

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit CVA(*Cerebro Vaskular Accident*)

2.1.1 Pengertian

Stroke atau *Cerebro Vaskuler Accident (CVA)* yaitu salah satu penyakit serius yang bisa di katakan dapat mengancam keselamatan jiwa. *CVA (Cerebro Vaskuler Accident)* merupakan suatu gangguan atau masalah kerusakan pada otak akibat dari tersumbatnya aliran darah atau suplai darah ke otak yang menyebabkan deficit neurologis mendadak akibat dari iskemia dan hemoragik sirkulasi saraf otak(Nurarif & Kusuma, 2015). Stroke adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan perubahan neurologis yang disebabkan oleh adanya gangguan suplai darah kebagian dari otak. Dua jenis stroke yang utama adalah iskemik dan hemoragik. Stroke iskemik disebabkan oleh adanya penyumbatan akibat gumpalan aliran darah baik itu sumbatan karena trombosis (pengumpulan darah yang menyebabkan sumbatan di pembuluh darah) atau embolik (pecahnya gumpalan darah /benda asing yang ada didalam pembuluh darah sehingga dapat menyumbat pembuluh darah kedalam otak) ke bagian otak. Perdarahan kedalam jaringan otak atau ruang subaraknoid adalah penyebab dari stroke hemoragik (Joyce & Jane, 2014).

2.1.2 Etiologi

Etiologi Stroke menurut Black & Hawks, (2014) adalah:

1. Thrombus

Penggumpalan mulai terjadi dari adanya kerusakan pada bagian garis edotelial dari pembuluh darah. Aterosklerosis menyebabkan zat lemak bertumpuk dan membentuk plak pada dinding pembuluh darah. Plak ini akan terus membesar dan menyebabkan penyempitan (stenosis) pada arteri. Stenosis ini yang menghambat aliran darah yang biasanya lancar pada arteri.

2. Embolisme

Sumbatan pada arteri cerebral yang disebabkan oleh embolus menyebabkan stroke embolik. Embolus dibagian luar otak, kemudian terlepas dan mengalir melalui sirkulasi serebral sampai embolus tersebut melekat pada pembuluh darah dan menyumbat arteri.

3. Perdarahan

Perdarahan intraserebral paling banyak disebabkan oleh adanya rupture arteriosklerosis dan hipertensi pembuluh darah yang bisa menyebabkan perdarahan ke jaringan otak. Stroke yang disebabkan dari perdarahan sering kali menyebabkan spasme pembuluh darah serebral dan iskemik pada serebral karena darah yang berada diluar pembuluh darah membuat membuat iritasi pada jaringan.

2.1.3 Klasifikasi Stroke:

Stroke di bedakan menjadi 2 macam yaitu stroke hemoragik dan stroke iskemik atau non-hemoragik. Stroke hemoragik yaitu dimana otak mengalami kebocoran atau pecahnya pembuluh darah di dalam otak, sehingga darah menggenangi atau menutupi ruang-ruang jaringan sel

otak(Feigin, 2007). Stroke iskemik atau non-hemoragik stroke yang disebabkan oleh suatu gangguan peredaran darah otak berupa obstruksi atau sumbatan yang menyebabkan hipoksia pada otak dan tidak terjadi perdarahan (AHA, 2015).

2.1.4 Patofisiologi

Otak kita sangat sensitif terhadap kondisi penurunan atau hilangnya suplai darah. Hipoksia dapat menyebabkan iskemik serebral karena tidak seperti jaringan pada bagian tubuh lain, misalnya otot, otak tidak bisa menggunakan metabolisme anaerobik jika terjadi kekurangan oksigen atau glukosa. Otak diperfusi dengan jumlah yang banyak dibandingkan dengan orang lain yang kurang vital untuk mempertahankan metabolisme serebral. Iskemik jangka pendek dapat mengarah pada penurunan sistem neurologi sementara atau *TIA (Transient Ischemic Attack)*. Jika aliran darah tidak diperbaiki, terjadi kerusakan yang tidak dapat diperbaiki pada jaringan otak atau infark dalam hitungan menit. Luasnya infark bergantung pada lokasi dan ukuran arteri yang tersumbat dan kekuatan sirkulasi kolateral ke arah yang disuplai. Iskemik dengan cepat bisa mengganggu metabolisme. Kematian sel dan perubahan yang permanen dapat terjadi dalam waktu 3-10 menit. Dalam waktu yang singkat pasien yang sudah kehilangan kompensasi autoregulasi akan mengalami manifestasi dari gangguan neurologi. Beberapa proses reaksi biokimia akan terjadi dalam hitungan menit pada kondisi iskemik serebral. Reaksi-reaksi tersebut seperti neurotoksin, oksigen radikal bebas, mikrooksidasi. Hal ini dikenal dengan perlukaan

sel-sel saraf sekunder. Bagian neuropenubra paling dicurigai terjadi sebagai akibat iskemik serebral. Bagian yang membengkak setelah iskemik bisa mengarah kepada penurunan fungsi saraf sementara. Edema bisa berkurang dalam beberapa jam atau hari klien bisa mendapatkan kembali beberapa fungsi-fungsinya (Joyce and Jane, 2014).

2.1.5 Manifestasi Klinis

Manifestasi yang timbul dapat berbagai macam tergantung dari berat ringannya lesi dan juga topisnya. Menurut (Widyanto dan triwibowo, 2013)Berikut ini merupakan manifestasi yang umum terjadi pada penderita stroke :

1) Kehilangan motorik Stroke adalah penyakit motor neuron atas dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Karena neuron atas melintas, gangguan kontrol motor voluter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motor paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu bagian tubuh). Bila stroke menyerang bagian kiri otak, terjadi hemiplegia kanan. Bila yang terserang adalah bagian kanan otak, yang terjadi adalah hemiplegi kiri dan yang lebih ringan disebut hemiperesis kiri.

2) Kehilangan komunikasi Disfungsi bahasa dan komunikasi dapat dimanifestasikan sebagai berikut:

1). Disartria (kesulitan berbicara), ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti (bicara pelo atau cedal) yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara.

- 2). Disfasia atau afasia (bicara defektif atau kehilangan bicara), yang terutama ekspresi atau reseptif.
 - 3). Apraksia (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya) seperti dilihat ketika penderita stroke mengambil sisir dan berusaha menyisir rambutnya.
- 3) Gangguan persepsi Persepsi adalah ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Stroke dapat mengakibatkan:
- 1) Disfungsi persepsi visual Terjadi karena gangguan jarak sensori primer diantara mata dan korteks visual.
 - 2) Gangguan hubungan visual spasial (mendapatkan gangguan dua atau lebih objek dalam area spasial). Sering terjadi pada klien hemiplegia kiri. Penderita mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.
 - 3) Kehilangan sensori Kehilangan sensori dapat berupa kerusakan sentuhan ringan atau mungkin berat dengan kehilangan propiosepsi (kemampuan untuk merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh) serta kesulitan dalam menginterpretasikan stimulus visual dan auditorius.
 - 4) Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologis Bila kerusakan terjadi pada lobus frontal, mempelajari kapasitas, memori, atau fungsi intelektual kortikal yang lebih tinggi mungkin rusak. Disfungsi ini dapat dibuktikan dalam lapang perhatian terbatas, kesulitan dalam pemahaman, lupa, dan kurang motivasi yang menyebabkan penderita menghadapi

masalah frustrasi. Masalah psikologik lain juga umumnya terjadinya dimanifestasikan oleh labilitas emosional, frustrasi, dendam dan kurang berkerja sama.

5) Disfungsi kandung kemih Setelah stroke, klien dapat mengalami inkontiensia urinarius sementara karena konfusi dan ketidakmampuan mengungkapkan kebutuhan.

2.1.6 Komplikasi

Komplikasi pada stroke non hemoragik adalah (Firdayanti, 2014):

1. Berhubungan dengan imobilisasi: infeksi pernafasan, nyeri pada daerah tertekan, konstipasi.
2. Berhubungan dengan paralise: nyeri punggung, dislokasi sendi, deformitas, terjatuh.
3. Berhubungan dengan kerusakan otak: epilepsy, sakit kepala.
4. Hidrosefalus

Sedangkan komplikasi yang paling umum dan penting dari stroke non hemoragik meliputi edema serebral, transformasi hemoragik, dan kejang (Jauch, 2016).

