

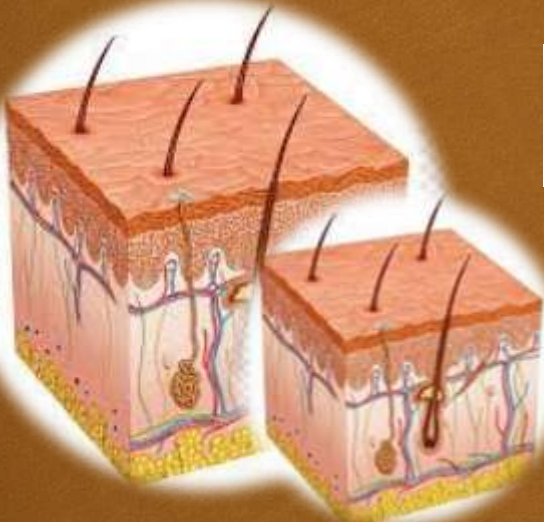
ASUHAN KEPERAWATAN

PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN

SISTEM



INTEGUMEN



Oleh : Linda Widyarani, S.Kep., Ns., M.Kep



Review

Anatomi dan Fisiologi Kulit

Kata integumen berasal dari bahasa Yunani, yaitu “integumentum” yang berarti “penutup”.

Sistem integumen adalah suatu sistem pada organ terluar yang membedakan, memisahkan, melindungi dan menginformasikan tubuh manusia terhadap lingkungan sekitar.

Struktur Anatomi Kulit



Kulit merupakan pelindung tubuh.

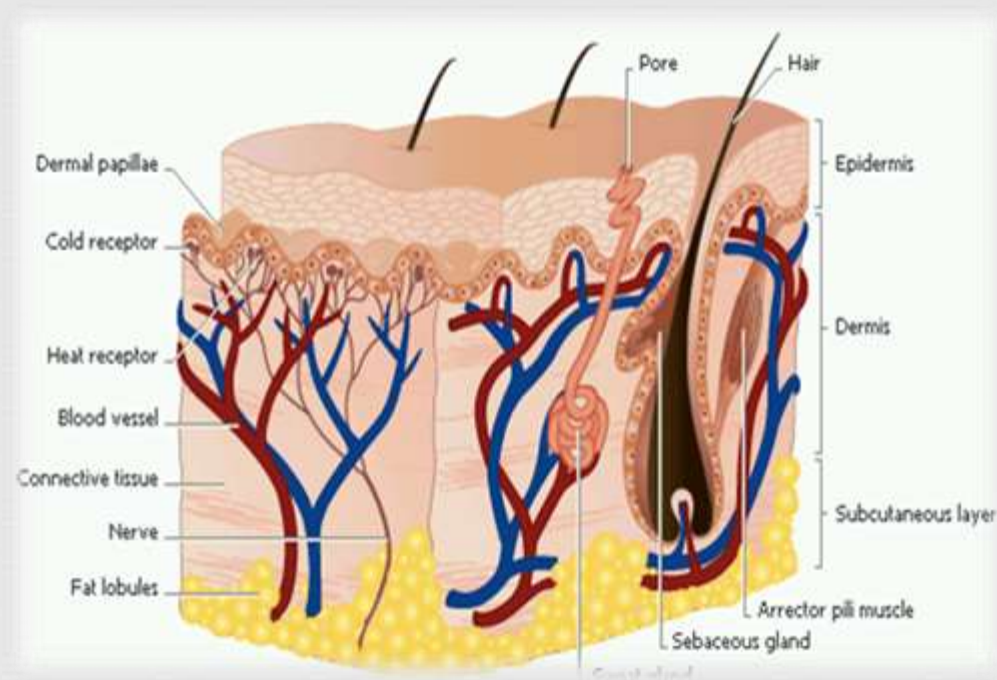
Luas kulit orang dewasa adalah 1,5 – 2 m², sedangkan tebalnya 1,5 – 5 mm, bergantung pada letak kulit, umur, jenis kelamin, suhu dan keadaan gizi.

Kulit paling tipis pada kelopak mata, penis, labium minor dan bagian medial lengan atas, sdgkan kulit tebal terdapat di telapak tangan dan kaki, punggung, bahu dan bokong/pantat.

Struktur Anatomi Kulit



Kulit terbagi atas 3 (tiga) lapisan, yaitu epidermis, dermis dan jaringan subkutan atau subkutis.



