 4, No. 2 Juni 2023	Subyek pada penelitian adalah 2 klien stroke yang tidak dapat bergrak melakukan ambulasi kiri dan kanan	Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Responden dari penelitian ini adalah 2 orang pasien mengalami stroke yang berisiko terkena dekubitus . sudah mengalami luka dekubitus, mengalami perburukan kondisi dan mengalami fraktur. Instrumen penelitian ini menggunakan SOP mobilisasi miring kanan-kiri dan menggunakan skala Braden	Setelah dilakukan penerapan mobilisasi miring kanan-miring kiri setiap 2 jam sekali pada kedua responden yaitu Tn.S dan Ny.S selama 3 hari dapat disimpulkan setelah dilakukan penerapan mobilisasi miring kanan-miring kiri selama 3 hari, risiko terjadinya dekubitus pada kedua responden mengalami penurunan. Dari yang semula berisiko sedang turun menjadi berisiko rendah. Dari hasil uji menggunakan Chi Square terjadi ulkus dekubitus antara kelompok perlakuan dengan kontrol didapat dengan nilai p value sebesar 0,483 dan nilai tersebut > 0,05 yang berarti tidak ada perbedaan siqnifikan kejadian ulkus dekubitus antara kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol. Kesimpulan: Kejadian ulkus dekubitus grade I pada kelompok kontrol sebanyak 2 orang (13.3%) sedangkan kelompok perlakuan tidak terjadi ulkus dekubitus atau 0%.
2.	Yindia Nungputria Hawati Efektivitas Triangle Pillow Kombinasi Virgin Coconut Oil (VCO) terhadap Pencegahan	Termometer: Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan dan Kedokteran Vol.2, No.3 Juli 2024 e-ISSN: 2964-9676; p-ISSN: 2964-9668, Hal 28-39	Populasi yang diteliti adalah pasien stroke non hemoragik, dengan sampel terdiri dari 31 responden	Penulis melakukan penelitian quasi eksperimen dengan desain pretest dan posttest dengan kelompok kontrol , responden yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi, dipilih dengan teknik simple random sampling dan dibagi menjadi dua kelompok, yaitu kelompok	Berdasarkan evaluasi selama 6 hari diberikan intervensi penerapan Triangle Pillow kombinasi Virgin Coconut Oil (VCO), didapatkan hasil bahwa terapi yang diberikan dapat membantu dalam meningkatkan skor braden scale yang signifikan dari skala 9 menjadi skala 14. Dari hasil uji menggunakan Chi Square terjadi ulkus dekubitus antara kelompok perlakuan dengan kontrol didapat dengan nilai p value sebesar 0,781 dan nilai

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

	Pressure Ulcers pada Pasien Bed Rest di Ruang Intensive Care Unit (ICU)			intervensi (16 responden) dan kelompok kontrol (15 responden).	tersebut > 0,05 yang berarti tidak ada perbedaan siqnifikan kejadian ulkus dekubitus antara kelompok perlakuan dan kontrol. Kejadian ulkus dekubitus grade I pada kelompok kontrol sebanyak 2 orang (13.3%) sedangkan kelompok perlakuan tidak terjadi ulkus dekubitus atau 0%.
3.	Ni Made Ridla Nilasanti, Dewi Nurviana Suharto Penerapan Posisi Lateral 30 Derajat Dan Massage Menggunakan Virgin Coconut Oil Terhadap Risiko Kerusakan Intergritas Kulit Pada Pasien Stroke	Madago Nursing Journal Vol. 3 No. 1, Mei 2022 p-ISSN :274-9271/e-ISSN : 2746-9263	Subjek penelitian adalah satu orang pasien stroke non hemoragik yang mengalami immobilisasi, bedres, punggung kemerahan, skor skala braden 11	Pekatan studi kasus untuk mendapatkan gambaran pemberian posisi lateral 30 derajat pada asuhan keperawatan pasien stroke non hemoragik di RSUD Poso selama 4 hari. Subjek penelitian adalah satu orang pasien stroke non hemoragik yang mengalami immobilisasi, bedres, punggung kemerahan, skor skala braden. Data dikumpulkan melalui wawancara, observasi, dan catatan rekam medik	Hasil penelitian ini menjelaskan bahwa selama melakukan intervensi selama 4 hari. Dihari pertama didapatkan hasil skor skala braden yaitu 11 risiko tinggi. Dihari kedua di dapatkan skor skala braden naik menjadi 12 risiko sedang. Dihari ketiga di dapatkan skor skala braden naik menjadi 16 risiko ringan. Dihari yang keempat didapatkan skor skala braden naik menjadi 21 risiko rendah. Setelah Tn.R diberikan posisi leteral 30 derajat dan massge mengunakan virgin coconut oil selama 4 hari dengan durasi selama 15-30 menit 2 kali sehari. memiringkan pasien 30 derajat secara teratur dan menyangganya dengan matras dapat mencegah terjadinya dekubitus. Hasil tes Mann Whitney didapatkan p value 0,016,artinya ada perbedaan yang signifikan terjadinya luka tekan antara kelompok perlakuan dan kontrol pada observasi akhir.
4.	Heny Marlina Riskawaty , Apriani Yulianingsih Pengaruh	MHC JOURNAL OF Mental Health Concerns, Volume 1, No 2, October 2022: 58-66 Pengaruh	Populasi penelitian adalah semua pasien tirah baring > 3 hari di Stroke Center RSUD Kota Mataram selama periode pengumpulan data,	Pada penelitian ini menggunakan rancangan penelitian dengan jenis penelitian pra eksperimen dengan one group pretest-posttest design dimana	Hasil analisis statistik terhadap nilai rata-rata sebelum di lakukan mobilisasi setiap 2 jam dan setelah di lakukan mobilisasi setiap 2 jam didapatkn nilai yang signifikan 0,04. Oleh karena P-Value <0,05 sehingga HI gaagal ditolak, dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan mobilisasi setiap 2