1. Edema serebral yang signifikan setelah stroke non hemoragi kini terjadi meskipun agak jarang (10-20%).
2. Indikator awal stroke non hemoragik yang tampak pada CT scan tanpa kontras adalah intrakranin dependen untuk potensi pembengkakan dan kerusakan. Manitol dan terapi lain untuk mengurangi tekanan intracranial dapat dimanfaatkan dalam situasi darurat, meskipun kegunaannya dalam pembengkakan sekunder

stroke non hemoragik lebih lanjut belum diketahui. Beberapa pasien mengalami transformasi hemoragik pada infark mereka. Hal ini diperkirakan terjadi pada 5% dari stroke non hemoragik yang tidak rumit, tanpa adanya trombolitik. Transformasi hemoragik tidak selalu dikaitkan dengan penurunan neurologis dan berkisar dari peteki kecil sampai perdarahan hematoma yang memerlukan evakuasi.

3. Insiden kejang berkisar 2-23% pada pasca-stroke periode pemulihan. Post-stroke non hemoragik biasanya bersifat fokal tetapi menyebar. Beberapa pasien yang mengalami serangan stroke berkembang menjadi *chronic seizure disorders*. Kejang sekunder dari stroke stroke non hemoragik harus dikelola dengan cara yang sama seperti gangguan kejang lain yang timbul sebagai akibat neurologis injury.

2.1.7 Pencegahan

Menurut Harsono (2011) upaya mencegah terjadinya stroke dibagi menjadi dua kategori yaitu pencegahan primer dan pencegahan sekunder. Pencegahan primer dilakukan apabila penyakit stroke belum terjadi, sedangkan pencegahan sekunder dilakukan perawatan atau pengobatan terhadap penyakit dasarnya.

1. Pencegahan Primer

Hal pertama kali untuk mencegah stroke adalah memodifikasi gaya hidup dalam segala hal, memodifikasi faktor resiko, dan bila perlu dilakukan terapi dengan obat untuk mengatasi penyakit dasarnya. Menjalani gaya hidup sehat dengan pola makan sehat, istirahat

cukup, mengelola stress, mengurangi kebiasaan yang dapat merusak tubuh seperti merokok, minum alkohol, makan berlebihan, mengurangi makan yang banyak mengandung lemak jenuh, aktif berolahraga.

2. Pencegahan Sekunder

Pasien stroke biasanya memiliki banyak faktor resiko yang harus diobati seperti tekanan darah, kencing manis, penyakit jantung koroner, kadar kolesterol LDL darah yang tinggi, kadar asam urat dalam darah yang tinggi. Pasien harus berhenti merokok, berhenti minum alkohol, menghindari stress serta rajin berolahraga. Jika memiliki riwayat diabetes maka harus mengkonsumsi obat diabetes secara teratur dan menjaga pola makan. Jika memiliki riwayat hipertensi harus mengkonsumsi obat hipertensi dengan teratur agar tekanan darah stabil. Teratur berolahraga dan mengkonsumsi makanan sehat yang kaya nutrisi serta rutin untuk mengecek kesehatan ke pelayanan kesehatan. Stroke adalah hasil akhir dari proses faktor resiko, oleh karena itu pencegahan sebaiknya menitik beratkan pada menjaga, mencegah dan mengatasi faktor resiko yang telah disebutkan diatas (R.A Naby1, 2012).

2.1.8 Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan medis

Terapi pada penderita stroke non hemoragik menurut Setyadi (2014) bertujuan untuk meningkatkan perfusi darah ke otak, membantu lisis bekuan darah dan mencegah trombosis lanjutan, melindungi

jaringan otak yang masih aktif dan mencegah cedera sekunder lain, beberapa terapinya adalah :

- a. Terapi trombolitik : menggunakan recombinant tissue plasminogen activator (RTPA) yang berfungsi memperbaiki aliran darah dengan menguraikan bekuan darah, tetapi terapi ini harus dimulai dalam waktu 3 jam sejak manifestasi klinis stroke timbul dan hanya dilakukan setelah kemungkinan perdarahan atau penyebab lain disingkirkan.
- b. Terapi antikoagulan : terapi ini diberikan bila penderita terdapat resiko tinggi kekambuhan emboli, infark miokard yang baru terjadi, atau fibrilasi atrial.
- c. Terapi antitrombotik : seperti aspirin, dipiridamol, atau klopidogrel dapat diberikan untuk mengurangi pembentukan trombus dan memperpanjang waktu pembekuan.
- d. Terapi suportif : yang berfungsi untuk mencegah perluasan stroke dengan tindakannya meliputi penatalaksanaan jalan nafas dan oksigenasi, pemantauan dan pengendalian tekanan darah untuk 13 mencegah perdarahan lebih lanjut, pengendalian hiperglikemi pada pasien diabetes sangat penting karena kadar glukosa yang menyimpang akan memperluas daerah infark.

2. Penatalaksanaan Keperawatan

a. Terapi Non Farmakologi

1) Perubahan Gaya Hidup Terapeutik

Modifikasi diet, pengendalian berat badan, dan peningkatan aktivitas fisik merupakan perubahan gaya hidup terapeutik yang penting untuk semua pasien yang berisiko aterotrombosis. Pada pasien yang membutuhkan terapi obat untuk hipertensi atau dislipidemia, obat tersebut harus diberikan, bukannya digantikan oleh modifikasi diet dan perubahan gaya hidup lainnya Agustina (2014). Diet tinggi buah-buahan sitrus dan sayuran hijau berbunga terbukti memberikan perlindungan terhadap stroke iskemik pada studi Agustina (2014).

2) Aktivitas fisik

Aktivasi fisik meningkatkan risiko penyakit jantung dan stroke setara dengan merokok, dan lebih dari 70% orang dewasa hanya melakukan sedikit latihan fisik atau bahkan tidak sama sekali, semua pasien harus diberitahu untuk melakukan aktivitas aerobik sekitar 30- 45 menit setiap hari dalam Agustina (2014). Latihan fisik rutin seperti olahraga dapat meningkatkan metabolisme karbohidrat, sensitivitas insulin dan fungsi kardiovaskular (jantung). Latihan juga merupakan komponen yang berguna dalam memaksimalkan program penurunan berat badan, meskipun pengaturan pola makan lebih efektif dalam menurunkan berat badan dan pengendalian metabolisme (Agustina, 2014).

b. Rehabilitasi Pemberian Stimulasi Dua Dimensi

1) Pengertian rehabilitasi

Rehabilitasi merupakan dasar dari program pemulihan penderita stroke (Wang, 2014). Rehabilitasi stroke merupakan sebuah program komprehensif yang terkoordinasi antara medis dan rehabilitasi yang bertujuan untuk mengoptimalkan dan memodifikasi kemampuan fungsional yang ada (Fitriani, 2016).

2) Tujuan rehabilitasi

Tujuan Rehabilitasi medis menurut Fitriani (2016) yaitu: Untuk Mengoptimalkan dan memodifikasi kempuan fungsional kemudian untuk Memperbaiki fungsi motorik, wicara, kognitif dan fungsi lain yang terganggu selanjutnya Membantu melakukan kegiatan aktivitas sehari-hari dan juga untuk Readaptasi sosial dan mental untuk memulihkan hubungan interpersonal dan aktivitas sosial

3) Kegiatan rehabilitasi pemberian stimulasi dua dimensi

Menurut (Lingga, 2013) program rehabilitasi mencakup berbagai macam kegiatan untuk melatih kembali fungsi tubuh pasien yang lemah akibat stroke yang dialami

4) Bentuk latihan fungsional tangan dengan cara menggenggam

sebuah benda berbentuk silindris 22 seperti tisu gulung pada telapak tangan, yang bertujuan untuk . Kegiatan yang dapat dilakukan dalam rehabilitasi medik pasien stroke meliputi:

(a) Latihan rentang gerak aktif dengan cylindrical grip

Pengertian latihan rentang gerak aktif asistif dengan cylindrical grip adalah latihan rentang gerak aktif merupakan latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki pergerakan sendi untuk meningkatkan masa otot dan kekuatan otot (Fitriani, 2016).

(b) Terapi musik

Pengertian terapi musik adalah terapi yang menggunakan musik secara terapeutik terhadap fungsi fisik, fisiologis, kognitif dan fungsi sosial (American Music Therapy Association). Musik merupakan seni mengatur suara dalam waktu yang berkelanjutan, terpadu dan menggugah komposisi melalui melodi, harmoni, ritme, dan timbre atau warna nada (Snyder, 2011).

Tujuan dan manfaat terapi musik Tujuan dan manfaat dari terapi musik yaitu untuk mengembalikan fungsi individu sehingga dapat mencapai kualitas hidup yang lebih baik, melakukan pencegahan, pengobatan, dan rehabilitasi dengan pemberian terapi karena musik dianggap mempunyai kekuatan untuk menyembuhkan (Fitriani, 2016).