Struktur Anatomi Kulit



Epidermis mempunyai 5 lapisan, antara lain :

1. Lapisan tanduk/stratum korneum
2. Stratum lusidum
3. Lapisan granular/stratum granulosum
4. Lapisan malpighi/stratum spinosum
5. Lapisan basal/stratum germinativium

Dermis

Jaringan Subkutan

Fisiologi Kulit



Kulit mempunyai berbagai fungsi yaitu sebagai berikut :

1. Pelindung atau proteksi
2. Penerima rangsang
3. Pengatur suhu tubuh atau termoregulasi
4. Pengeluaran (ekskresi)
5. Penyimpanan
6. Penyerapan terbatas
7. Penunjang penampilan

Pemeriksaan Fisik

Gangguan Sistem Integumen



PEMERIKSAAN FISIK

Pemeriksaan fisik pada kulit mencakup **inspeksi** dan **palpasi**.

INSPEKSI

1. Hygiene kulit

Hygiene kulit mencakup kebersihan dan bau.

2. Kelainan-kelainan yang bisa nampak pada inspeksi, seperti macula, eritema, papula, vesikula, pustula, dan sebagainya.

Pemeriksaan Fisik

Gangguan Sistem Integumen



a. Macula

Suatu bercak yang nampak berwarna kemerahan, permukaan kulit datar (tidak menonjol) dan ukurannya < 1 cm, misalnya pada campak.



b. Eritema

Suatu bercak kemerahan, yang ukurannya lebih besar, misalnya pada erysepelas



c. Papulla

Lesi kulit yang menonjol lebih tinggi daripada sekitarnya, misalnya pada gigitan nyamuk

d. Vesikula

Tonjolan kulit (< 1 cm) berisi cairan jernih, misalnya pada cacar air, herpes simpleks. Tonjolan dpt jg > 1 cm, disebut bula, misalnya pada luka bakar



e. Pustula

Tonjolan berisi nanah, misalnya pada impetigo, jerawat dan bisul



Pemeriksaan Fisik

Gangguan Sistem Integumen



PALPASI

- Pada palpasi, rasakan kehangatan kulitnya (dingin-hangat-demam)
- Tekstur kulit. Dirasakan halus, lunak, lentur pada kulit normal. Jika teraba kasar menunjukkan adanya defisiensi vitamin A, hipotiroid, adanya diapers-rash (terutama di selangkangan) akibat penggunaan diapers pada bayi/anak/dewasa.
- Turgor. Dinilai pada kulit perut dg cubitan ringan. Bila lambat kembali ke keadaan semula, menunjukkan turgor turun, misalnya pasien dehidrasi. Angka normal turgor < 3 detik.
- Edema. Berkumpulnya cairan tubuh di jaringan tubuh.