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

	mobilisasi sim terhadap kejadian dekubitus pada pasien stroke di Ruang Stroke Center RSUD Kota Mataram		sedangkan sampel penelitian adalah semua pasien tirah baring > 3 hari.	Pengambilan sampel (sampling) menggunakan accidental sampling . Dalam pelaksanaan penelitian di lakukkan oleh 4 (empat) asisten peneliti,dimana sebelumnya asisten peneliti di lakukan uji Kappa.	jam berpengaruh terhadap kejadian dekubitus pada pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram. Berdasarkan data dari 10 pasien yang dilakukan mobilisasi setiap 2 jam, 7 orang bebas dari tanda- tanda terjadinya luka tekan dekubitus sedangkan 3 orang masih mengalami adanya tanda-tanda luka tekan dekubitus yang ditandai dengan kulit tampak kemerahan dan hangat dengan perabaan. Hasil pengukuran risiko dekubitus pada penelitian yang telah di lakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram pada saat pre test yaitu mean 2,17 dengan standar deviasi sebesar 0,835. Hasil pengukuran risiko dekubitus pada penelitian yang telah di lakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram pada saat post test yaitu mean 3,17 dengan standart deviasi sebesar 1,115. Nilai P-Value pada uji Paired-Test didapatkan 0,002 <α 0,05 maka Ho di tolak, dimana artinya pemberian intervensi mobilisasi sim setiap 2 jam dapat mempengaruhi kejadian dekubitus.
5.	Atik Aryani, Widiyono, Fajar Alam Putra *The Effect Of Olive Oil Administration And 30 Degree Tilt Position On The Event Of Decubitus In*	Jurnal Wacana Kesehatan Volume 7, Nomor 1, Juli 2022 e-ISSN 2544-6251	Jumlah sampel sebanyak 30 responden	Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain One-group Pretest-Posttest Design. Penelitian dilakukan di RSUI Kustati Surakarta. teknik pengambilan sampel menggunakan purposive sampling. Adapun kriteria inklusi meliputi klien dirawat lebih dari 2 hari dan kurang dari 5 hari, mengalami tirah baring,	Intervensi yang diberikan adalah pemberian minyak zaitun sekali sehari selama 7 hari dan pengaturan posisi miring 30 derajat. Analisis data yang digunakan adalah uji Wilxocon. Hasil penelitian didapatkan ada perbedaan yang signifikan rerata dekubitus sebelum dan setelah diberikan intervensi dengan p-value = 0,001 (p < 0,05). Kesimpulan dalam penelitian ini ada pengaruh yang signifikan pemberian minyak zaitun dan pemberian posisi 30 derajat terhadap kejadian dekubitus pada pasien stroke. Peneliti menyarankan pengunaan minyak