Jenis musik yang diberikan untuk pasien stroke Jenis musik yang diberikan untuk pasien stroke adalah musik yang lembut dan getaran yang lambat (Fitriani, 2016)

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Firdayanti (2014), pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan yaitu sebagai berikut :

1. Angiografi serebral

Membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti perdarahan arteriovena atau adanya ruptur dan untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskular. Angiografi otak adalah penyuntikan suatu bahan yang tampak dalam citra sinar-X kedalam arteri-arteri otak. Pemotretan dengan sinar-X kemudian dapat memperlihatkan pembuluh-pembuluh darah di kepala dan leher. Angiografi otak menghasilkan gambar paling akurat mengenai arteri dan vena dan digunakan untuk mencari penyempitan atau perubahan patologis lain, misalnya aneurisma. Namun, tindakan ini memiliki resiko kematian pada satu dari setiap 200 orang yang diperiksa (Simangunsong, 2011).

2. Lumbal Pungsi

Lumbal pungsi adalah tindakan memasukkan jarum pungsi ke dalam ruang sub arachnoid meninges medula spinalis pada daerah cauda equina melalui daerah segmen lumbalis columna vertebralis dengan teknik yang ketat dan aseptik. Posisi pasien yaitu posisi tidur miring dengan fleksi maksimal dari lutut, paha, dan kepala semua mengarah ke perut, kepala dapat diberi bantal tipis. Hasil dari pemeriksaan lumbal pungsi yaitu tekanan yang meningkat dan disertai bercak darah pada cairan lumbal menunjukkan adanya hemoragi pada subaraknoid

atau perdarahan pada intrakranial. Peningkatan jumlah protein menunjukkan adanya proses inflamasi. Hasil pemeriksaan likuor merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (xantokrom) sewaktu hari-hari pertama.

3. CT Scan (*Computerized Tomography Scanning*)

Pemindaian ini memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia, dan posisinya secara pasti. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan hiperdens fokal, kadang pepadatan terlihat di ventrikel, atau menyebar ke permukaan otak, CT scan dapat memberi hasil negatif - semu (yaitu, tidak memperlihatkan adanya kerusakan) hingga separuh dari semua kasus stroke iskemik (Simangunsong, 2011).

4. MRI

MRI (*Magnetic Resonance Imaging*) menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan besar / luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik. Mesin MRI menggunakan medan magnetik kuat untuk menghasilkan dan mengukur interaksi antara gelombang-gelombang magnet dan nukleus di atom yang bersangkutan (misalnya nukleus Hidrogen) di dalam jaringan kepala. Pemindaian dengan MRI biasanya berlangsung sekitar 30 menit. (Simangunsong, 2011).

5. USG Doppler

Untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis).

6. EEG

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.

7. EKG

EKG digunakan untuk mencari tanda-tanda kelainan irama jantung atau penyakit jantung sebagai kemungkinan penyebab stroke. Prosedur EKG biasanya membutuhkan waktu hanya beberapa menit serta aman dan tidak menimbulkan nyeri (Simangunsong, 2011).

8. Pemeriksaan darah dan urine

Pemeriksaan ini dilakukan secara rutin untuk mendeteksi penyebab stroke dan untuk menyingkirkan penyakit lain yang mirip stroke.

Pemeriksaan yang direkomendasikan:

a. Hitung darah lengkap

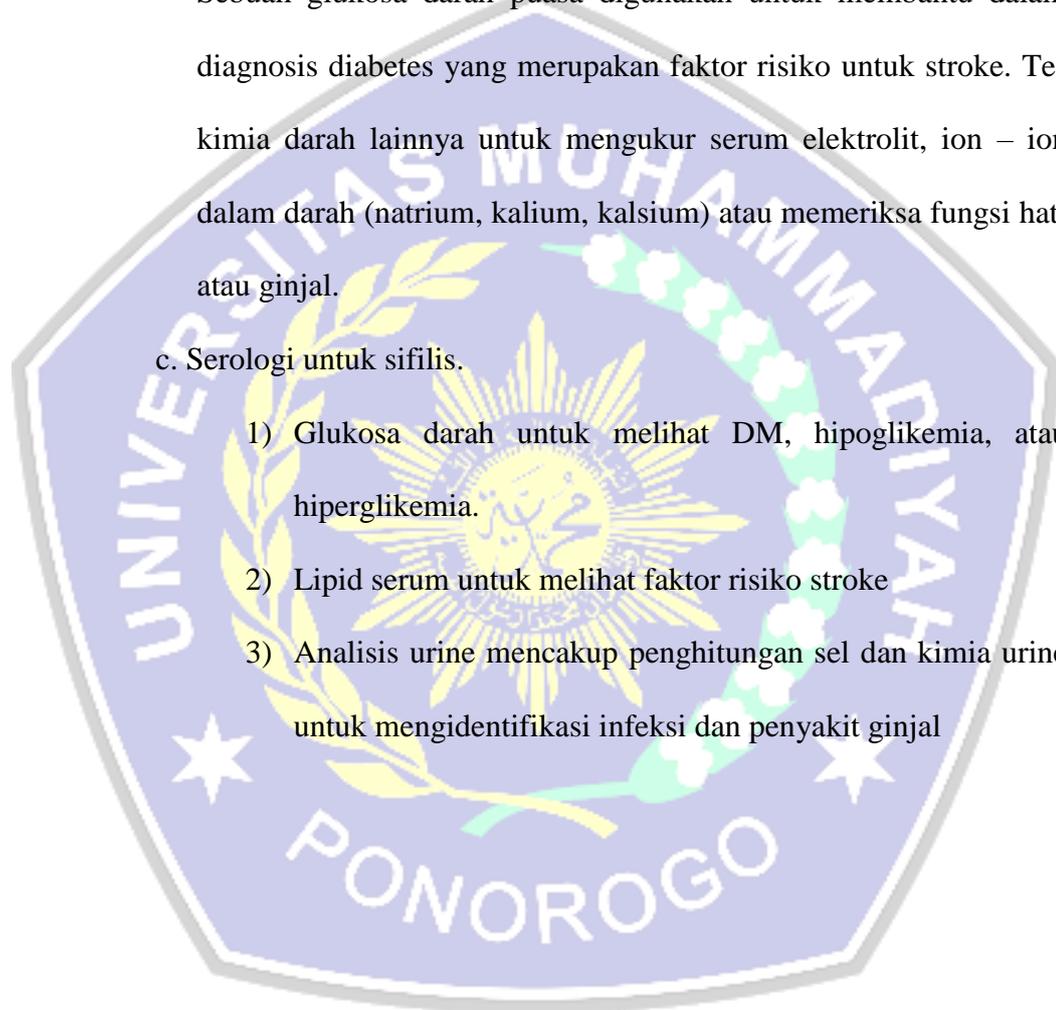
Merupakan tes rutin untuk menentukan jumlah sel darah merah, sel darah putih, trombosit dalam darah. Hematokrit dan hemoglobin adalah ukuran jumlah sel darah merah. Hitung darah lengkap dapat digunakan untuk mendiagnosis anemia atau infeksi. Hitung darah lengkap digunakan untuk melihat penyebab stroke seperti trombositosis, trombositopenia, polisitemia, anemia (termasuk sikle cell disease).

