

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit Stroke Non Hemoragik

1. Definisi Stroke Non Hemoragik

Stroke non-hemoragik, juga dikenal sebagai stroke iskemik, merupakan gangguan neurologis yang ditandai oleh kerusakan atau nekrosis jaringan otak. Kerusakan ini terjadi akibat kurangnya suplai oksigen yang diakibatkan oleh gangguan aliran darah, seperti penyumbatan pada pembuluh darah di otak atau yang menuju ke otak, serta hipoperfusi. Terdapat tiga penyebab utama dari stroke non-hemoragik, yaitu hipoperfusi, emboli, dan trombus (Budianto *et al.*, 2021). Stroke non hemoragik (iskemik) secara patofisiologis diartikan sebagai kematian jaringan otak karena pasokan darah yang tidak adekuat. Secara klinis stroke non hemoragik (iskemik) merupakan defisit neurologis focal yang timbul akut dan berlangsung lebih lama dari 24 jam serta tidak disebabkan oleh perdarahan (Hutagalung, 2021).

2. Faktor risiko Stroke Non Hemoragik

Stroke non hemoragik, juga dikenal sebagai stroke iskemik, memiliki sejumlah faktor risiko yang dapat meningkatkan kemungkinan seseorang mengalami kondisi ini. Beberapa faktor risiko bersifat dapat diubah melalui perubahan gaya hidup dan pengelolaan kesehatan, sementara yang lain bersifat tidak dapat diubah atau memiliki faktor keturunan. Menurut Kuriakose & Xiao, (2020). Berikut adalah beberapa faktor risiko utama untuk stroke non hemoragik:

- a. Tekanan Darah Tinggi (Hipertensi): Hipertensi adalah faktor risiko utama untuk stroke iskemik. Tekanan darah tinggi dapat merusak pembuluh darah,

meningkatkan risiko aterosklerosis (penumpukan plak dalam pembuluh darah), dan menyebabkan pembuluh darah pecah.

b. Merokok:

- 1) Paparan Terhadap Zat-zat Berbahaya: Rokok mengandung zat-zat berbahaya yang dapat merusak dinding pembuluh darah dan meningkatkan risiko pembentukan bekuan darah.
- 2) Penyempitan Pembuluh Darah: Merokok juga dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah, meningkatkan tekanan darah, dan meningkatkan risiko stroke.

c. Diabetes Mellitus: Gangguan Metabolisme Glukosa: Diabetes dapat menyebabkan gangguan metabolisme glukosa, yang dapat merusak pembuluh darah dan meningkatkan risiko aterosklerosis.

d. Obesitas dan Ketidakaktifan Fisik:

- 1) Kelebihan Berat Badan: Obesitas dapat meningkatkan risiko stroke karena dapat menyebabkan hipertensi, diabetes, dan gangguan metabolisme.
- 2) Ketidakaktifan Fisik: Gaya hidup yang kurang aktif secara fisik dapat menyebabkan peningkatan berat badan dan memperburuk faktor risiko lainnya.

e. Konsumsi Alkohol Berlebihan:

- 1) Efek Terhadap Tekanan Darah: Konsumsi alkohol berlebihan dapat meningkatkan tekanan darah dan meningkatkan risiko stroke.
- 2) Efek Pada Jantung: Alkohol berlebihan juga dapat mempengaruhi ritme jantung dan meningkatkan risiko pembentukan bekuan darah.

- f. Riwayat Keluarga dan Keturunan: Seseorang yang memiliki anggota keluarga dengan riwayat stroke mungkin memiliki faktor genetik yang dapat meningkatkan risikonya.
- g. Umur dan Jenis Kelamin:
 - 1) Penuaan: Risiko stroke meningkat seiring bertambahnya usia.
 - 2) Jenis Kelamin: Pria memiliki risiko stroke lebih tinggi daripada wanita, tetapi risiko wanita meningkat setelah menopause.

3. Tanda dan gejala Stroke Non Hemoragik

Adapun tanda dan gejala stroke menurut Pinzon (2016), yaitu :

a. Kelumpuhan anggota gerak

Stroke merupakan penyakit motorik neuron yang dapat mengakibatkan kehilangan kontrol volunteer pada gerakan motorik misalnya, paralisis pada salah satu sisi tubuh (hemiplegia), kelemahan pada salah satu sisi tubuh (hemiparesis), dan juga dapat menyebabkan penurunan pada tonus otot normal. Kelemahan anggota gerak merupakan gejala yang umum dijumpai pada stroke. Bila seseorang tiba-tiba merasa kehilangan kekuatan pada salah satu lengan atau tungkai, atau lengan dan tungkai pada satu sisi. Kelemahan pada umumnya sesisi, kanan atau kiri. Gangguan peredaran darah otak di sebelah kanan akan menyebabkan kelemahan anggota gerak sebelah kiri, sebaliknya gangguan pada otak sebelah kanan menimbulkan kelemahan anggota gerak sebelah kiri. Kelemahan yang ringan pada umumnya kurang disadari seperti, pasien mengeluh kurang dapat mengancingkan baju, atau tidak dapat memakai sandal dengan baik.

b. Kehilangan komunikasi

Kehilangan komunikasi pada fungsi otak yang disebabkan oleh stroke adalah komunikasi dan bahasa, contohnya yang pertama yaitu kesulitan berbicara yang sulit dimengerti atau kelumpuhan pada saraf yang berfungsi untuk berbicara (disartria), yang kedua yaitu kehilangan bicara yang terutama ekspensif atau reprensif (disfasia atau afasia) dan yang ke tiga yaitu ketidakmampuan melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya (apraksia).