Pemeriksaan Fisik

Gangguan Sistem Integumen



PALPASI

Edema

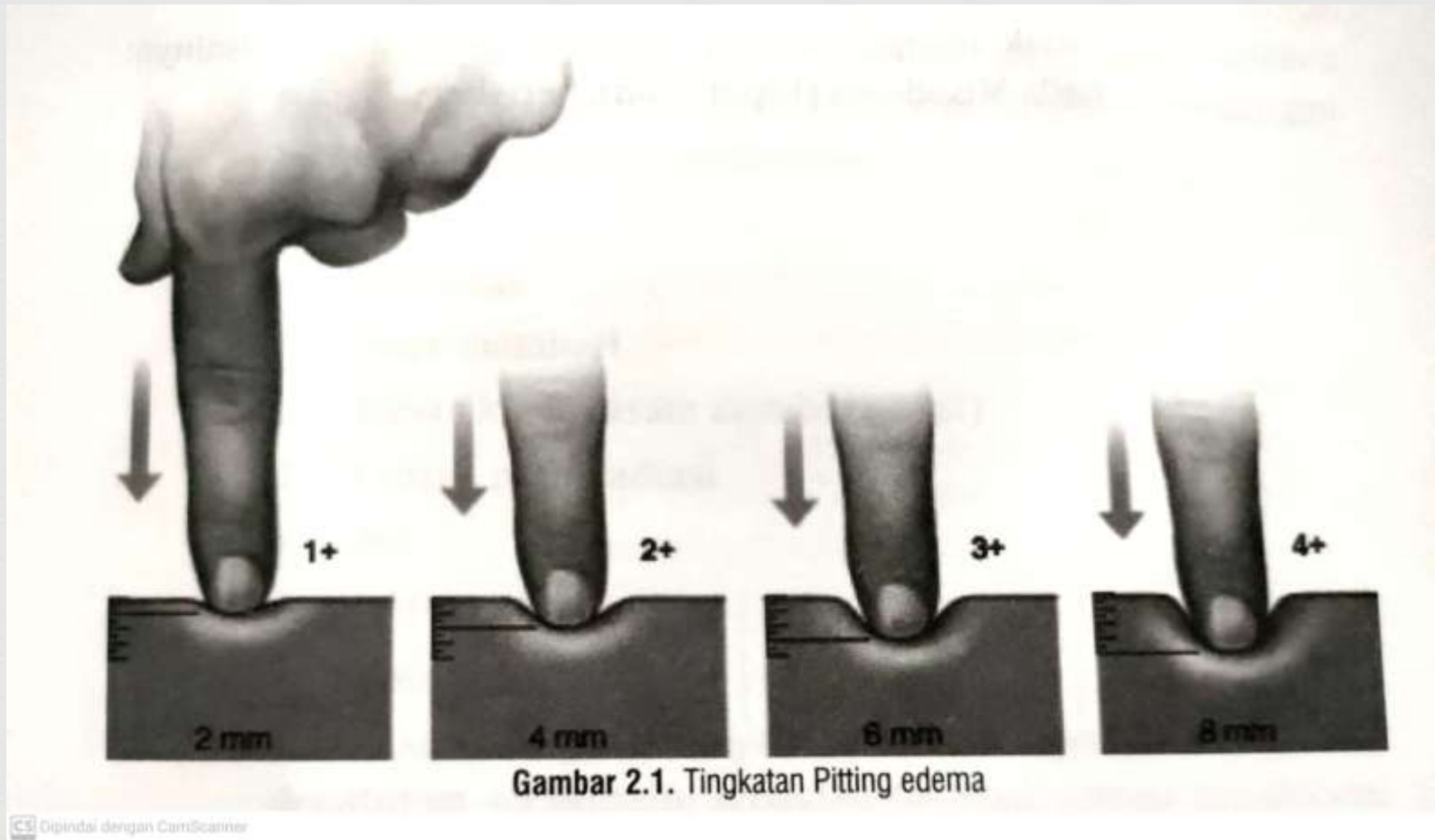
a. Pitting edema

Bila menjadi cekung sesudah penekanan, misalnya di dorsal pedis.

b. Non pitting edema

Tidak menjadi cekung sesudah penekanan

Pemeriksaan Fisik Gangguan Sistem Integumen



Pemeriksaan Fisik Gangguan Sistem Integumen

Tabel 2.1 Derajat Pitting Edema Berdasarkan Waktu Kembalinya Cekungan (*Rebound*)

Derajat	Karakteristik
1+	Hampir tidak terdeteksi saat jari ditekan ke kulit
2+	15 detik untuk <i>rebound</i>
3+	30 detik untuk <i>rebound</i>
4+	> 30 detik untuk <i>rebound</i>

Sumber : O'Sullivan & Schmitz (2007)

Tabel 2.2 Derajat Pitting Edema Berdasarkan Kedalaman Cekungan dan Waktu untuk *Rebound*

Derajat	Karakteristik
1+	Kedalaman 2 mm, hampir tidak terdeteksi Segera <i>rebound</i>
2+	Kedalaman 4 mm Beberapa detik untuk <i>rebound</i>
3+	Kedalaman 6mm, cukup dalam 10-12 detik untuk <i>rebound</i>
4+	Kedalaman 8mm, sangat dalam > 20 detik untuk <i>rebound</i> .

Asuhan Keperawatan Pasien dg Gangguan Kulit

HERPES ZOESTER

Definisi

Herpes zoester merupakan kelainan inflamatorik viral, virus menyebabkan erupsi vesikular, terasa nyeri disepanjang saraf sensorik, menyerang kulit dan mukosa.

Etiologi

Herpes zoester disebabkan oleh infeksi virus varicella-zoester (VVZ) dan tergolong virus berinti DNA. Virus ini berukuran 140-200 nm.

Asuhan Keperawatan Pasien dg Gangguan Kulit

HERPES ZOESTER

Faktor risiko

Usia lebih dari 50 tahun, daya tahan menurun, konsumsi obat imunosupresif, orang dg terapi radiasi dan kemoterapi dan orang dg transplantasi sumsum tulang.