b. Tes koagulasi

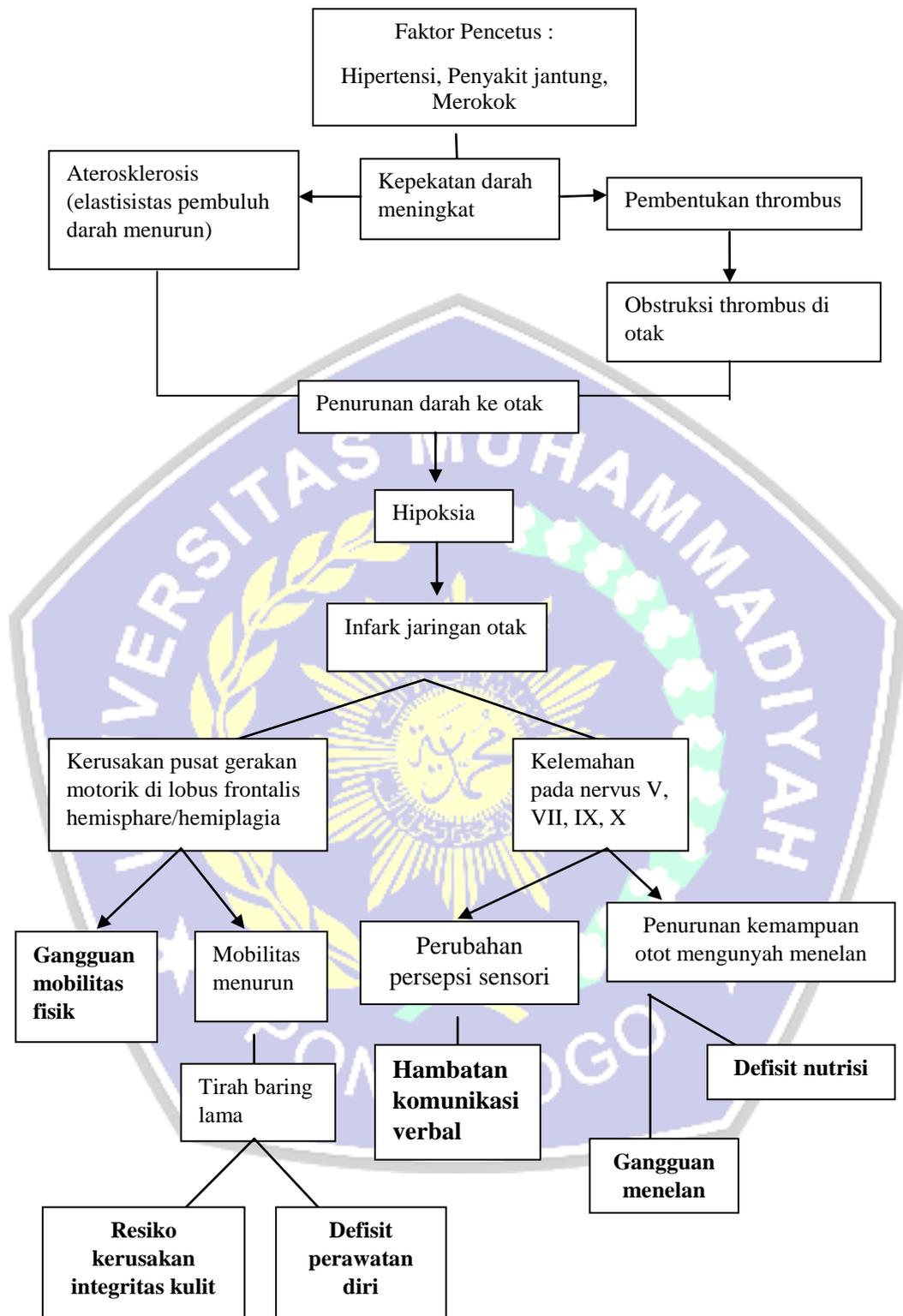
Tes ini mengukur seberapa cepat bekuan darah. Tes yang paling penting dan evaluasi darurat stroke adalah glukosa (atau gula darah), karena tingkat glukosa darah yang tinggi atau terlalu rendah dapat menyebabkan gejala yang mungkin keliru untuk stroke. Sebuah glukosa darah puasa digunakan untuk membantu dalam diagnosis diabetes yang merupakan faktor risiko untuk stroke. Tes kimia darah lainnya untuk mengukur serum elektrolit, ion – ion dalam darah (natrium, kalium, kalsium) atau memeriksa fungsi hati atau ginjal.

c. Serologi untuk sifilis.

- 1) Glukosa darah untuk melihat DM, hipoglikemia, atau hiperglikemia.
- 2) Lipid serum untuk melihat faktor risiko stroke
- 3) Analisis urine mencakup penghitungan sel dan kimia urine untuk mengidentifikasi infeksi dan penyakit ginjal



2.1.10 Pathway



Gambar 2.1 Gambar Pathway Stroke(Muttaqin, 2011)

2.2 Konsep Kerusakan Integritas Kulit

Kerusakan integritas kulit dapat berasal dari luka karena trauma dan pembedahan, namun dapat disebabkan juga karena kulit tertekan dalam waktu yang lama yang menyebabkan iritasi dan akan berkembang menjadi dekubitus atau luka tekan. Dekubitus juga beresiko tinggi pada orang-orang yang mengalami kerusakan syaraf, misalnya akibat stroke, trauma cidera dan diabetes serta koma, namun saat ini masih banyak terdapat pasien stroke yang mengalami dekubitus tersebut lebih banyak terjadi di bagian tulang belakang atau punggung (Sari, 2017).

Kerusakan integritas kulit jika di biarkan tanpa adanya perawatan yang khusus akan berkembang menjadi ulkus dekubitus yang merupakan masalah global, tidak hanya dinegara berkembang tapi juga di negara – negara maju (Maryunani, 2015). Salah satu faktor risiko terjadinya luka dekubitus yaitu penyakit gangguan persyarafan, seperti penyakit stroke, yang dapat menyebabkan imobilisasi sehingga memiliki kemungkinan besar klien beristirahat terlalu lama, serta memiliki gangguan sirkulasi. Imobilisasi pada tempat tidur secara pasif dan berbaring (lebih dari 2 jam), tekanan pada daerah tulang yang menonjol dapat mengalami iskemik dan nekrosis jaringan kulit (Maryunani, 2015). Dampak terjadinya dekubitus dapat menyebabkan nyeri berkepanjangan, rasa tidak nyaman, serta komplikasi berat seperti sepsis infeksi kronis, selulitis, osteomielitis, dan peningkatan mortalitas. Braden dan Bergstrom tahun 1987 dan 2000 mengembangkan skema faktor risiko terjadinya luka tekan atau dekubitus yang menggabungkan faktor intrinsik dan ekstrinsik. Faktor intrinsik

antara lain nutrisi, usia, tekanan arteriolar, mobilitas. Sedangkan faktor ekstrinsik antara lain kelembaban, friksi (gesekan), shear (pergesekan/ tenaga yang merobek), persepsi sensorial (Maryunani, 2015).

Upaya dalam pencegahan kerusakan kulit menurut Rosdahl (2015) yaitu membagi menjadi 3 kategori antara lain perlindungan kulit, membran mukosa yakni dengan memperhatikan kebersihan dan kelembaban kulit secara cermat, serta memberikan bantalan di daerah yang menonjol sebagai bantalan. Kedua teknik penurunan tekanan dengan memindahkan posisi klien minimal setiap 2 jam sekali, meninggikan kepala tidak lebih dari 30 derajat untuk mencegah gesekan, meninggikan tumit hingga tidak menyentuh tempat tidur (lebih baik daripada memberi bantalan di tumit). Ketiga alat penurun tekanan yaitu dengan memberikan tempat tidur dan kasur yang khusus. Selain itu perawat juga harus melakukan pengkajian risiko adanya kerusakan integritas kulit pada saat masuk di lingkungan pelayanan kesehatan, yakni dengan mengkaji adanya faktor risiko intrinsik dan ekstrinsik, menginspeksi kulit dari kepala sampai kaki secara teratur, mengkaji adanya mobilisasi, mengkaji adanya friksi dan shearing (pergesekan dan pergeseran), mengkaji status nutrisi, mengkaji parameter laboratorium terhadap status nutrisi, mengkaji adanya riwayat ulkus (Maryunani, 2015).

Luka dideskripsikan sebagai cedera fisik yang menyebabkan kerusakan kulit atau membran mukosa. Jenis luka yang paling umum adalah luka trauma (tidak disengaja atau dibuat oleh diri sendiri), insisi bedah, dan beberapa jenis ulkus. Ulkus eksternal adalah efek atau

kerusakan di kulit yang disebabkan oleh peluruhan jaringan inflamasi yang telah mati, ulkus juga dapat terjadi dalam membran mukosa (Widiarti Anastasia, 2015).

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan dimaksudkan untuk memberikan bantuan, bimbingan, pengawasan, perlindungan, dan pertolongan secara individu maupun kelompok, seperti di rumah/lingkungan keluarga, puskesmas, dan di rumah sakit yang diberikan oleh perawat. Pendekatan yang digunakan adalah proses keperawatan yang meliputi pengkajian (*Assesment*), merumuskan diagnosis keperawatan (*nursing diagnosis*), merencanakan tindakan keperawatan (*nursing intervention*), melaksanakan tindakan keperawatan (*implementation*), dan melakukan penilaian atau evaluasi (*evaluation*) (Sunaryo, dkk, 2016).

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Sunaryo, dkk, 2016)

1. Pengkajian

1. Identitas Klien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin (biasanya sering terjadi pada laki-laki, hal ini disebabkan oleh gaya hidup merokok misalnya. Asap rokok yang masuk ke dalam tubuh, membuat dinding pembuluh darah jadi tidak licin lagi sehingga

membuat plak-plak seperti kolesterol mudah menempel sehingga menyumbat pembuluh darah. Jika penyumbatan terjadi di otak membuat darah tak mampu menutrisi dan membawa oksigen pada sel-sel saraf sehingga membuat mati dan muncullah stroke.), pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan MRS, nomer register dan diagnosa medis.

2. Keluhan Utama

Biasanya yang menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan adalah kelemahan padasalah satu sisi anggota gerak badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi dan penurunan tingkat kesadaran.