c. Nyeri kepala

Nyeri kepala merupakan keluhan yang umum dijumpai. Hampir semua orang pernah mengalami nyeri kepala. Pada lebih dari 95% kasus, nyeri kepala bersifat primer, dan dihubungkan dengan ketegangan otot atau migren. Pada 5% kasus, nyeri kepala disebabkan oleh sakit sekunder, termasuk diantaranya adalah stroke. Nyeri kepala pada stroke bersifat mendadak, dengan intensitas yang berat, dan disertai gejala/ tanda gangguan saraf yang lain.

d. Pusing berputar

Pusing berputar/ vertigo adalah salah satu gejala stroke. Pusing berputar dapat disertai dengan gejala mual/ muntah ataupun tidak. Gangguan pada sistem keseimbangan di otak kecil / cerebellum akan menimbulkan gejala pusing berputar. Gejala pusing berputar dapat pula disertai oleh gejala lain, misalnya bicara pelo dan gangguan koordinasi. Ada banyak penyebab pusing berputar. Tidak semua pusing berputar adalah gejala stroke. Bila anda mengalami gejala pusing berputar, segeralah minta bantuan medis untuk konfirmasi gejala.

e. Gangguan persepsi

Gangguan persepsi seperti homonimus, hemianopsia (kehilangan setengah lapang pandang yang berkaitan dengan sisi tubuh yang mengalami kelumpuhan), amorfosintesis, dan gangguan hubungan visual spasial serta kehilangan sensori.

f. Penurunan kesadaran

Kesadaran manusia dipertahankan oleh sebuah sistem di otak yang disebut ARAS (Ascending Reticular Activating System). Sistem ini membuat seseorang terjaga. Pada kasus stroke yang langsung mengenai pusat sistem kesadaran atau mendesak pusat sistem kesadaran dapat dijumpai penurunan kesadaran. Penurunan kesadaran yang terjadi mendadak haruslah dicurigai sebagai sebuah stroke, sampai terbukti bukan. Ada banyak penyebab penurunan kesadaran, termasuk gangguan elektrolit, gangguan pada kadar gula darah, dan juga stroke. Kasus stroke yang disertai penurunan kesadaran pada umumnya dijumpai pada stroke perdarahan. Penurunan kesadaran dapat berupa mengantuk/ somnolen (terbangun dengan suara), soporo (terbangun dengan rangsang nyeri), sampai dengan koma (tidak ada respon dengan rangsang saakit). Segeralah minta bantuan medis bila menjumpai penurunan kesadaran yang bersifat mendadak.

g. Gejala lain

Gejala stroke sangat ditentukan oleh bagian otak yang terkena. Salah satu kata kunci yang ada pada stroke adalah sifatnya yang mendadak. Seseorang yang pada awalnya baik-baik saja, dan menunjukkan gangguan sistem saraf yang bersifat mendadak harus dicurigai sebagai stroke. Perubahan tingkah laku, penurunan tajam penglihatan, gangguan lapang pandang, gangguan menelan yang bersifat mendadak haruslah dicurigai sebagai stroke sampai terbukti bukan.

4. Pemeriksaan penunjang Stroke Non Hemoragik

Menurut Hasan (2023), menjelaskan beberapa pemeriksaan diagnostik yang dapat dilakukan pada pasien stroke hemoragik:

a) Computerized Tomography (CT) Scan

Pemeriksaan ini merupakan pemeriksaan utama untuk membedakan stroke iskemik dan hemoragik khususnya CT-Scan non kontras. Selain itu dapat mengidentifikasi komplikasi stroke seperti edema serebral dan hidrocefalus.

b) Pencitraan Resonan Magnetik (MRI)

Pemeriksaan ini dapat membantu mengidentifikasi penyebab dan waktu perdarahan. Selain itu menunjukkan adanya perdarahan mikro multiple misalnya pada angiopati amyloid serebral.

c) Angiografi Tomografi Terkomputasi (CTA)

Pemeriksaan ini dapat membantu mengidentifikasi aneurisma kecil atau vaskulitis namun tidak diperlukan pada kasus murni stroke non hemoragik

d) Magnetig Resonan Angiography (MRA).

Pemeriksaan ini dapat membantu mengidentifikasi aneurisma kecil atau vaskulitis namun tidak diperlukan pada kasus murni stroke hemoragik hipertensi.

e) Pemeriksaan hematologi meliputi pemeriksaan darah lengkap, elektrolit dan gula darah.