Manifestasi Klinis

Muncul lesi, gatal dan nyeri,

Demam, pusing, lemas

Muncul benjolan kecil atau vesikula pada kulit ditandai dg warna merah, hitam, goresan seperti terbakar.

Asuhan Keperawatan Pasien dg Gangguan Kulit

HERPES ZOESTER

Klasifikasi

- a. Herpes zoster frontalis**
Menyerang wajah
- b. Herpes zoster oftalmik**
menyerang cabang optalmikus, infeksi diawali dengan
nyeri kulit pada satu sisi kepala dan wajah disertai
gejala lesu, demam ringan
- c. Herpes zoster torakalis**
menyerang saraf interkostal
ditandai dg erupsi herpetic unilateral pada kulit
- d. Herpes zoster lumbalis**
menyerang daerah lumbal

Asuhan Keperawatan Pasien dg Gangguan Kulit

PENGKAJIAN

Identitas

Riwayat Kesehatan

1. Riwayat kesehatan sekarang

Pasien mengalami demam, sakit kepala, fatigue, malaise, kemerahan, sensitif, sore skin (penekanan kulit), rasa terbakar/tertusuk, gatal, kesemutan dan nyeri.

2. Riwayat kesehatan terdahulu

Riwayat immunocompromised (HIVAIDS, dsbnya)

3. Riwayat kesehatan keluarga

Kemungkinan ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama dg pasien.

Asuhan Keperawatan Pasien dg Gangguan Kulit

PENGKAJIAN

Identitas

Riwayat Kesehatan

1. Riwayat kesehatan sekarang

Pasien mengalami demam, sakit kepala, fatigue, malaise, kemerahan, sensitif, sore skin (penekanan kulit), rasa terbakar/tertusuk, gatal, kesemutan dan nyeri.

2. Riwayat kesehatan terdahulu

Riwayat immunocompromised (HIVAIDS, dsbnya)

3. Riwayat kesehatan keluarga

Kemungkinan ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama dg pasien.

Asuhan Keperawatan Pasien dg Gangguan Kulit

Riwayat psikososial

Kondisi psikologis pasien, kecemasan, respon pasien terhadap penyakit.

Pola kebiasaan sehari-hari

a. Aktivitas dan istirahat

Apakah pasien mengeluh merasa cemas, tidak bisa tidur karena nyeri dan gatal.

b. Pola nutrisi dan metabolik

Bagaimana pola nutrisi pasien, apakah terjadi penurunan pola aktivitas pasien.

c. Pola aktivitas dan latihan

Dengan adanya nyeri dan gatal yang dirasakan, terjadi penurunan pola aktivitas pasien.

d. Pola hubungan dan peran

Pasien akan sedikit mengalami gangguan psikologis, isolasi karena adanya gangguan citra tubuh.

Asuhan Keperawatan Pasien dg Gangguan Kulit

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri akut b/d agen cedera biologis
2. Kerusakan integritas kulit b/d perubahan respons imun

Asuhan Keperawatan Pasien dg Gangguan Kulit

INTERVENSI KEPERAWATAN

c. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis	NOC	NIC
1	Nyeri akut b.d agen cedera biologi	<p>Pain control</p> <p>Kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mampu mengontrol nyeri - Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri - Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, tanda nyeri) - Mengatakan rasa nyeri setelah nyeri berkurang 	<p>Pain management</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas - Gunakan komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien - Kaji faktor yang mempengaruhi respon nyeri - Evaluasi pengalaman nyeri masa lalu - Evaluasi bersama klien dan tim medis tentang ketidakefektifan <p>Kontrol Nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri, seperti suhu ruangan, dan kebisingan. - Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, nonfarmakologi, & interpersonal) - Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menemukan intervensi - Ajarkan tentang teknik nonfarmakologi - Berikan analgesik untuk mengurangi nyeri - Evaluasi ketidakefektifan kontrol nyeri

Asuhan Keperawatan Pasien dg Gangguan Kulit

			<ul style="list-style-type: none"> - Tindakan istirahat - Monitor penerimaan klien tentang manajemen nyeri - Observasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan - Monitor penerimaan klien tentang manajemen nyeri (Amin, dkk. 2015).
2.	Kerusakan integritas kulit b.d perubahan respons imun	<p>Tissue integrity (skin and mucous membrane)</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elastisitas kembali normal - Tidak terdapat skin lesions - Texture kulit kembali normal - Skin integrity kembali normal - Tidak terdapat nekrosis 	<p>Pressure management</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering - Hindari kerutan pada tempat tidur - Monitor kulit akan adanya kemerahan - Monitor aktivitas dan mobilisasi klien - Monitor status nutrisi klien - Oleskan losion/minyak pada daerah tertekan - Kolaborasi dengan tim medis jika terjadi komplikasi