3. Data Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Penyakit Sekarang

Serangan stroke berlangsung secara tiba-tiba, mungkin saat klien sedang melakukan aktivitas ataupun sedang beristirahat. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah, bahkan kejang sampai tidak sadarkan diri, selain gejala kelumpuhan sebagian badan atau gangguan fungsi otak lainnya.

b. Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya riwayat hipertensi, Hasil penelitian menunjukkan bahwa hipertensi merupakan penyebab utama terjadinya stroke. Karena tekanan darah yang tinggi mengakibatkan kerusakan sel-sel endotel pembuluh darah yang menimbulkan jejas pada rongga vaskuler. Pada akhirnya jejas atau lesi vaskuler tersebut memicu terjadinya trombosis dan terjadi aterosklerosis yang membuat pembuluh

darah menyempit sehingga suplai darah ke otak menurun yang mengakibatkan kerusakan sel-sel neuron pada sistem saraf pusat.

c. Riwayat Penyakit Keluarga

Apakah ada riwayat keluarga yang memiliki hipertensi, diabetes mellitus atau adanya riwayat stroke dari generasi sebelumnya.

4. Riwayat psikososial dan spiritual

Peranan pasien dalam keluarga, status emosi meningkat, interaksi meningkat, interaksi sosial terganggu, adanya rasa cemas yang berlebihan. Dan apakah klien rajin dalam melakukan ibadah sehari-hari.

5. Aktivitas sehari-hari

a. Nutrisi

Makan sehari-hari klien apakah makanan yang mengandung lemak, makanan apa yang sering dikonsumsi oleh pasien, misalnya : masakan yang mengandung garam, santan, goreng-gorengan, suka makan hati, limpa, usus dan bagaimana nafsu makan klien. Biasanya terjadi gangguan nutrisi karena adanya gangguan menelan pada pasien stroke hemoragik sehingga menyebabkan penurunan berat badan.

b. Minum

Apakah ada ketergantungan mengkonsumsi obat, narkoba, minuman yang mengandung alcohol dan juga cafein.

c. Eliminasi

Biasanya terjadi inkontinensia urin dan pada pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik.

d. Aktivitas dan latihan

Biasanya pasien tidak dapat beraktifitas karena mengalami kelemahan, kehilangan sensori, hemiplegia tau kelumpuhan.

e. Tidur dan istirahat

Biasanya pasien mengalami kesukaran untuk beristirahat karena adanya kejang otot/ nyeri otot.

2. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan secara sistematis, baik secara inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Pemeriksaan fisik dilakukan secara *head to toe* (kepala ke kaki) dan *review of system* (sistem tubuh) (Tarwoto, 2013).

a. Keadaan Umum

Klien yang mengalami gangguan muskuloskeletal keadaan umumnya lemah. Timbang berat badan klien, adakah gangguan penyakit karena obesitas atau malnutrisi.

b. Kesadaran

Biasanya pada pasien stroke mengalami tingkat kesadaran somnolen, apatis, spoor, sporos coma dengan GCS <2 pada awal terserang stroke. Sedangkan pada saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran lateragi dan compos metis dengan GCS 13-15.

c. Tanda-tanda Vital

- 1) Tekanan darah biasanya pasien dengan stroke non hemoragik memiliki darah tinggi dengan tekanan systole > 140 dan diastole > 80
- 2) Nadi: Nadi biasanya normal
- 3) Pernafasan : biasanya pasien stroke non hemoragik mengalami gangguan pada bersihan jalan napas
- 4) Suhu : biasanya tidak ada masalah suhu pada pasien dengan stroke non hemoragik.

d. Pemeriksaan *Head to toe* menurut Tarwoto (2013) :

1) Pemeriksaan kepala dan muka

Umumnya kepala dan wajah simetris, wajah pucat. Pada pemeriksaan Nervus V (Trigeminal) : biasanya pasien bisa menyebutkan lokasi usapan dan pada pasien koma, ketika diusap kornea mata dengan kapas halus, klien akan menutup kelopak mata. Sedangkan pada Nervus VII (facialis) : biasanya alis mata simetris, dapat mengangkat alis, mengerutkan dahi, mengembungkan pipi, saat pasien mengembungkan pipi tidak simetris kiri dan kanan tergantung lokasi lemah dan saat diminta mengunyah pasien kesulitan untuk mengunyah.

2) Mata

Biasanya konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor, kelopak mata tidak oedema. Pada pemeriksaan Nervus II (optikus): biasanya luas pandang baik 90 derajat .

Pada pemeriksaan Nervus III (okulomotoris): Biasanya reflek kedip dapat dinilai jika pasien bisa membuka mata. Nervus IV (troklearis) : biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan bawah. Nervus VI (abduksen) biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke kiri dan ke kanan.

3) Hidung

Biasanya simetris kiri dan kanan, tidak ada pernafasan cuping hidung. Pada pemeriksaan Nervus I (olfaktorius) : kadang ada yang bisa menyebutkan bau yang diberikan perawat namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda dan pada Nervus VIII (akustikus) : biasanya pada pasien yang tidak lemah anggota gerak atas dapat melakukan keseimbangan gerak tangan-hidung.

4) Mulut dan gigi

Biasanya pada pasien apatis, spoor, spoors koma hingga koma akan mengalami masalah bau mulut, gigi kotor, mukosa bibir kering. Pada pemeriksaan Nervus VII (fasialis) : biasanya lidah mendorong pipi kiri dan kanan, bibir simetris, dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin. Pada Nervus IX (glossofaringeal) : biasanya ovula yang terangkat tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang lemah dan pasien dapat merasakan rasa asam dan pahit. Pada Nervus XII (hipoglossus): biasanya pasien dapat menjulurkan lidah dan dapat

dipencongkan ke kiri dan kanan namun artikulasi kurang jelas saat bicara.

5) Telinga

Biasanya daun telinga sejajar kiri dan kanan. Pada pemeriksaan Nervus VIII (akustikus): biasanya pasien kurang bisa mendengar gesekan jari dari perawat tergantung dimana lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengar jika suara keras dan dengan artikulasi yang jelas.

6) Leher

Bentuk leher, ada atau tidak pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada pembesaran vena jugularis. Biasanya keadaan leher normal

7) Dada thorax

Pemeriksaan yang dilakukan pemeriksaan bentuk dada, retraksi, suara nafas, sura tambahan, suara jantung tambahan, ictus cordis, dan keluhan yang di rasakan. Umumnya tidak ada gangguan.

8) Abdomen

Pemeriksaan bentuk perut, ada atau tidak nyeri tekan, kembung, keadaan bising usus, keluhan yang dirasakan. Umumnya tidak terdapat gangguan

9) Genetalia

Kebersihan genetalia, terdapat rambut pubis atau tidak, terdapat hemoroid atau tidak. Umumnya tidak ada gangguan pada genetalia

10) Ekstermitas

Keadaan rentang gerak biasanya terbatas, tremor, edema, nyeri tekan, penggunaan alat bantu, biasanya mengalami penurunan kekuatan otot (skala 1-5):

Kekuatan otot :

0 : Lumpuh

1 : Ada kontraksi

2 : Melawan gravitasi dengan sokongan

3 : Melawan gravitasi tapi tidak ada lawanan

4 : Melawan gravitasi dengan tahanan sedikit

5 : Melawan gravitasi dengan kekuatan penuh

11) Integumen

a) Inspeksi : Melihat adanya kemerahan atau lecet di daerah yang tertekan atau menonjol

b) Palpasi : Meraba atau mengecek seberapa lebar luka dan kondisi kulit di sekitar area yang mengalami luka

c) Perkusi : Menekan daerah sekitar luka untuk melihat adanya nyeri tekan

3. Pemeriksaan Nervus

Pemeriksaan syaraf kranial menurut Judha, M dan Rahil, H.N (2011)

- a. Olfaktorius (N.I): Untuk menguji saraf penciuman dengan menggunakan bahan- bahan yang tidak merangsang seperti kopi, tembakau, parfum atau rempah-rempah. Letakkan salah satu bahan tersebut di depan salah satu lubang hidung orang tersebut sementara lubang hidung yang lain kita tutup dan pasien menutup matanya. Kemudian pasien diminta untuk memberitahu saat mulai tercium baunya bahan tersebut dan kalau mungkin mengidentifikasi bahan yang diciumnya. Hasil pemeriksaan normal mampu membedakan zat aromatis lemah.
- b. Optik (N.II): Ada enam pemeriksaan yang harus dilakukan yaitu penglihatan sentral, kartu snellen, penglihatan perifer, refleks pupil, fundus kopi dan tes warna. Untuk penglihatan sentral dengan menggabungkan antara jari tangan, pandangan mata dan gerakan tangan. Kartu snellen yaitu kartu memerlukan jarak enam meter antara pasien dengan tabel, jika ruangan tidak cukup luas bisa diakali dengan cermin. Penglihatan perifer dengan objek yang digunakan (2 jari pemeriksa / ballpoint) di gerakan mulai dari lapang pandangan kanan dan ke kiri, atas dan bawah dimana mata lain dalam keadaan tertutup dan mata yang diperiksa harus menatap lurus dan tidak menoleh ke objek tersebut. Refleks pupil dengan menggunakan senter kecil , arahkan sinar dari samping (sehingga pasien memfokus pada cahaya dan tidak berakomodasi) ke arah

satu pupil untuk melihat reaksinya. Fundus kopi dengan menggunakan alat oftalmoskop, mengikuti perjalanan vena retinalis yang besar ke arah diskus, dan tes warna dengan menggunakan buku Ishi Hara's Test untuk melihat kelemahan seseorang dalam melihat warna, Biasanya terdapat gangguan penglihatan.