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

	Stroke Patients : Experiment Study Pengaruh Pemberian Minyak Zaitun Dan Pengaturan Posisi Miring 30 Derajat Terhadap Kejadian Dekubitus Pada Pasien Stroke : Studi Eksperimen			klien belum mengalami ulkus dan mengalami kemerahan pada kulit (eritema), klien dengan risiko ulkus dekubitus (skala Braden < 18), tidak memiliki hambatan untuk dilakukan perawatan pencegahan dekubitus (misal: cidera lumbal atau fraktur belum dilakukan fixasi karena berisiko dapat memperparah kondisi pasien), suhu tubuh dalam batas normal (36 sampai 37 derajat celcius, bersedia menjadi responden dan tidak alergi terhadap minyak zaitun. Instrumen yang digunakan berupa Lembar observasi dengan skala Braden. Analisis data dalam penelitian ini menggunakan uji Wilcoxon. Pengumpulan data dilakukan dengan skrining pada populasi untuk dijadikan responden yang sesuai dengan kriteria.	zaitun secara topikal dapat diterapkan untuk mencegah luka tekan dan pengaturan posisi miring 30 derajat pada pasien terbaring di tempat tidur di rumah sakit.

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

F. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Risiko Luka Tekan

1. Pengkajian

a) Identitas

Umur/usia perlu ditanyakan karena adanya hubungan dengan proses penyembuhan luka atau regenerasi sel. Pekerjaan dan hobi klien juga ditanyakan untuk mengetahui apakah klien banyak duduk atau sedikit beraktivitas sehingga terjadi penekanan pembuluh darah yang menyebabkan suplai oksigen berkurang menyebabka sel-sel mati, kulit pecah dan terjadilah lubang yang dangkal dan luka dekubitus pada permukaan.

b) Keluhan Utama

Adanya rasa risiko luka tekan pada daerah- daerah yang menonjol, misalnya pada daerah belakang kepala, daerah bokong, tumit, bahu, dan daerah pangkal paha yang mengalami ischemia sehingga terjadi luka tekan

c) Riwayat Penyakit Sekarang

adanya gatal, panas, mati rasa, immobilisasi, risiko luka tekan, demam, edema, dan neuropati.

d) Riwayat Personal dan Keluarga

Penyembuhan luka dapat dipengaruhi oleh penyakit – penyakit yang diturunkan seperti: DM, alergi, Hipertensi (stroke).

e) Riwayat Pengobatan

Apakah klien pernah menggunakan obat- obatan.

f) Riwayat Diet

Nutrisi yang kurang adekuat menyebabkan kulit mudah terkena lesi dan proses penyembuhan luka yang lama.

g) Riwayat Kesehatan, seperti:

a) Bed-rest yang lama
b) Immobilisasi
c) Inkontinensia

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

d) Nutrisi atau hidrasi yang inadekuat

h) Pengkajian Psikososial

Perasaan depresi, frustasi, asietas/kecemasan, keputusasaan.

i) Aktivitas Sehari-hari

Klien yang immobilisasi dalam waktu yang lama menyebabkan ulkus pada daerah yang menonjol karena berat badan bertumpu pada daerah kecil yang tidak banyak jaringan dibawah kulit untuk menahan kerusakan kulit. Jika terjadi paraplegi maka akan terjadi kekuatan otot tidak ada (pada ekstremitas bawah), penurunan peristaltik usus (terjadi konstipasi), nafsu makan menurun dan defisit sensori pada daerah yang paraplegi.

j) Pemeriksaan Fisik

1. *Breathing* (B1)

   Pada pasien dengan penurunan kesadaran, inspeksi didapatkan batuk karena peningkatan produksi sputum, sesak nafas, penggunaan otot bantu nafas, dan peningkatan frekuensi pernafasan. Auskultasi bunyi nafas tambahan seperti ronchi.

2. *Blood* (B2)

   Adanya renjatan syok hipovolemik yang sering terjadi pada pasien stroke. Tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi massif (tekanan darah sistole > 200 mmHg).

3. *Brain* (B3)

   Pengkajian tingkat kesadaran bisa menurun bila terjadi risiko luka tekan hebat (syok neurogenik) dan panas atau demam tinggi, mual muntah, dan kaku kuduk

4. *Bladder* (B4)

   adanya inkontinensia urin sementara karena ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural..

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

5. *Bowel* (B5)

   Adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual-muntah pada fase akut. Bentuk perut datar atau flat, bising usus mengalami penurunan karena inmobilisasi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus. Pada perkusi abdomen hypersonor jika dispensi abdomen atau tegang.