Asuhan Keperawatan Pasien dg Gangguan Kulit

HERPES SIMPLEKS

Definisi

Herpes simpleks merupakan gangguan kulit, timbul vesikula" berkelompok dan menimbulkan rasa sakit. Infeksi primer dpt menimbulkan gingivostomatitis (peradangan pada gusi dan mukosa mulut), konjungtivitis, vulvovaginitis dan meningoensefalitis.

Etiologi

Herpes simpleks disebabkan oleh infeksi *Herpes Simpleks Virus* (HSV).

Asuhan Keperawatan Pasien dg Gangguan Kulit

HERPES SIMPLEKS

Manifestasi Klinis

Demam, malaise, anoreksia

Pembengkakan kelenjar getah bening

Rasa panas, gatal dan nyeri

Klasifikasi

1. HSV tipe I, biasanya menginfeksi bibir dan menyebabkan luka di bibir, tetapi dapat jg menyebabkan herpes genital, paling banyak ditemukan pada masa anak-anak, biasanya menular melalui kontak sekresi oral dan menyebabkan cold sores dan fever blister.
2. HSV tipe II, penyebab herpes kelamin, tetapi dpt juga menginfeksi bibir, biasanya terjadi setelah puber seiring dg aktivitas seksual, dpt ditularkan melalui kontak dg sekresi genitalia.

Asuhan Keperawatan Pasien dg Gangguan Kulit

PENGKAJIAN

Biodata

Keluhan utama, dapat berupa nyeri, sensasi gatal, lesi kulit atau kemerahan pada kulit

Riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga dan riwayat psikososial

Asuhan Keperawatan Pasien dg Gangguan Kulit

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri akut b/d agen cedera biologis
2. Kerusakan integritas kulit b/d penurunan imunologi
3. Ansietas b/d perubahan status kesehatan
4. Gangguan gambaran diri b/d perubahan struktur tubuh

Asuhan Keperawatan Pasien dg Gangguan Kulit

e. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis	NOC	NIC
1	Nyeri akut b.d agen cedera biologis	<ul style="list-style-type: none"> - Pain level - Pain control - Comfort level <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengontrol nyeri - Klien tampak rileks - Tanda – tanda vital dalam batas normal 	<ul style="list-style-type: none"> - Tentukan riwayat nyeri (lokasi, frekuensi, durasi, dan intensitas) - Berikan teknik relaksasi, visualisasi, dan sentuhan teraupetik - Kurangi faktor presipitasi nyeri - Tingkatkan istirahat
2	Kerusakan integritas kulit b.d penurunan imunologi	<p>Tissue integrity: skin and mucous</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan integritas kulit teratasi - Mencegah trauma kulit - Efek kemerahan tidak ada 	<ul style="list-style-type: none"> - Kaji kulit terhadap efek samping terapi kulit - Mandikan dengan air hangat dan sabun yang tidak iritatif - Dorong klien untuk menghindari menggaruk dan lesi
3	Ansietas b.d perubahan status kesehatan	<p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cemas klien berkurang - Koping klien adaptif 	<ul style="list-style-type: none"> - Tinjau ulang pengalaman klien/orang terdekat sebelumnya dengan herpes - Dorong klien untuk mengungkapkan pikiran dan perasaannya

Asuhan Keperawatan Pasien dg Gangguan Kulit

			<ul style="list-style-type: none">- Pertahankan kontak dengan klien- Bantu klien dalam mengenali dan mengklasifikasi rasa takut untuk memulai mengembangkan strategi koping untuk menghadapi rasa takut- Tingkatkan lingkungan tenang
4	Gangguan gambaran diri b.d perubahan struktur tubuh	<ul style="list-style-type: none">- Body image- Self esteem <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none">- Terlihat percaya dirinya meningkat	<ul style="list-style-type: none">- Diskusikan dengan klien bagaimana diagnosis dan pengobatan yang mempengaruhi kehidupan klien- Dorong diskusi/pecahkan masalah tentang efek penyakit- Berikan dukungan emosi selama fase pengobatan



TERIMA KASIH