5. Penatalaksanaan Stroke Non Hemoragik

Upaya yang diarahkan untuk memastikan kelangsungan hidup pasien dan mencegah komplikasi tambahan. Pendekatan pengobatan yang berhasil melibatkan evaluasi neurologis yang konstan, termasuk bantuan pernapasan dan pemantauan terus menerus terhadap tanda-tanda vital. Selain itu, menyesuaikan posisi tubuh

pasien untuk mencegah kontraktur dan aspirasi, memantau kadar cairan dan elektrolit, menilai status gizi, dan mengenali tanda-tanda ketegangan selama buang air besar, karena hal ini dapat menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial (Budianto *et al.*, 2021). Penatalaksanaan stroke dibagi menjadi penatalaksanaan umum, medis dan khusus/komplikasi meliputi:

a. Penatalaksanaan umum

- 1) Posisi Fowler (kepala dan badan atas 20-30°)
- 2) Bebaskan jalan nafas dan dengan pemberian oksigen 1-2 liter/menit
- 3) Memasang kateter untuk membantu mengosongkan kandung kemih
- 4) Memantau atau mengontrol tekanan darah
- 5) Memantau suhu tubuh
- 6) Pemberian nutrisi melalui oral diberikan setelah tes fungsi menelan baik, karena jika terdapat penurunan tingkat kesadaran atau gangguan menelan terjadi pada pasien, maka dari itu pasien akan dianjurkan untuk pemasangan NGT
- 7) Latihan mobilisasi dan rehabilitasi dini

b. Penatalaksanaan medis

- 1) Streptokinase (trombolitik)
- 2) Asetosol, ticlopidin, cilostazol, dipiradamol (anti trombolitik)
- 3) Heparin (antikoagulan)
- 4) Nofidrofuryl (antagonis serotonin)
- 5) Nomodipin, piracetam (antagonis calcium)

c. Penatalaksanaan khusus/komplikasi

- 1) Faktor risiko seperti anti hiperglikemia, anti hipertensi, dan anti hiperurisemia.
- 2) Antikonvulsan (mencegah terjadinya kejang)
- 3) Manitol, gliserol, furosemide, intubasi, steroid, dan lain-lain (Atasitekanan intrakranial yang meninggi)
- 4) Kraniotomi yaitu proses operasi dengan membuat lubang pada tulang tengkorak agar dokter dapat melakukan pembedahan otak

B. Masalah Risiko Gangguan Integritas Kulit Pada Pasien Stroke Non Hemoragik

1. Pengertian risiko gangguan integritas kulit

Berisiko mengalami kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago kapsul sendi dan/atau ligamen) (PPNI, 2016).

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi risiko gangguan integritas kulit pada pasien Stroke Non Hemoragik

Beberapa faktor dapat mempengaruhi gangguan integritas kulit pada pasien stroke. Kondisi kesehatan dan perubahan fisiologis yang terkait dengan stroke, bersama dengan faktor lingkungan dan perawatan, dapat berkontribusi terhadap risiko gangguan integritas kulit. Menurut Kuriakose, (2020) berikut adalah beberapa faktor yang mempengaruhi integritas kulit pada pasien stroke:

a. Imobilisasi:

- 1) Kelemahan Otot: Pasien stroke sering mengalami kelemahan otot atau kelumpuhan, yang dapat menyebabkan imobilisasi atau aktivitas fisik yang

terbatas.

- 2) Posisi Tetap: Posisi tubuh yang tetap atau kurang perubahan posisi dapat meningkatkan risiko tekanan dan luka.

b. Gangguan Sensorik:

- 1) Hilangnya Sensasi: Gangguan sensorik, seperti hilangnya sensasi terhadap panas, dingin, atau tekanan, dapat membuat pasien kurang sadar terhadap potensi kerusakan kulit.
- 2) Penurunan Persepsi Nyeri: Pasien stroke juga dapat mengalami penurunan persepsi nyeri, yang dapat menyebabkan kurangnya respons terhadap ketidaknyamanan atau cedera.

c. Inkontinensia:

- 1) Gangguan Kontrol Kandung Kemih dan Usus: Inkontinensia urin atau feces dapat menyebabkan kulit tetap lembab, meningkatkan risiko iritasi, dermatitis, dan luka kulit.
- 2) Paparan Prolonged: Paparan terus-menerus terhadap urine atau tinja dapat merusak kulit dan memicu perkembangan luka.

d. Kondisi Kulit Khusus pada Pasien Stroke:

- 1) Kulit Kering atau Basah: Stroke dapat memengaruhi keseimbangan kelembaban kulit, yang dapat menyebabkan kulit kering atau kelembaban berlebih.
- 2) Sirkulasi Darah yang Buruk: Gangguan sirkulasi darah setelah stroke dapat mempengaruhi nutrisi kulit dan memperlambat proses penyembuhan luka.

e. Nutrisi dan Hidrasi:

- 1) Defisiensi Nutrisi: Nutrisi yang tidak mencukupi dapat mempengaruhi

kesehatan kulit dan memperlambat proses penyembuhan.

- 2) Dehidrasi: Kekurangan cairan dapat menyebabkan kulit kering dan meningkatkan risiko luka.
- f. Posisi Tubuh dan Perubahan Posisi: Posisi tubuh yang tetap atau perubahan posisi yang tidak cukup dapat menyebabkan peningkatan tekanan pada beberapa titik tubuh, meningkatkan risiko terjadinya masalah pada integritas kulit.
- g. Faktor Lingkungan:
- 1) Kualitas Kasur dan Alat Bantu: Kasur yang tidak sesuai atau alat bantu yang tidak memadai dapat meningkatkan risiko tekanan dan luka.
 - 2) Kelembaban dan Ventilasi: Faktor lingkungan seperti tingkat kelembaban dan ventilasi ruangan juga dapat mempengaruhi kondisi kulit.