6. *Bone* (B6)

   Pada pasien stroke didapatkan hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh. Perlu juga dikaji tanda-tanda luka tekan terutama pada daerah yang menonjol karena pasien stroke mengalami masalah mobilitas fisik.

7. Pengkajian Fisik Kulit

   a. Inspeksi kulit

      a. Warna : dipengaruhi oleh aliran darah, oksigenasi, suhu badan dan produksi pigmen.

      b. Edema : Biasanya tampak edema berwarna pucat pada area sekitar yang mengalami penekanan/gesekan

      c. Kelembaban : kelembaban meningkat karena peningkatan aktivitas atau suhu lingkungan yang tinggi

      d. Integritas : lokasi, bentuk, warna, distribusi, apakah ada drainase atau infeksi.

      e. Kebersihan kulit : adanya maserasi kulit sehingga lebih mudah merusak kulit akibat gesekan dan gerakan.

      f. Vaskularisasi : Perdarahan dari pembuluh darah menghasilkan petechie dan echimosis.

      g. Palpasi kulit : Adanya lesi pada kulit, kelembaban, suhu, tekstur atau elastisitas, turgor kulit (Carpenito dalam (Anugrah, 2022)

Kemenkes Politekkes Bengkulu

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan ditegakkan berdasarkan PES, yaitu problem sebagai inti dari respon klien, Etiologi sebagai penyebab dari suatu masalah yang muncul, Sign and symptom sebagai tanda dan gejala dari suatu masalah. Salah-satu diagnosa yang dapat ditegakkan pada pasien *Stroke* yaitu Risiko Luka Tekan. Tanda dan gejala risiko jatuh.meliputi data mayor dan data minor yang terdiri dari data subyektif dan data obyektif menurut (SDKI, 2017), tanda dan gejala untuk masalah keperawatan yaitu :

a. Risiko luka tekan (D. 0144)

Definisi : yaitu berisiko mengalami cedera local pada kulit dan/ jaringan, biasanya pada tonjolan tulang akibat tekanan dan atau gesekan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Faktor Risiko :

1. Skor skala Braden Q ≤ 16 (anak) atau skor skala Braden < 18 (dewasa)	14. Berat badan lebih
2. Perubahan fungsi kognitif	15. Fraktur tungkai
3. Perubahan sensasi	16. Riwayat stroke
4. Skor ASA (*American in Sensation Anesthesiologist*) ≥ 2	17. Riwayat luka tekan
5. Anemia	18. Riwayat trauma
6. Penurunan mobilisasi	19. Hipertermi
7. Penurunan kadar albumin	20. Inkontinensia
8. Penurunan oksigenasi jaringan	21. Ketidakadekuatan nutrisi
9. Penurunan perfusi jaringan	22. Skor RAPS (*Risk Assesment Pressure Score*) rendah
10. Dehidrasi	23. Klasifikasi fungsional NYHA(*New York Heart Association*) ≥ 2
11. Kulit kering	24. Efek agen farmakologis (mis: anestesi umum, vasopressor, antidepressant, norepinefrin)
12. Edema	25. Imobilisasi fisik
13. Periode imobilisasi yang lama diatas permukaan yang keras	

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.3 Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
1.	Risiko Luka Tekan (D.0144)	Setelah Dilakukan Intervensi Keperawatan Selama 3x24 Jam, Diharapkan : **SLKI : Integritas Kulit Dan Jaringan (L.14125)** **Ekspetasi : Meningkat** Dengan Kriteria Hasil : 1. Perfusi Jaringan Meningkat 2. Kerusakan Jaringan Menurun 3. Kerusakan Lapisan Kulit Menurun 4. Nyeri Menurun 5. Kemerahan Menurun 6. Jaringan Parut Menurun 7. Nekrosis Menurun	**SIKI : Pencegahan luka tekan (I.14543)** **Observasi :** 1. Periksa luka tekan dengan menggunakan skala (mis: skala Noton, skala Braden) 2. Periksa adanya luka tekan sebelumnya 3. Monitor suhu kulit yang tertekan 4. Monitor ketat area yang memerah 5. Monitor kulit di atas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi 6. Monitor sumber tekanan atau gesekan 7. Monitor mobilitas dan aktivitas individu **Terapeutik :** 8. Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urin 9. Gunakan barier seperti lotion atau bantalan penyerap air 10. Ubah posisi dengan hati-hati setiap 1 – 2 jam	1. *Norton Scale* atau *Braden Scale* digunakan dalam menilai risiko terjadinya luka tekan pada pasien dengan bedrest tirah baring lama 2. adanya riwayat pasien dengan luka tekan sebelumnya dapat berisiko menyebabkan pasien mengalami luka tekan kembali 3. perubahan peningkatan suhu yang tiba-tiba dapat menyebabkan terjadinya luka kemerahan dan luka lecet saat tertekan 4. pemantauan dilakukan untuk mencegah terjadinya luka lecet, kemerahan merupakan tanda awal adanya masalah pada kulit 5. adanya penekanan pada kulit diatas tonjolan tulang dalam jangka waktu yang lama dapat menyebabkan terganggunya sirkulasi pada kulit dan jaringan 6. pemantauan dilakukan untuk meminimalkan adanya tekanan dan gesekan pada kulit pasien 7. Kemampuan pasien dalam mobilisasi dan aktivitas dapat menjadi factor utama luka