- c. Okulomotoris (N.III): Meliputi gerakan pupil dan gerakan bola mata. Mengangkat kelopak mata ke atas, konstriksi pupil, dan sebagian besar gerakan ekstra okular.
- d. Troklearis (N.IV): Meliputi gerakan mata ke bawah dan ke dalam.
- e. Trigemini (N.V): Mempunyai tiga bagian sensori yang mengontrol sensori pada wajah dan kornea serta bagian motorik mengontrol otot mengunyah.
- f. Abduksen (N.VI) : Merupakan syaraf gabungan, tetapi sebagian besar terdiri dari saraf motoric. Fungsinya untuk melakukan gerakan abduksi mata.
- g. Fasialis (N.VII) : Pemeriksaan dilakukan saat pasien diam dan atas perintah (tes kekuatan otot) saat pasien diam diperhatikan asimetri wajah. Mengontrol ekspresi dan simetris wajah.
- h. Vestibul koklearis (N.VIII) : Pengujian dengan gesekan jari, detik arloji dan audiogram. Mengontrol pendengaran dan keseimbangan.
- i. Glasofaringeus (N.IX) : Menyentuh dengan lembut, bagian belakang faring pada setiap sisi dengan spacula. Refleks menelan dan muntah.

- j. Vagus (N.X) : Inspeksi dengan senter perhatikan apakah terdapat gerakan uvula. Mempersarafi faring, laring dan langit lunak.
- k. Aksesorius (N.XI) : Pemeriksaan dengan cara meminta pasien mengangkat bahunya dan kemudian rabalah massa otot dan menekan ke bawah kemudian pasien disuruh memutar kepalanya dengan melawan tahanan (tangan pemeriksa). Mengontrol pergerakan kepala dan bahu.
- l. Hipoglossus (N.XII) : Pemeriksaan dengan inspeksi dalam keadaan diam didasar mulut, tentukan adanya artrofi dan fasikulasi. Mengontrol gerak lidah.

4. Pemeriksaan Reflek

a. Reflek Fisiologis

1) Reflek Biceps

Posisi : Dilakukan dengan pasien duduk, dengan membiarkan lengan untuk beristirahat di pangkuan pasien, atau membentuk sudut sedikit lebih dari 90 derajat di siku. Minta pasien memfleksikan di siku sementara pemeriksa mengamati dan meraba fossa antecubital. Tendon akan terlihat dan terasa seperti tali tebal.

Cara : Ketukkan pada jari pemeriksa yang ditempatkan pada tendon m.biceps brachii, posisi lengan setengah ditekuk pada sendi siku.

Respon : Fleksi lengan pada sendi siku

2) Reflek Triceps

Posisi : Dilakukan dengan pasien duduk dan perlahan tarik lengan keluar dari tubuh pasien, sehingga membentuk sudut kanan di bahu atau lengan bawah harus menjuntai ke bawah langsung di siku.

Cara : Ketukkan pada tendon otot triceps, posisi lengan fleksi pada sendi siku dan sedikit pronasi

Respon : Ekstensi lengan bawah pada sendi siku.

3) Reflek Brachioradialis

Posisi : Dapat dilakukan dengan duduk. Lengan bawah harus beristirahat longgar di pangkuan pasien (hampir sama dengan posisi pada reflek biceps)

Cara : Ketukkan pada tendon otot brachioradialis (tendon melintasi sisi ibu jari pada lengan bawah) jari-jari sekitar 10 cm proksimal pergelangan tangan. Posisi lengan fleksi pada sendi siku dan sedikit pronasi.

Respon : Fleksi pada lengan bawah, supinasi pada siku dan tangan

4) Reflek Patella

Posisi : Dapat dilakukan dengan duduk atau berbaring terlentang

Cara : Ketukkan pada tendon patella

Respon : Ekstensi tungkai bawah karena kontraksi m.quadriceps femoris

5) Reflek Achilles

Posisi : Pasien duduk dengan posisi kaki menggantung di tepi meja atau dengan berbaring terlentang dengan posisi kaki diatas kaki yang lain

Cara : Ketukkan pada tendon achilles

Respon : Plantar fleksi kai karena kontaksi m.gastroenemius

b. Reflek Patologis

1) Reflek Babinski

Posisi : Pasien diposisikan berbaring terlentang dengan kedua kaki diluruskan, posisi tangan kiri pemeriksa memegang pergelangan kaki pasien agar kaki tetap pada tempatnya

Cara : Lakukan penggoresan telapak kaki bagian lateral dari posterior ke anterior

Respon : positif apabila terdapat gerakan dorsofleksi ibu jari kaki dan pengembangan jari kaki lainnya

2) Reflek Chaddock

Cara : Penggoresan kulit dorsum pedis bagian lateral sekitar maleolus lateralis dari posterior ke anterior

Respon : Positif apabila ada gerakan dorsofleksi ibu jari disertai pengembangan jari-jari kaki lainnya (reflek seperti babinski)

3) Reflek Schaeffer

Cara : Menekan tendon achilles

Respon : Amati ada tidaknya gerakan dorsofleksi ibu jari kaki, disertai mekarnya (fanning) jari-jari kaki lainnya

4) Reflek Oppenheim

Cara : Penggoresan atau pengurutan dengan cepat krista anterior tibia dari proksimal ke distal

Respon : Amati ada tidaknya gerakan dorsofleksi ibu jari kaki, disertai mekarnya (fanning) jari-jari kaki lainnya

5) Reflek Gordon

Cara : Memberi penekanan pada musculus gastrocnemius (otot betis)

Respon : Amati ada tidaknya dorsofleksi ibu jari kaki, disertai mekarnya (fanning) jari-jari kaki lainnya

6) Ankle Clonus

Posisi : Pasien tidur terlentang atau setengah duduk

Cara : Lutut dalam posisi fleksi, dan dengan cara manual lakukan gerakan dorsofleksi secara kejut

Respon : Positif bila terjadi gerakan dorso/plantar fleksi yang terus menerus

7) Knee Clonus

Posisi : Pasien dalam posisi duduk di tepi bed

Cara : Dilakukan ketukan dengan reflek hammer pada tendon patella

Respon : Positif bila terjadi gerakan fleksi/ekstensi yang terus menerus pada lututnya

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Mutaqin (2011) :

1. Resiko kerusakan integritas kulit b.d penurunan mobilitas
2. Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot
3. Hambatan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskuler
4. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan
5. Defisit perawatan diri b.d gangguan muskuloskeletal
6. Gangguan menelan b.d gangguan saraf kranialis

2.3.3 Rencana Asuhan Keperawatan

Perencanaan asuhan keperawatan meliputi pengembangan strategi desain untuk mengurangi, mencegah, atau mengkoreksi, masalah-masalah yang telah diidentifikasi pada diagnosa keperawatan. Pada tahap ini dimulai setelah menentukan diagnosa keperawatan dan menyimpulkan rencana asuhan keperawatan yang akan disusun harus mempunyai beberapa komponen, yaitu prioritas masalah, kriteria hasil, intervensi, dan pendokumentasian. Komponen-komponen tersebut sangat membantu pada proses evaluasi keberhasilan asuhan keperawatan yang telah diimplementasikan (Nursalam, 2011)

Tabel 2.1 Rencana Keperawatan (SIKI-SLKI)

Diagnosa Keperawatan	Luaran	Intervensi
Resiko kerusakan integritas kulit b.d tirah penurunan kekuatan otot	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam di harapkan kondisi pasien semakin meningkat atau membaik dengan kriteria hasil:	1. Berikan cairan infus RL dengan perhatian ketat
Definisi : Kerusakan integritas kulit adalah dimana keadaan individu berisiko mengalami kerusakankulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen). (SDKI, 2016)	1. TTV dalam batas normal 2. Elastisitas, Hidrasi, Perfusi jaringan meningkat 3. Nyeri, Perdarahan, Kemerahan, Hematoma, Pigmentasi abnormal, Jaringan parut, Nekrosis, Abrasi kornea menurun. 4. Suhu kulit, Sensasi, Tekstur dan Pertumbuhan rambut membaik.	2. Pengaturan posisi atau tindakan ROM secara berkala 3. Melakukan tindakan massage pada area yang mengalami kemerahan 4. Memberikan salep atau obat kulit pada area luka dekubitus
	(SLKI, 2018)	(SIKI, 2018)

2.3.4 Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditunjukkan kepada nursing olders untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu

rencana intervensi yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan pasien (Nursalam,2008).