Selain faktor risiko menurut Kuriakose, (2020), adapun faktor risiko berdasarkan standar diagnosis keperawatan Indonesia yaitu:

- a. Perubahan sirkulasi
- b. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
- c. Kekurangan/kelebihan volume cairan
- d. Penurunan mobilitas
- e. Bahan kimia iritatif
- f. Suhu lingkungan yang ekstrem
- g. Faktor mekanis (miss penekanan, gesekan) atau faktor elektrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi)
- h. Terapi radiasi
- i. Kelembaban

- j. Proses penuaan
 - k. Neuropati perifer
 - l. Perubahan pigmentasi
 - m. Perubahan hormonal
 - n. Penekanan pada tonjolan tulang
 - o. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan.
- (PPNI, 2016)

3. Penatalaksanaan risiko gangguan integritas kulit

Penatalaksanaan klien dengan risiko gangguan integritas kulit dalam upaya memberikan pelayanan keperawatan kulit yaitu dengan pengaturan posisi. Hal-hal yang dapat dilakukan dengan tujuan menghindari kerusakan integritas kulit pada daerah yang menerima tekanan. Sebagai berikut:

a. Alih baring

Alih baring merupakan perubahan posisi diatas tempat tidur akibat ketidakmampuan pasien untuk merubah posisi tidurnya sendiri. Perubahan posisi tidur ini dilakukan untuk merubah adanya tekanan tubuh pada daerah-daerah tertentu sehingga tidak terjadi ketidakseimbangan beban tubuh pada suatu titik yang dapat menyebabkan terganggunya sirkulasi aliran darah pada daerah yang tertekan tersebut. Selain itu, Alih baring dapat mencegah dekubitus pada daerah tulang yang menonjol yang bertujuan untuk mengurangi penekanan akibat tertahannya pasien pada satu posisi tidur tertentu yang dapat menyebabkan lesi / lecet. Alih baring ini adalah pengaturan posisi yang diberikan untuk mengurangi tekanan dan gaya gesek pada kulit. Dengan menjaga bagian kepala tempat tidur setinggi 30° atau kurang

akan menurunkan peluang terjadi dekubitus akibat gaya gesek, alih posisi / atau alih baring / tidur selang seling dilakukan setiap 2 jam dan 4 jam sekali (Armi & Nurhikmah, 2019).

b. Massase

Massase adalah suatu metode refleksologi yang bertujuan untuk memperlancar kembali aliran darah, memperbaiki sirkulasi, metabolisme, dan merawat kelembaban kulit dengan penekanan-penekanan atau pijatan-pijatan kembali aliran darah pada titik-titik sentra refleks. Massage pada kulit akan memberikan efek terhadap kulit seperti menghindarkan pelekatan dan penebalan-penebalan kecil yang terjadi pada jaringan dibawah kulit, kulit menjadi lunak serta elastis, perasaan kulit menjadi sensitif (Babang, 2020).

c. Kasur atau tempat tidur terapeutik

Pada kasus pasien stroke yang tirah baring hal yang paling penting dilakukan adalah perawatan kulit untuk mencegah tekanan pada kulit. Pencegahan tekanan pada kulit yang dapat diberikan adalah dukungan permukaan dalam hal ini penggunaan tempat tidur dengan aplikasi mekanikal matras antidikubitus. Tujuan adanya dukungan permukaan yang diberikan yaitu untuk mengurangi tekanan pada kulit dan tulang / jaringan (Hamdana *et al.*, 2021).

Adapun penatalaksanaan risiko gangguan integritas kulit berdasarkan standar intervensi keperawatan menurut PPNI (2018) terbagi menjadi intervensi utama dan intervensi pendukung. Intervensi utama dari diagnosis keperawatan risikogangguan integritas kulit adalah perawatan integritas kulit yang didukung oleh beberapa intervensi yaitu dukungan perawatan diri mandi, edukasi edema, edukasi

kemoterapi, edukasi pencegahan infeksi, edukasi perawatan kulit, edukasi program pengobatan, edukasi reaksi alergi, manajemen kemoterapi, manajemen reaksi alergi, pemantauan nutrisi, pemberian obat kulit, pemberian obat topikal, pembidaian, pencegahan infeksi, pencegahan luka tekan, pengambilan spesimen, pengaturan posisi, penggunaan terapi tradisional, pengontrolan infeksi, perawatan kaki, perawatan kulit praoperasi, perawatan sirkulasi, perawatan tirah baring, perawatan traksi, dan promosi kebersihan.

C. Konsep Effleurage Massage dengan Virgin Coconut Oil Sebagai Intervensi

1. *Effleurage massage*

a. Definisi *effleurage massage*

Effleurage massage merupakan salah satu teknik pijat yang digunakan dalam berbagai jenis terapi pijat, terutama dalam konteks pijat relaksasi dan pijat terapeutik. Kata "effleurage" berasal dari bahasa Prancis yang berarti "meluncur" atau "bergerak dengan lembut." Teknik ini melibatkan gerakan meluncur atau geser ringan yang dilakukan dengan telapak tangan atau ujung jari yang bergerak dengan lembut dan terus-menerus di atas permukaan kulit (Kwame & Petrucka, 2021).

b. Karakteristik *effleurage massage*

Menurut Kwame, (2021) berikut adalah beberapa karakteristik dan aspek penting dari *effleurage massage*:

1) Gerakan Luncur:

- a) Gerakan effleurage melibatkan gerakan meluncur atau geser yang lembut di atas kulit.
- b) Pijat effleurage umumnya dimulai dari area yang lebih luas dan meluncur secara perlahan ke area yang lebih kecil.