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

			11. Berikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang 12. Jaga sprai tetap kering, bersih dan tidak ada kerutan/lipatan 13. Gunakan Kasur khusus, jika perlu 14. Hindari pemijatan di atas tonjolan tulang 15. Hindari pemberian lotion pada daerah yang luka atau kemerahan 16. Hindari mengunakan air hangat dan sabun keras saat mandi 17. Pastikan asupan makanan yang cukup terutama protein, vitamin B dan C, zat besi, dan kalori **Edukasi :** 18. Jelaskan tanda-tanda kerusakan kulit 19. Anjurkan melapor jika menemukan tanda-tanda kerusakan kulit 20. Ajarkan cara merawat kulit ***Evidence based nursing*** *:* 1. Pemberian Posisi Miring Kanan Kiri (I. Setiawan et al., 2023) 2. Pemberian posisi *Triangle Pillow*	tekan 8. Kelembaban karena keringat, cairan luka, feses atau urine yang bersifat tidak bersih dapat memperberat terjadinya luka tekan 9. untuk meminimalisir dan menjaga kelembapan area kulit 10. Mengubah posisi secara teratur membantu memindahkan tekanan dan mencegah terjadinya luka tekan 11. Tonjolan tulang cenderung menekan lebih kuat pada permukaan tempat tidur atau kursi. Bantalan membantu menyebarkan tekanan ini, sehingga tidak ada satu titik yang mengalami tekanan berlebihan 12. untuk meminimalkan terjadinya gesekan antar permukaan kulit 13. penggunaan kasur khusus untu meminimalkan komplikasi dekubitus 14. untuk mencegah cedera pada jaringan lunak dan tulang di bawah kulit 15. Untuk mencegah iritasi lebih lanjut, memperburuk infeksi, dan menghambat proses penyembuhan dapat memicu reaksi alergi atau iritasi pada kulit yang sudah terluka atau mengalami kemerahan 16. Air hangat dan sabun keras dapat menyebabkan kulit kehilangan kelembaban alami, memicu iritasi, dan

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

			(Hawat & Arofiati, 2024) 3. Mobilisasi SIM'S (Marlina & Yulianingsih, 2023) 4. Penerapan Posisi Lateral 30 Derajat (Parwata & Suharto, 2022) 5. *Massase* Olive Oil (Widayati et al., 2023) (Aryani et al., 2022)	meningkatkan risiko masalah kulit seperti gatal, kemerahan, atau eksim 17. memenuhi kebutuhan nutrisi pasien dan mempercepat proses penyembuhan bila terjadi luka 18. agar keluarga dapat mengetahui kondisi kulit pasien dan memantau secara mandiri 19. untuk memprioritaskan kesehatan dan mencegah komplikasi yang lebih parah 20. Dengan memberikan edukasi kepada keluarga mengenai perawatan kulit, mereka dapat mengembangkan keterampilan merawat kulit dan membantu pasien dalam merawat luka atau masalah kulit

Kemenkes
Poltekkes Bengkulu

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Implementasi mencakup melakukan, membantu atau mengarahkan kinerja aktivitas kehidupan sehari-hari, memberikan arahan perawatan untuk mencapai tujuan yang berpusat pada klien dan mengevaluasi kerja anggota staf dan mencatat serta melakukan pertukaran informasi yang relevan dengan perawatan kesehatan berkelanjutan dari klien. (Potter & Perry, 2015).

5. Evaluasi Keperawatan

Tujuan dari evaluasi adalah untuk mengetahui sejauh mana perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Tahap akhir yang bertujuan untuk mencapai kemampuan klien dan tujuan dengan melihat perkembangan

Kemenkes
Poltekkes Bengkulu