Menurut Kozier, dkk (2010) dalam Deden Dermawan (2012), dalam implementasi tindakan keperawatan, memerlukan beberapa pertimbangan antara lain :

1. Melibatkan pasien dengan memertimbangkan energy yang dimiliki, penyakitnya, hakikat stressor, keadaan psiko-sosio-kultural, pengertian terhadap penyakit dan intervensi.
2. Pencegahan terhadap komplikasi yang mungkin terjadi
3. Penampilan perawat yang bijaksana dari segala kegiatan yang dilakukan kepada pasien
4. Individualitas pasien, dengan mengomunikasikan makna dasar dari suatu implementasi keperawatan yang akan dilakukan
5. Mempertahankan kondisi tubuh agar penyakit tidak menjadi lebih parah serta upaya peningkatan kesehatan.
6. Upaya rasa aman dan bantuan kepada pasien dalam memenuhi kebutuhannya.

Beberapa prinsip atau pedoman dalam pelaksanaan implementasi keperawatan menurut Kozier, dkk (2010) dalam Dermawan (2012), adalah sebagai berikut :

1. Berdasarkan ilmu pengetahuan dan hasil penelitian keperawatan dan standar pelayanan professional dan hukum dan kode etik keperawatan.
2. Berdasarkan respon pasien
3. Berdasarkan penggunaan sumber-sumber yang tersedia

4. Memberikan penelitian & dukungan dan bantuan
5. Mengerti dengan jelas pesan-pesan yang ada dalam rencana intervensi keperawatan
6. Menekankan pada aspek pencegahan dan upaya peningkatan status kesehatan
7. Sesuai dengan tanggung jawab dan tanggung gugat profesi keperawatan.
8. Harus dapat menciptakan adaptasi dengan pasien sebagai individu dalam upaya meningkatkan peran serta untuk merawat diri sendiri
9. Dapat menjaga rasa aman & harga diri dan melindungi pasien
10. Kerjasama dengan profesi lain
11. Bersifat holistik
12. Melakukan dokumentasi

2.3.5 Evaluasi

Tahap terakhir adalah proses evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara bersambungan dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga kesehatannya. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada perencanaan apakah masalah klien bisa teratasi, teratasi sebagian, atau belum teratasi (Wahyuni, 2016).

Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien digunakan komponen SOAP yaitu:

1. S : Data Subyektif

Perkembangan keadaan yang didasarkan pada apa yang dirasakan, dikeluhkan dan dikemukakan pasien.

2. O : Data Obyektif

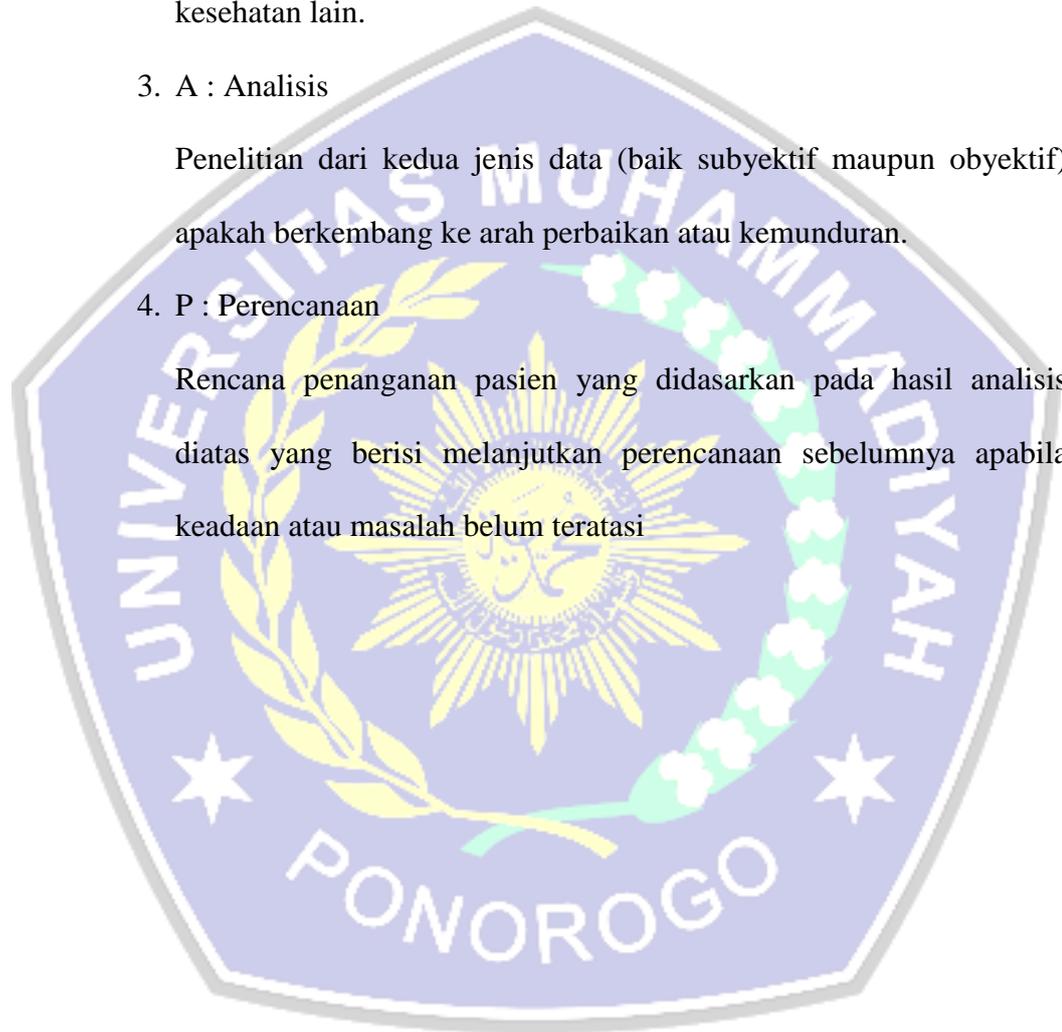
Perkembangan yang bisa diamati dan diukur oleh perawat atau tim kesehatan lain.

3. A : Analisis

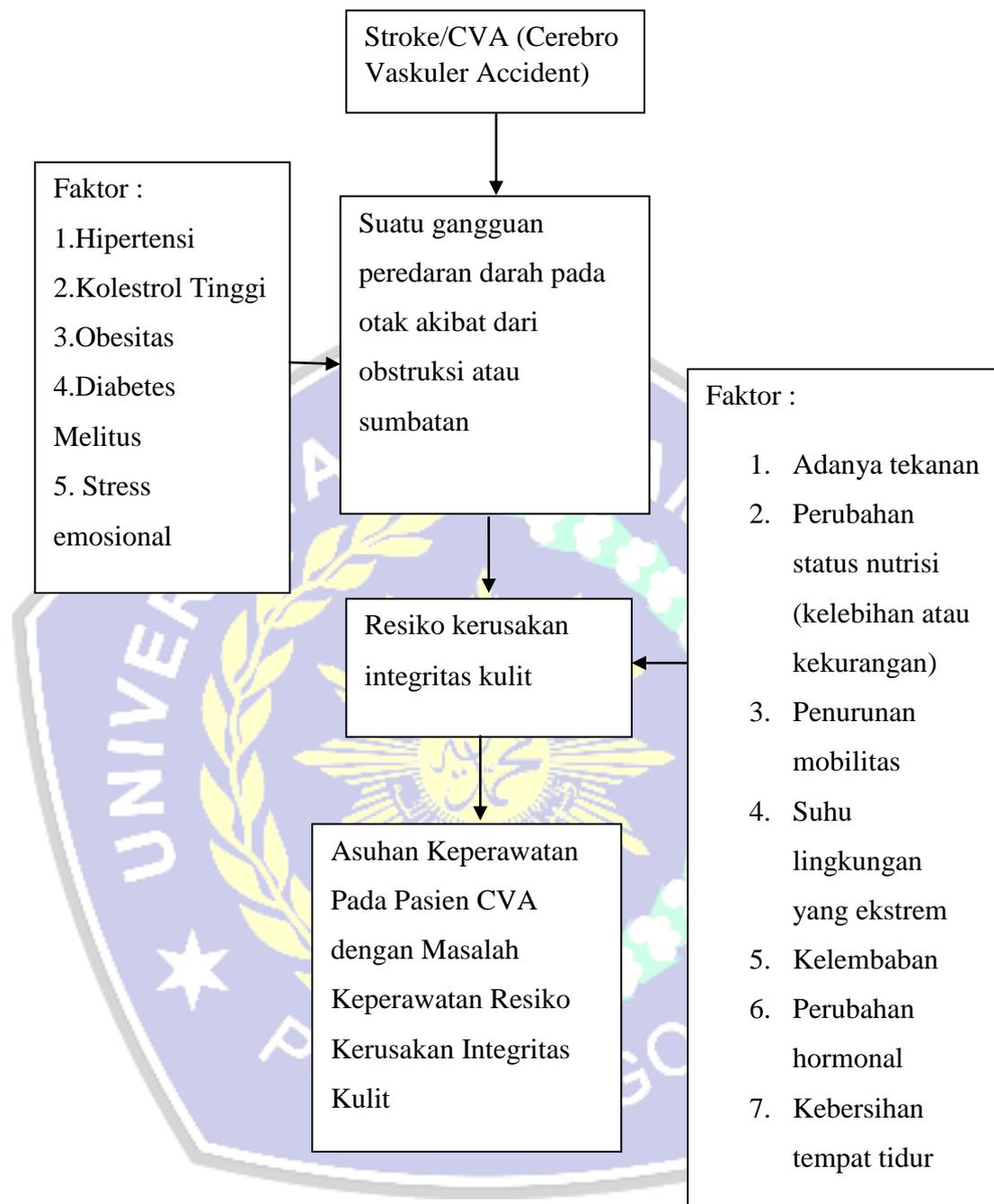
Penelitian dari kedua jenis data (baik subyektif maupun obyektif) apakah berkembang ke arah perbaikan atau kemunduran.