- 2) Tekanan Ringan hingga Sedang:
 - a) Tekanan yang digunakan pada effleurage biasanya ringan hingga sedang.
 - b) Tujuannya adalah untuk menciptakan pengalaman pijat yang menyenangkan dan merilekskan tanpa menimbulkan ketidaknyamanan.
- 3) Koordinasi dengan Pernapasan:
 - a) Effleurage sering dilakukan dengan sinkronisasi pernapasan antara penerima pijat dan terapis.
 - b) Ini dapat membantu menciptakan pengalaman yang lebih tenang dan meredakan ketegangan.
- 4) Menggunakan Minyak atau Lotion:
 - a) Pijat effleurage sering melibatkan penggunaan minyak atau losion untuk mengurangi gesekan dan meningkatkan kelancaran gerakan meluncur.
 - b) Minyak juga dapat memberikan manfaat tambahan untuk kulit, seperti hidrasi.
- 5) Tujuan Terapi:
 - a) Effleurage dapat digunakan untuk menciptakan perasaan relaksasi, mengurangi ketegangan otot, dan meningkatkan sirkulasi darah.
 - b) Teknik ini juga dapat menjadi bagian dari pra-pemanasan dalam sesi pijat atau terapi fisik.
- 6) Penggunaan pada Bagian Tubuh Tertentu:
 - a) Effleurage dapat digunakan di seluruh tubuh atau di area tertentu, tergantung pada tujuan dan kebutuhan penerima pijat.
 - b) Pijat effleurage pada bagian belakang tubuh umumnya dimulai dari bagian bawah punggung dan bergerak ke atas.

c. Efek positif *effleurage massage* pada kulit dan sirkulasi darah

Effleurage massage memiliki berbagai efek positif pada kulit dan sirkulasi darah, yang menjadikannya teknik pijat yang populer dalam terapi pijat. Menurut Kwame (2021), berikut adalah beberapa efek positif dari effleurage massage pada kulit dan sirkulasi darah:

1) Pada Kulit:

a) Peningkatan Hidrasi Kulit:

(1) Gerakan lembut dan berulang-effleurage membantu meratakan dan mendistribusikan minyak atau losion pijat pada kulit.

(2) Hal ini dapat meningkatkan hidrasi kulit, memberikan nutrisi, dan membuat kulit terasa lebih lembut.

b) Stimulasi Kelenjar Minyak: Effleurage dapat merangsang kelenjar minyak pada kulit, membantu menjaga keseimbangan kelembaban dan mengurangi kekeringan.

c) Pelepasan Kulit Mati: Gerakan meluncur effleurage dapat membantu mengangkat sel-sel kulit mati dan merangsang regenerasi sel-sel kulit yang baru.

d) Peningkatan Elastisitas Kulit: Pijatan effleurage dapat meningkatkan sirkulasi darah dan memberikan efek relaksasi pada otot-otot di bawah kulit, yang dapat meningkatkan elastisitas kulit.

e) Pengurangan Kemerahan dan Iritasi: Teknik pijat yang lembut ini dapat membantu mengurangi kemerahan dan iritasi pada kulit, terutama jika dilakukan dengan penggunaan minyak atau losion yang sesuai.

2) Pada Sirkulasi Darah:

- a) Peningkatan Aliran Darah: Gerakan meluncur effleurage meningkatkan aliran darah ke area yang dipijat, membawa oksigen dan nutrisi ke sel-sel kulit dan otot.
- b) Meningkatkan Drainase Limfatik: Teknik effleurage dapat membantu meningkatkan pergerakan limfatik, membantu tubuh dalam proses pengeluaran limbah dan toksin.
- c) Pengurangan Edema: Dengan meningkatkan sirkulasi dan drainase limfatik, effleurage dapat membantu mengurangi pembengkakan atau edema pada area tertentu.
- d) Relaksasi Otot dan Pembuluh Darah: Pijatan yang lembut dapat merangsang sistem saraf parasimpatik, yang dapat mengurangi tekanan darah dan meningkatkan relaksasi otot dan pembuluh darah.
- e) Pemanasan Sebelum Aktivitas Fisik: Effleurage sering digunakan sebagai bagian dari pra-pemanasan sebelum aktivitas fisik atau olahraga, membantu meningkatkan sirkulasi dan mengurangi kekakuan otot.

2. *Virgin Coconut Oil*

a. Definisi *virgin coconut oil*

VCO (*Virgin Coconut Oil*) adalah minyak kelapa yang diekstrak dari kelapa segar tanpa menggunakan bahan kimia atau bahan pengawet. Proses pengolahan yang dilakukan dengan cara yang alami tanpa pengawet dan tidak menggunakan pemanasan tinggi, sehingga karakteristik minyak yang dihasilkan berwarna bening (jernih) serta beraroma khas kelapa. VCO memiliki kandungan nutrisi yang sangat baik untuk kesehatan tubuh dan kecantikan (Saras, 2023). Virgin coconut oil mengandung asam lemak jenuh dan tak jenuh. Komponen yang termasuk dalam

asam lemak jenuh yaitu, asam kaproat, asam kaprilat, asam miristat, asam palmitat dan asam laurat, sedangkan komponen asam lemak tak jenuh yaitu asam siklopropanpentanoat, asam oleat, dan asam stearate (Kusuma & Putri, 2020). VCO mengandung asam lemak rantai pendek dan menengah atau medium yang diketahui mempunyai fungsi biologis bagi tubuh manusia seperti antioksidan, antiinflamasi, antibakteri, dan antivirus, serta memiliki potensi efek terapeutik pada berbagai penyakit degeneratif kronis (Zeng *et al.*, 2022).