4. P : Perencanaan

Rencana penanganan pasien yang didasarkan pada hasil analisis diatas yang berisi melanjutkan perencanaan sebelumnya apabila keadaan atau masalah belum teratasi



2.3.6 Hubungan Antar Konsep



Gambar 2.2 Gambar Hubungan Antar Konsep (Linda, 2017)

2.4 Hasil-hasil Penelitian

Dalam upaya pemberian perawatan pasien CVA dengan masalah keperawatan resiko kerusakan integritas kulit, terdapat beberapa jurnal yang di temukan peneliti, antara lain:

1. Artikel 1: Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan, 2016

JUDUL	PENELITI	METODE	TUJUAN	KATA KUNCI	HASIL PENELITIAN	KESIMPULAN
Efektifitas Alih Baring Dengan Massase Punggung Terhadap Resiko Dekubitus Pada Pasien Tirah Baring Di RSUD Ambarawa	Mareta Fitri Andani, Sri Puguh Kristiyawati, S, Eko Ch. Purnomo	Jenis penelitian ini menggunakan quasi eksperimental dengan teknik purposive sampling	Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui efektifitas alih baring dengan massase punggung terhadap kejadian dekubitus pada	Decubitus, changing position the lay, back massage and bedrest	Hasil penelitian menunjukkan alih baring yang dikombinasikan dengan massage punggung lebih efektif dalam menurunkan resiko dekubitus daripada alih baring yang tidak dikombinasikan dengan massage punggung	Dapat disimpulkan bahwa dengan menerapkan teknik alih baring setiap 2jam disertai massage punggung dengan dapat menurunkan resiko dekubitus

			pasien dengan tirah baring lama		
--	--	--	---------------------------------	--	--



2. Artikel 2 : Jurnal Ners Indonesia, Volume 2, Nomor 2, Maret 2012

JUDUL	PENELITI	METODE	TUJUAN	KATA KUNCI	HASIL PENELITIAN	KESIMPULAN
Efektifitas Nigella Sativa Oil Untuk Mencegah Terjadinya Ulkus Dekubitus Pada Pasien Tirah Baring Lama	Wasisto Utomo, Yulia Irvani Dewi, T. Abdurrasyid	Penelitian ini menggunakan Quasi experimental dengan pendekatan Randomized Posttest Only Control Design	Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektifitas pemberian minyak Nigella Sativa pada pasien tirah baring	Nigella sativa oil, ulkus dekubitus, tirah baring lama	Hasil penelitian yaitu Responden sebanyak 30 orang yang terbagi menjadi dua kelompok dengan teknik purposive sampling, kelompok pertama diberikan pengolesan minyak nigella sativa 1kali sehari selama 7 hari dan kelompok lainnya tidak, analisis data menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang cukup signifikan, sehingga dengan adanya pengolesan minyak pada kulit dapat	Dapat disimpulkan bahwa mengolesi minyak nigella sativa dapat menurunkan adanya kejadian dekubitus pada pasien tirah baring

					memperbaiki kondisi kulit dan mencegah terjadinya luka dekubitus	
--	--	--	--	--	--	--

3. Artikel 3 : Jurnal Ilmu Keperawatan, Volume 10, Nomor 1, 2019

JUDUL	PENELITI	METODE	TUJUAN	KATA KUNCI	HASIL PENELITIAN	KESIMPULAN
Pengaruh Posisi Miring Terhadap Dekubitus Pada Pasien Stroke Di RSUD RAA Soewondo Pati	Umi Faridah, Sukarmin, Sri Murtini	Metode penelitian yang digunakan yaitu quasi eksperimen dengan pendekatan pra-pasca test	Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh posisi miring terhadap dekubitus pada pasien stroke	Posisi miring, Dekubitus dan Stroke	Hasil dari penelitian ini yaitu pemberian posisi miring dapat menurunkan derajat kejadian luka dekubitus	Dapat disimpulkan bahwa p value kelompok intervensi lebih kecil dibandingkan p value kelompok kontrol, sehingga pemberian posisi miring lebih efektif menurunkan derajat dekubitus dibandingkan kelompok kontrol tanpa perlakuan

4. Artikel 4 : Jurnal Ilmiah Kesehatan, Volume 1, Nomor 1, Desember 2019

JUDUL	PENELITI	METODE	TUJUAN	KATA KUNCI	HASIL PENELITIAN	KESIMPULAN
Efektifitas Alih Baring Terhadap Kejadian Dekubitus Pada Pasien Tirah Baring Di Rumah Sakit Sentra Medika Cibinong Tahun 2018	Armi, Nurhikmah	Metode yang dilakukan yaitu dengan uji independent T test	Tujuan penelitian ini yaitu untuk mengetahui pengaruh alih baring dan tidak terhadap kejadian dekubitus	Alih Baring, Kejadian Dekubitus, Tirah Baring	Hasil penelitian yaitu terdapat pengaruh yang cukup besar dengan adanya pengaturan alih baring terhadap kejadian ulkus dekubitus	Dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh alih baring terhadap kejadian dekubitus pada pasien tirah baring, dimana pada kelompok kasus tidak ditemukan adanya kejadian dekubitus sedangkan pada kelompok control ditemukan adanya kejadian dekubitus sebanyak 5 responden.

5. Artikel 5 : Jurnal Ilmu Keperawatan, Volume 10, Nomor 1, Januari 2019

JUDUL	PENELITI	METODE	TUJUAN	KATA KUNCI	HASIL PENELITIAN	KESIMPULAN
Pengaruh Rentang Waktu Pengaturan Posisi Terhadap Kejadian Dekubitus Pada Pasien Tirah Baring Lama Di RSUD Propinsi NTB Tahun 2013	Dewi Purnamawati, Zulkifli, Nursadjan, Ely Mawaddah	Metode penelitian ini menggunakan rancangan eksperimental dengan post test only with control group	Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis perbedaan efektifitas rentang waktu pengaturan posisi 2 jam dan 3 jam terhadap kejadian dekubitus	Dekubitus, Posisi, Tirah Baring	Hasil penelitian di dapatkan kriteria inklusi sampel adalah berumur 14-80 tahun, Teknik pengambilan sampel dengan menggunakan Purposive Samplig, Untuk mengetahui pengaruh waktu pengaturan posisi dilakukan dengan uji chi square dengan ($p < 0,05$). Hasil pengaruh waktu pengaturan posisi diperoleh ada sebanyak 1 dari 15 responden yang	Dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan kejadian dekubitus antara pasien yang dilakukan pengaturan posisi dengan rentang waktu 2 jam sekali dan 3 jam sekali.

					dilakukan perubahan posisi sebanyak 2 jam sekali mengalami dekubitus, Sedangkan responden yang dilakukan pengaturan posisi 3 jam sekali ada 5 dari 15 responden yang mengalami dekubitus	
--	--	--	--	--	--	--