b. Manfaat *virgin coconut oil* bagi kulit

Virgin Coconut Oil (VCO) telah dikenal karena memiliki berbagai manfaat untuk kulit, baik melalui konsumsi maupun penggunaan topikal. Menurut Nuzulullail *et al.*, (2023) berikut adalah penjelasan mengenai manfaat Virgin Coconut Oil pada kulit berdasarkan sifat antiinflamasi dan antimikroba, serta sifat pelembab alami dan nutrisi kulit:

1) Sifat antiinflamasi dan antimikroba

Sifat antiinflamasi dan antimikroba dari Virgin Coconut Oil (VCO) menjadikannya pilihan yang menarik dalam perawatan kulit. Dalam hal sifat antiinflamasi, VCO mengandung senyawa-senyawa, terutama asam laurat, yang dapat memberikan manfaat signifikan dalam mengurangi peradangan kulit. Asam laurat ini dapat membantu meredakan kondisi kulit yang umum, seperti jerawat, eksim, atau dermatitis, dengan memberikan efek menenangkan dan mengurangi kemerahan (Boateng *et al.*, 2016).

Sementara itu, sifat antimikroba dari VCO memberikan perlindungan tambahan terhadap infeksi pada kulit. Kandungan asam laurat, asam kaprilat, dan asam kaprat dalam VCO memiliki kemampuan untuk melawan bakteri, jamur, dan

virus. Dengan demikian, VCO dapat membantu mencegah infeksi pada luka atau melindungi kulit yang mungkin rentan terhadap masalah infeksi. Penggunaan VCO pada kulit dapat memberikan perlindungan alami dan membantu memelihara kebersihan dan kesehatan kulit secara keseluruhan (Boateng *et al.*, 2016).

2) Pelembab alami dan nutrisi kulit

Virgin Coconut Oil (VCO) tidak hanya menawarkan sifat antiinflamasi dan antimikroba, tetapi juga berperan sebagai pelembab alami dan penyedia nutrisi esensial untuk kulit. Sebagai pelembab alami, VCO membantu menjaga kelembaban kulit secara alami, memberikan manfaat signifikan terutama untuk kulit yang cenderung kering dan rentan terhadap kekeringan. Penggunaan rutin VCO dapat mencegah kulit bersisik dan memastikan kulit tetap terhidrasi (Boateng *et al.*, 2016).

Selain itu, VCO kaya akan vitamin E dan antioksidan, yang memberikan nutrisi tambahan untuk kulit. Vitamin E berperan penting dalam merawat kesehatan kulit dan memberikan perlindungan terhadap kerusakan yang dapat disebabkan oleh radikal bebas. Keberadaan antioksidan dalam VCO juga mendukung pertahanan kulit terhadap stres oksidatif, menjadikannya lebih tahan terhadap penuaan dini (Boateng *et al.*, 2016).

Komponen-komponen dalam VCO tidak hanya memberikan nutrisi, tetapi juga merangsang pertumbuhan sel-sel kulit baru. Proses ini membantu dalam perbaikan kulit, termasuk pada luka dan bekas luka. Sebagai tambahan, kandungan antioksidan dalam VCO memiliki efek pencegahan terhadap penuaan dini,

melindungi kulit dari kerusakan radikal bebas dan memberikan efek anti-aging yang dapat membuat kulit terlihat lebih sehat dan muda (Boateng *et al.*, 2016).

3. Penatalaksanaan *Effleurage Massage* dengan *Virgin Coconut Oil* Sebagai Intervensi

Penatalaksanaan untuk mencegah terjadinya dekubitus pada pasien stroke secara non farmakologis yaitu menggunakan perawatan kulit, dan perawatan kulit yang digunakan yaitu dengan teknik *effleurage massage* menggunakan *virgin coconut oil*. *Effleurage massage* adalah metode pijat dengan gerakan meluncur atau geser ringan yang dilakukan menggunakan telapak tangan atau ujung jari yang bergerak dengan lembut dan terus-menerus di atas permukaan kulit. Menurut Kwame & Petrucka, (2021). *Effleurage massage* yang dikombinasikan dengan *virgin coconut oil* (VCO) memiliki manfaat untuk menjaga nutrisi kulit dan mempercepat proses penyembuhan (Darmareja *et al.*, 2020). Selain itu, *Virgin coconut oil* memiliki manfaat untuk mendukung terjadinya perbaikan jaringan, membunuh bakteri yang menyebabkan luka tekan dan dapat mempertahankan kelembaban luka (Sumah, 2020). Pemberian *effleurage massage* dengan *virgin coconut oil* (VCO) diberikan setiap 2 kali sehari setelah mandi dengan lama waktu setiap intervensi 5-10 menit selama 3 hari, pijat *effleurage* dilakukan pada area tulang mastoid, belakang leher, punggung, glutei, pantat pasien, tangan, dan kaki (Fernanda & Yanto, 2023).

D. Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal proses keperawatan atau sebagai tahap dasar dari seluruh proses keperawatan dengan tujuan mengumpulkan informasi dan data-data pasien (Rizal, 2019). Pengkajian keperawatan pada asuhan keperawatan gangguan integritas kulit dengan intervensi *effleurage massage* menggunakan *virgin coconut oil* pada pasien stroke non hemoragik di RSUD Bangli mencakup sejumlah langkah penting. Pengkajian ini bertujuan untuk mendapatkan pemahaman yang komprehensif tentang kondisi kesehatan pasien dan memastikan bahwa intervensi yang direncanakan sesuai dengan kebutuhan dan karakteristik individu pasien. Menurut Sharma, (2017) berikut adalah beberapa aspek yang perlu diperhatikan dalam pengkajian ini:

a) Riwayat Kesehatan Pasien:

- 1) Mendapatkan informasi lengkap mengenai riwayat stroke non hemoragik pasien, termasuk riwayat penyakit sebelumnya dan pengobatan yang pernah diterima.
- 2) Menilai faktor risiko yang dapat mempengaruhi integritas kulit, seperti diabetes, gangguan sirkulasi, atau kelemahan otot.

b) Pemeriksaan Fisik Kulit:

- 1) Melakukan pemeriksaan fisik kulit secara menyeluruh untuk mengidentifikasi adanya risiko gangguan integritas kulit, kemerahan, atau tanda-tanda infeksi.
- 2) Melakukan pengkajian pasien dengan skor Skala Braden 15-18: risiko ringan, 13-14: risiko sedang, 10-12: risiko tinggi, 6-9: risiko berat. Untuk

pasien tersebut disusun rencana asuhan keperawatan.

c) Evaluasi Pergerakan dan Imobilisasi:

- 1) Menilai tingkat mobilitas pasien setelah stroke, termasuk kemampuan bergerak atau mengubah posisi secara mandiri.
- 2) Memperhatikan area-area yang mungkin mengalami tekanan berlebih akibat imobilisasi.

d) Identifikasi Faktor Resiko Tambahan:

- 1) Menilai faktor risiko tambahan seperti inkontinensia urin atau feses yang dapat mempengaruhi kesehatan kulit.
- 2) Mengidentifikasi adanya alergi atau sensitivitas terhadap produk kulit atau minyak kelapa.

e) Evaluasi Tingkat Nyeri:

- 1) Menilai tingkat nyeri pasien terutama pada area yang terkena gangguan integritas kulit.
- 2) Mencatat faktor-faktor yang dapat meningkatkan atau meredakan rasa nyeri.

f) Kondisi Psikososial Pasien:

- 1) Mengevaluasi dampak kondisi kulit terhadap kesejahteraan psikososial pasien, seperti stres atau kecemasan.
- 2) Menilai dukungan sosial dan kemampuan pasien dalam mengatasi perubahan kondisi kulit.
- 3) Edukasi dan Kolaborasi: Memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai perawatan kulit yang optimal dan pentingnya intervensi *effleurage massage* menggunakan *virgin coconut oil*.
- 4) Melibatkan kolaborasi dengan tim terapis fisik, terapis okupasi, dan ahli gizi.

untuk perawatan holistik pasien.

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis Keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial atau yang mungkin akan terjadi. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien, individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2016).

Diagnosis keperawatan berdasarkan keadaan pada klien stroke non hemoragik menurut PPNI (2016), dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), yaitu (D.0139) Risiko Gangguan Integritas Kulit dibuktikan dengan faktor mekanis yaitu penekanan akibat tirah baring lama.

a. Definisi

Berisiko mengalami kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago kapsul sendi dan/atau ligamen).

b. Faktor risiko

Faktor risiko terjadi perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan), kekurangan/ kelebihan volume cairan, penurunan mobilitas, bahan kimia iritatif, suhu lingkungan yang ekstrem, faktor mekanis (misal penekanan, gesekan) atau faktor elektrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi), terapi radiasi, kelembaban, proses penuaan, neuropati perifer, perubahan pigmentasi, perubahan hormonal, penekanan pada tonjolan tulang, dan kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan. Kondisi terkait Adanya

gangguan mobilisasi atau imobilisasi.

3. Rencana keperawatan

Setelah diagnosis keperawatan ditetapkan, penting untuk membuat rencana intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah ini dan meningkatkan kesejahteraan pasien. Proses perencanaan keperawatan adalah rangkaian kegiatan dalam penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritas, merumuskan tujuan, rencana tindakan dan penilaian terhadap asuhan keperawatan pada pasien dengan berdasarkan analisis data dan diagnosa keperawatan (Syahla, 2016).

a. Tujuan dan kriteria hasil

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Elastisitas meningkat (5)
- 2) Hidrasi meningkat (5)
- 3) Perfusi jaringan meningkat (5)
- 4) Kerusakan jaringan menurun (5)
- 5) Kerusakan kulit menurun (5)
- 6) Nyeri menurun (5)
- 7) Perdarahan menurun (5)
- 8) Kemerahan menurun (5)
- 9) Hematoma menurun (5)
- 10) Pigmentasi abnormal menurun (5)
- 11) Jaringan parut menurun (5)
- 12) Nekrosis menurun (5)
- 13) Abrasi kornea menurun (5)

- 14) Suhu kulit membaik (5)
- 15) Sensasi membaik (5)
- 16) Tekstur membaik (5)
- 17) Pertumbuhan rambut membaik (5)
- 18) Jaringan parut membaik (5)

b. Intervensi keperawatan

Intervensi yang dapat digunakan pada diagnosis keperawatan risiko gangguan integritas kulit sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yaitu intervensi utama perawatan integritas kulit dan intervensi pendukung yaitu perawatan tiring baring, pencegahan luka tekan dengan *effleurage massage* menggunakan *virgin coconut oil* (PPNI, 2018).

1) Intervensi utama: Perawatan Integritas Kulit (I.11353)

a) Observasi

- (1) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penggunaan mobilitas).

b) Terapeutik

- (1) Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring
- (2) Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu
- (3) Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare
- (4) Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering
- (5) Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif
- (6) Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering

c) Edukasi

- (1) Anjurkan menggunakan pelembab (mis. lotion, serum)
- (2) Anjurkan minum air yang cukup
- (3) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- (4) Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur
- (5) Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem
- (6) Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah
- (7) Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya

2) Intervensi pendukung

a) Perawatan Tirah Baring (I.14572)

(1) Observasi

- (a) Monitor kondisi kulit
- (b) Monitor komplikasi tirah baring (mis. kehilangan massa otot, sakit punggung, konstipasi, stres, depresi, kebingungan, perubahan irama tidur, infeksi saluran kemih, sulit buang air kecil, pneumonia)

(2) Terapeutik

- (a) Tempatkan pada kasur terapiotik, jika tersedia
- (b) Posisikan senyaman mungkin
- (c) Pertahankan sprei tetap kering, bersih dan tidak kusut
- (d) Pasang siderails, jika perlu
- (e) Posisikan tempat tidur dekat dengan nurse section, Jika perlu
- (f) Dekatkan posisi meja tempat tidur
- (g) Berikan latihan gerak aktif atau pasif

- (h) Pertahankan kebersihan pasien
 - (i) Fasilitasi pemenuhan kebutuhan pasien sehari-hari
 - (j) Berikan stocking antiembolisme, jika perlu
 - (k) Ubah posisi setiap 2 jam
- (3) Edukasi
- (a) Jelaskan tujuan dilakukan tirah baring
- b) Pencegahan Luka Tekan (I.14543)
- (1) Observasi
- (a) Periksa luka tekan dengan menggunakan skala (mis. skala Norton, skala Braden)
 - (b) Periksa adanya luka tekan sebelumnya
 - (c) Monitor suhu kulit yang tekanan
 - (d) Monitor berat badan dan perubahannya
 - (e) Monitor status kulit harian
 - (f) Monitor tetap area yang merah
 - (g) Monitor kulit di atas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi
 - (h) Monitor sumber tekanan dan gesekan
 - (i) Monitor mobilitas dan aktivitas individu
- (2) Terapeutik
- (a) Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urine
 - (b) Gunakan barrier seperti lotion atau bantalan penyerap air
 - (c) Ubah posisi dengan hati-hati setiap 1-2 jam

- (d) Buat jadwal perubahan posisi
- (e) Berikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang
- (f) Jaga sprai tetap kering, bersih dan tidak ada kerutan/lipatan
- (g) Gunakan kasur khusus, jika perlu
- (h) Hindari pemijatan di atas tonjolan tulang
- (i) Hindari pemberian lotion pada daerah yang luka atau kemerahan
- (j) Hindari menggunakan air hangat dan sabun keras saat mandi
- (k) Pastikan asupan makanan yang cukup terutama protein, vitamin B dan C, zat besi, dan kalori

(3) Edukasi

- (a) Jelaskan tanda-tanda kerusakan kulit
- (b) Anjurkan melapor jika menemukan tanda-tanda kerusakan kulit
- (c) Ajarkan cara merawat kulit

c) *Effleurage massage* menggunakan *virgin coconut oil*

4. Implementasi keperawatan

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan rencana keperawatan yang sudah di susun dalam tahap perencanaan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kemudian, agar implementasi dapat sesuai dengan rencana keperawatan, perawat harus mempunyai keahlian kognitif, hubungan interpersonal, dan keterampilan dalam melakukan tindakan. Sangat penting bahwa proses implementasi berkisar pada kebutuhan pasien, serta faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, seperti strategi keperawatan dan kegiatan komunikasi (Hadinata & Abdillah, 2022).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Penilaian keberhasilan adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai (Sitanggang, 2018). Hasil dari data evaluasi keperawatan sesuai dengan fokus keperawatan pada pasien dengan risiko gangguan integritas kulit menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) ialah risiko gangguan integritas kulit dapat teratasi dengan tidak ditemukannya tanda-tanda inflamasi atau luka, kulit dalam kondisi baik tanpa kerusakan, turgor kulit dalam batas normal, serta skor skala braden menunjukkan hasil lebih dari 18 atau tidak berisiko hingga mencapai skor maksimum 23.

Menurut Adinda, (2021), hasil dari evaluasi dalam asuhan keperawatan adalah sebagai berikut:

- a. Tujuan tercapai/masalah teratasi, jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- b. Tujuan tercapai sebagian/masalah teratasi sebagian, jika klien menunjukkan perubahan sebagian dari standar dan kriteria yang telah ditetapkan.
- c. Tujuan tidak tercapai/masalah tidak teratasi, jika klien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali dan bahkan timbul masalah baru.

Penentuan masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi adalah dengan cara membandingkan antara SOAP dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan menurut Adinda, (2021), yaitu :

- a. S (subjektif): adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan.

- b. O (objektif): adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan perawat setelah tindakan dilakukan.
- c. A (analisis): adalah membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi.
- d. P (planning): adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisis.