

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Stroke

1. Definisi Stroke

Stroke merupakan suatu penyakit yang di akibatkan karna adanya suatu gangguan pada suplai darah ke otak, yang terjadi akibat pecahnya pembuluh darah ataupun dikarenakan adanya halangan dari akibat gumpalan darah, dimana pasokan darah dan nutrisi ke otak menjadi terganggu sehingga menyebabkan kerusakan pada jaringan otak (Agustiani et al., 2023a).

2. Klasifikasi dan Etiologi Stroke

Berdasarkan penyebab utamanya, stroke di bagi menjadi dua kategori, yaitu :

a. Stroke Non Hemoragik (Iskemik)

Stroke iskemik adalah suatu gangguan peredaran darah otak akibatnya tersumbatnya aliran darah otak akibat tersumbatnya aliran pembuluh darah tanpa terjadinya suatu pendarahan. Jenis stroke ini merupakan suatu gangguan peredaran darah otak tanpa terjadi suatu pendarahan yang di tandai dengan kelemahan pada satu atau keempat anggota gerak atau himiparase, nyeri kepala, mual, muntah, pandangan kabur dan kesulitan menelan (dysfhagia) (Agustiani et al., 2023b).

Stroke iskemik terjadi apabila terdapat oklusi atau penyempitan aliran darah ke otak yang biasanya di pengaruhi oleh beberapa faktor seperti usia, jenis kelamin, hipertensi, diabetes, penyakit jantung, tingginya kadar kolesterol dalam tubuh, kebiasaan merokok, konsumsi alkohol yang terus-

menerus, dan penggunaan obat-obatan seperti kokain. Kondisi yang biasanya dapat menyebabkan stroke iskemik salah satunya adalah tingginya kadar kolesterol di dalam tubuh atau dapat disebut dengan hiperkolesterolemia, yaitu peningkatan kadar kolesterol total dalam darah yang disertai dengan penurunan kadar High Density Lipoprotein (HDL), sehingga rasio antara kadar kolesterol total terhadap HDL akan meningkat (Maulida et al., 2018).

Stroke iskemik dibagi menjadi tiga jenis, yaitu :

1. Stroke Trombolik adalah proses terbentuknya trombus yang membuat gumpalan.
2. Stroke Embolik adalah trombus yang telah terbentuk yang dapat berjalan di dalam pembuluh darah dan menutup pembuluh darah yang lebih kecil.
3. Stroke Hipoperfusi Sistemik adalah berkurangnya aliran darah ke seluruh bagian tubuh karena adanya gangguan denyut jantung (Ikra, 2015).

b. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik adalah suatu gangguan peredaran darah otak yang ditandai dengan adanya pendarahan intra serebral atau pendarahan subarakhnoid, tanda yang terjadi adalah penurunan kesadaran, pernafasan cepat, nadi cepat gejala fokal berupa hemiparalisis, pupil mengecil (Agustiani et al., 2023b).

Stroke hemoragik terjadi pada otak yang mengalami kebocoran atau pecahnya pembuluh darah yang ada di dalam otak, sehingga darah menggenangi atau menutupi ruang-ruang jaringan sel di dalam otak.

Stroke hemoragik umumnya didahului oleh penyakit hipertensi. Hipertensi merupakan faktor resiko paling penting pada kejadian stroke hemoragik baik bagi laki-laki ataupun perempuan (Setiawan, 2020a).

Selain diakibatkan oleh hipertensi, stroke hemoragik juga bisa diakibatkan oleh tumor intrakranial, penyakit moyamoya, gangguan pembekuan darah, leukimia, serta dipengaruhi juga oleh usia, jenis kelamin, ras/suku, dan faktor genetik (Setiawan, 2020b).

Klasifikasi dari stroke hemoragik dibagi menjadi dua, yaitu :

a. Perdarahan Intracerebral (PIS)

Perdarahan intracerebral diakibatkan oleh pecahnya pembuluh darah intracerebral sehingga darah keluar dari pembuluh darah dan kemudian masuk ke dalam jaringan otak. Bila perdarahan luas dan secara mendadak sehingga daerah otak yang rusak cukup luas, maka keadaan ini biasa disebut ensefaloragia.

Perdarahan Intracerebral diakibatkan oleh pecahnya pembuluh darah intracerebral sehingga darah keluar dari pembuluh darah dan kemudian masuk ke dalam jaringan otak. Penyebab utama Perdarahan Intracerebral biasanya karena hipertensi yang berlangsung lama lalu terjadi kerusakan dinding pembuluh darah dan salah satunya adalah terjadinya mikroaneurisma. Faktor pencetus lain adalah stres fisik, emosi, peningkatan tekanan darah mendadak yang mengakibatkan pecahnya pembuluh darah. Sekitar 60-70% Perdarahan Intracerebral disebabkan oleh hipertensi. Penyebab lainnya adalah deformitas pembuluh darah bawaan serta kelainan koagulasi. Bahkan, 70% kasus berakibat fatal, terutama apabila perdarahannya luas (masif) (Ningrum,

2022a).

b. Perdarahan Subarachnoid (PSA)

Perdarahan subarachnoid adalah masuknya darah ke ruang subarachnoid baik dari tempat lain (perdarahan subarachnoid sekunder) dan sumber perdarahan berasal dari rongga subarachnoid itu sendiri (perdarahan subarachnoid primer).

Penyebab paling sering dari PSA yaitu adanya robekan aneurisma, angioma, gangguan koagulasi, kelainan hematologi (misalnya, trombositopenia, leukemia dan anemia aplastik) , tumor, ataupun infeksi (seperti misalnya, vaskulitis, sifilis, ensefalitis, herpes simpleks, mikosis bahkan TBC). Sebagian kasus Perdarahan subarachnoid terjadi tanpa sebab dari luar tetapi sepertiga kasus terkait dengan stres mental dan fisik. Kegiatan fisik yang menonjol seperti :mengangkat beban, menekuk, batuk atau bersin yang terlalu keras, mengejan dan hubungan intim (koitus) kadang juga bisa menjadi penyebabnya (Ningrum, 2022b).

3. Patofisiologi Stroke

Stroke merupakan penyakit yang menyerang daerah otak. Penyakit ini sangat berbahaya karena otak merupakan organ vital yang mengontrol semua fungsi tubuh. Jika terkena stroke maka akan mengakibatkan disfungsi organ motorik yang berada di tubuh manusia (Sutejo et al., 2023a).

Otak merupakan organ kompleks manusia yang terdiri dari sel-sel saraf (nerve cell) yang bertanggung jawab pada semua sinyal dan sensasi yang membuat tubuh manusia dapat berpikir, bergerak, dan menimbulkan reaksi dari suatu kejadian atau keadaan. Otak adalah organ yang memerlukan suplai

oksigen dan nutrisi secara terus-menerus karena otak tidak dapat menyimpan energi. Suplai oksigen dan nutrisi didapatkan dari darah yang disirkulasikan dari jantung melalui arteri yang ada pada tubuh manusia menuju otak (Setiawan, 2020b).

Jaringan otak yang kekurangan oksigen selama lebih dari 60- 90 detik akan menurun fungsinya. Aterosklerosis yang menyebabkan elastisitas pembuluh darah menurun, pada otak atau oleh emboli dari pembuluh darah diluar otak yang tersangkut di arteri otak kemudian menyebabkan sirkulasi serebral terganggu terjadi akibat suplai darah ke jaringan otak berkurang yang disebabkan karena obstruksi total atau sebagian pembuluh darah otak di satu atau lebih arteri besar pada sirkulasi serebrum pada jaringan otak dan membuat kerusakan jaringan neuron sekitarnya akibat proses hipoksia. Kemudian mengalami penurunan pada fungsi motorik & muskuloskeletal dan selanjutnya adanya kelemahan anggota gerak. Pada pasien Stroke dengan hemiparese dan hemiplegia penderita akan mengalami kesulitan dalam melakukan aktifitas karena keterbatasan ruang gerak. Maka masalah keperawatan dalam masalah ini adalah Gangguan Mobilitas Fisik yang merupakan keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (SDKI, 2017).

4. Manifestasi Klinis Stroke

Stroke pada dasarnya menyebabkan penderitanya mengalami gangguan secara fisik dengan tanda dan gejalanya yang bisa dilihat secara langsung. Adapun beberapa gangguan fisik yang biasanya ada pada penderita stroke, yaitu:

- a. Mengalami hemiparase (kelemahan) di satu atau kedua sisi tubuh
- b. Mengalami hemiplegia (kelumpuhan) yang merupakan salah satu bentuk defisit motorik
- c. Kehilangan kontrol gerakan tubuh ataupun perubahan cara berjalan
- d. Adanya gangguan fungsional dalam beraktivitas sehari-hari seperti mandi, makan, ke toilet, dan berpakaian
- e. Adanya keterbatasan tonus otot saat bergerak yang ditandai dengan penurunan kekuatan otot dan sendi
- f. Refleks sistem saraf menurun
- g. Penurunan keseimbangan tubuh mengakibatkan kesulitan berjalan serta melakukan aktivitas
- h. Rentang gerak menurun/gerakan menjadi gemetar
- i. Kesulitan bicara secara tiba-tiba
- j. Hipertensi (Putri et al., 2023)

5. Faktor Resiko Stroke

a. Usia

Umumnya stroke diderita oleh orang tua, karena proses penuaan menyebabkan pembuluh darah mengeras dan menyempit dan adanya lemak yang menyumbat pembuluh darah. Mayoritas stroke menyerang semua orang berusia diatas 50 tahun. Namun, dengan pola makan dan jenis makanan yang ada sekarang ini tidak menutup kemungkinan stroke bisa menyerang mereka yang berusia muda. Beberapa kasus terakhir menunjukkan peningkatan kasus stroke yang terjadi pada usia remaja dan usia produktif (15-40 tahun). Pada golongan ini, penyebab utama stroke adalah stress, penyalahgunaan narkoba, alkohol, faktor keturunan dan gaya

hidup yang tidak sehat (Sutejo et al., 2023b).

b. Jenis Kelamin

Jenis kelamin merupakan salah satu faktor yang dapat menimbulkan serangan stroke. Berdasarkan faktor risiko stroke menyerang laki-laki 19% lebih banyak dibandingkan perempuan. Tetapi faktor ini juga didukung oleh faktor-faktor lain yang menjadi faktor pencetus stroke, misalnya kebiasaan merokok dan minum alkohol. Perempuan lebih terlindungi dari penyakit jantung dan stroke sampai pertengahan hidupnya karena hormon estrogen yang dimilikinya. Maka dari itu, laki-laki lebih tinggi resiko mendapat serangan stroke dibandingkan dengan perempuan (Sutejo et al., 2023b).

c. Riwayat Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor risiko yang kuat untuk terjadinya stroke. Hipertensi merupakan faktor risiko utama dari penyakit stroke iskemik, baik tekanan sistolik maupun tekanan diastoliknya yang tinggi. Semakin tinggi tekanan darah seseorang, maka semakin besar resiko untuk terkena stroke. Hal ini disebabkan oleh hipertensi dapat menipiskan dinding pembuluh darah dan merusak bagian dalam pembuluh darah yang mendorong terbentuknya plak aterosklerosis sehingga memudahkan terjadinya penyumbatan atau pendarahan stroke (Sutejo et al., 2023b).

d. Riwayat Merokok

Perokok lebih rentan mengalami stroke dibandingkan bukan perokok. Nikotin dalam rokok membuat jantung bekerja keras karena frekuensi denyut jantung dan tekanan darah meningkat. Nikotin juga mengurangi kelenturan arteri serta dapat menimbulkan aterosklerosis. Zat-zat kimia

beracun dalam rokok, seperti nikotin dan karbon monoksida yang dapat merusak lapisan endotel pembuluh darah arteri, meningkatkan tekanan darah, dan menyebabkan kerusakan pada sistem kardiovaskular melalui berbagai macam mekanisme tubuh. Rokok juga berhubungan dengan meningkatnya kadar fibrinogen, agregasi trombosit, menurunnya HDL dan meningkatnya hematokrit yang dapat mempercepat proses aterosklerosis yang menjadi faktor untuk terkena stroke (Sutejo et al., 2023b).

e. Riwayat Diabetes Melitus

Seseorang yang mengidap diabetes melitus mempunyai resiko serangan stroke iskemik 2 kali lipat dibanding mereka yang tidak diabetes. Kondisi seseorang yang menderita diabetes mellitus dapat meningkatkan risiko untuk terkena stroke. Hal ini disebabkan oleh karena diabetes mellitus dapat meningkatkan prevalensi aterosklerosis dan juga meningkatkan prevalensi faktor risiko lain seperti hipertensi, obesitas, dan hiperlipidemia. Pengontrolan tekanan darah pada pasien diabetes mellitus juga perlu dilakukan di samping pemeriksaan ketat kadar gula darah. Tekanan darah yang dianjurkan pada penderita diabetes mellitus adalah <130/80 mmHg.

Berdasarkan uraian diatas bahwa seseorang yang mengidap diabetes mellitus berisiko terserang stroke 2 kali lipat dibanding mereka yang tidak mengidap diabetes mellitus (Sutejo et al., 2023b).

6. Komplikasi Stroke

Stroke merupakan penyakit yang mempunyai risiko tinggi terjadinya komplikasi medis, adanya kerusakan jaringan saraf pusat yang terjadi secara dini pada stroke, sering diperlihatkan adanya gangguan kognitif, fungsional,

dan defisit sensorik. Pada umumnya pasien pasca stroke memiliki komorbiditas yang dapat meningkatkan risiko komplikasi medis sistemik selama pemulihan stroke. Komplikasi medis sering terjadi dalam beberapa minggu pertama serangan stroke. Pencegahan, pengenalan dini, dan pengobatan terhadap komplikasi pasca stroke merupakan aspek penting. Beberapa komplikasi stroke dapat terjadi akibat langsung stroke itu sendiri, imobilisasi atau perawatan stroke. Hal ini memiliki pengaruh besar pada luaran pasien stroke sehingga dapat menghambat proses pemulihan neurologis dan meningkatkan lama hari rawat inap di rumah sakit. Komplikasi jantung, pneumonia, tromboemboli vena, demam, nyeri pasca stroke, disfagia, inkontinensia, dan depresi adalah komplikasi sangat umum pada pasien stroke serta adanya infeksi saluran kemih yang terjadi pada pasien dengan stroke akut (Mutiarasari, 2019a).

7. Penatalaksanaan Stroke

Penanganan stroke merupakan salah satu kunci penting dalam mengurangi kematian dan meminimalkan kerusakan otak yang ditimbulkan oleh stroke adalah dengan memberikan penanganan yang cepat dan tepat. Jika penanganan stroke diberikan lebih dari rentang waktu (*golden hour*) maka kerusakan neurologis yang dialami pasien stroke akan bersifat permanen. Fassbender (2017) menyatakan bahwa waktu yang paling direkomendasikan pada pasien stroke adalah 3-4,5 jam yang disebut dengan *golden hour* (Ningrum, 2022b).

Tujuan terapi adalah memulihkan perfusi ke jaringan otak yang mengalami infark dan mencegah serangan stroke berulang. Terapi dapat menggunakan *Intravenous recombinant tissue plasminogen activator (rtPA)* yang merupakan bukti efektivitas dari trombolisis, obat antiplatelet dan antikoagulan untuk

mencegah referfusi pada pasien stroke iskemik (Mutiarasari, 2019b). Beberapa terapi lain yang sering digunakan, yakni :

a. *Intravenous recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA)*

Obat ini juga disebut dengan rrt PA, t-PA, tPA, alteplase (nama generik), atau aktivase atau aktilise (nama dagang). Pedoman terbaru bahwa rt-PA harus diberikan jika pasien memenuhi kriteria untuk perawatan. Pemberian rt-PA intravena antara 3 dan 4,5 jam setelah onset serangan stroke telah terbukti efektif pada uji coba klinis secara acak dan dimasukkan ke dalam pedoman rekomendasi oleh Amerika Stroke Association (rekomendasi kelas I, bukti ilmiah level B) dan European Stroke Organisation (rekomendasi kelas I, bukti ilmiah level A). Penentuan penyebab stroke sebaiknya ditunda hingga setelah memulai terapi rt-PA. Dasar pemberian terapi rt-PA menyatakan pentingnya pemastian diagnosis sehingga pasien tersebut benar – benar memerlukan terapi rt-PA, dengan prosedur CT scan kepala dalam 24 jam pertama sejak masuk ke rumah sakit dan membantu mengeksklusikan stroke.

b. Terapi antiplatelet

Pengobatan pasien stroke iskemik dengan penggunaan antiplatelet 48 jam sejak onset serangan dapat menurunkan risiko kematian dan memperbaiki luaran pasien stroke dengan cara mengurangi volume kerusakan otak yang diakibatkan iskemik dan mengurangi terjadinya stroke iskemik ulangan sebesar 25%. Antiplatelet yang biasa digunakan diantaranya aspirin, clopidogrel. Kombinasi aspirin dan clopidogrel dianggap untuk pemberian awal dalam waktu 24 jam dan kelanjutan selama 21 hari. Pemberian aspirin dengan dosis 81 – 325 mg dilakukan

pada sebagian besar pasien. Bila pasien mengalami intoleransi terhadap aspirin dapat diganti dengan menggunakan clopidogrel dengan dosis 75 mg per hari atau dipiridamol 200 mg dua kali sehari.

c. Terapi antikoagulan

Terapi antikoagulan sering menjadi pertimbangan dalam terapi akut stroke iskemik, tetapi uji klinis secara acak menunjukkan bahwa antikoagulan tidak harus secara rutin diberikan untuk stroke iskemik akut. Penggunaan antikoagulan harus sangat berhati-hati. Antikoagulan sebagian besar digunakan untuk pencegahan sekunder jangka panjang pada pasien dengan fibrilasi atrium dan stroke kardioemboli. Terapi antikoagulan untuk stroke kardioemboli dengan pemberian heparin yang disesuaikan dengan berat badan dan warfarin (Coumadin) mulai dengan 5-10 mg per hari. Terapi antikoagulan untuk stroke iskemik akut tidak pernah terbukti efektif. Bahkan di antara pasien dengan fibrilasi atrium, tingkat kekambuhan stroke hanya 5 – 8% pada 14 hari pertama, yang tidak berkurang dengan pemberian awal antikoagulan akut. Hal ini sama dengan hasil penelitian yang dilakukan Taylor et al yang menyatakan tidak ada perbedaan yang bermakna pada pemberian warfarin pada pasien stroke iskemik dengan hasil elektrokardiogram (EKG) menunjukkan fibrilasi atrium, baik sebelum dan sesudah penerapan clinical pathway (Mutiarasari, 2019b).

d. Terapi Hemostatik

Terapi hemostatik diberikan untuk mengurangi perkembangan hematoma. Ini sangat penting untuk membalikkan koagulopati pada pasien yang memakai antikoagulan. Pada saat akan melakukan koreksi

koagulopati, diperlukan pemeriksaan hemostasis, misalnya Prothrombin Time (PT), Activated Aartial Thrombin Time (APTT), International Normalized Ratio (INR) dan trombosit (Ningrum, 2022b).

e. Terapi Antiepilepsi

Sekitar 3- 17% pasien akan mengalami kejang dalam dua minggu pertama, dan 30% pasien akan menunjukkan aktivitas kejang listrik pada pemantauan EEG. Mereka yang mengalami kejang klinis atau kejang elektrografik harus diobati dengan obat antiepilepsi. Hematoma lobaris dan pembesaran hematoma menghasilkan kejang, yang berhubungan dengan perburukan neurologis. Kejang subklinis dan status epilepsi non-konvulsif juga dapat terjadi. Pemantauan EEG berkelanjutan diindikasikan pada pasien dengan penurunan tingkat kesadaran. Jika tidak, obat antikonvulsan profilaksis tidak dianjurkan, menurut pedoman ASA (Ningrum, 2022b).

8. Pemeriksaan Diagnostik

Jenis pemeriksaan diagnostik yang dapat dilakukan untuk dapat mengidentifikasi jenis stroke pada pasien menurut (Sutarwi, Bakhtiar, & Rochana, 2020), yakni :

a. Angiografiserebral

Identifikasi penyebab spesifik stroke, seperti pendarahan atau penyumbatan arteri.

b. Single-photon emission computed tomography (SPECT)

Mendeteksi daerah abnormal dan daerah otak yang mendeteksi, menemukan, dan mengukur stroke (sebelum muncul pada pemindaian CT-Scan).

c. Computed tomography scan (CT-Scan)

Pemindaian ini menunjukkan lokasi edema, lokasi hematoma, keberadaan dan lokasi pasti infark atau iskemia di jaringan otak. Pemeriksaan ini harus segera kurang dari 12 jam dilakukan pada kasus dugaan perdarahan subarachnoid. Bila hasil CT Scan tidak menunjukkan adanya perdarahan subarachnoid, maka langsung dilanjutkan dengan tindakan fungsi lumbal untuk menganalisa hasil cairan serebrospinal dalam kurun waktu 12 jam. Kemudian dilanjutkan pemeriksaan spektrofotometri cairan serebrospinal untuk mendeteksi adanya *xanthochro xanthochromia*.

d. MRI

Hasil yang diperoleh dengan menilai lokasi dan derajat perdarahan otak menggunakan gelombang magnet adalah lesi dan infark karena perdarahan. MRI tidak dianjurkan untuk mendeteksi perdarahan dan tidak disarankan untuk mendeteksi perdarahan subarachnoid.

e. Elektroencefalography

Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak atau mungkin memperlihatkan lesi yang spesifik.

f. Sinar X Tengkorak

Menggambarkan perubahan kelenjar pineal daerah yang berlawanan dari masa yang luas, klasifikasi karotis interna terdapat thrombus serebral. Klasifikasi parsial dinding, aneurisme pada perdarahan subarchnoid.

g. Ultrasonography doopler

Mengidentifikasi penyakit ateriovena (masalah system kronis/aliran darah, muncul plaque/aterosklerosis).

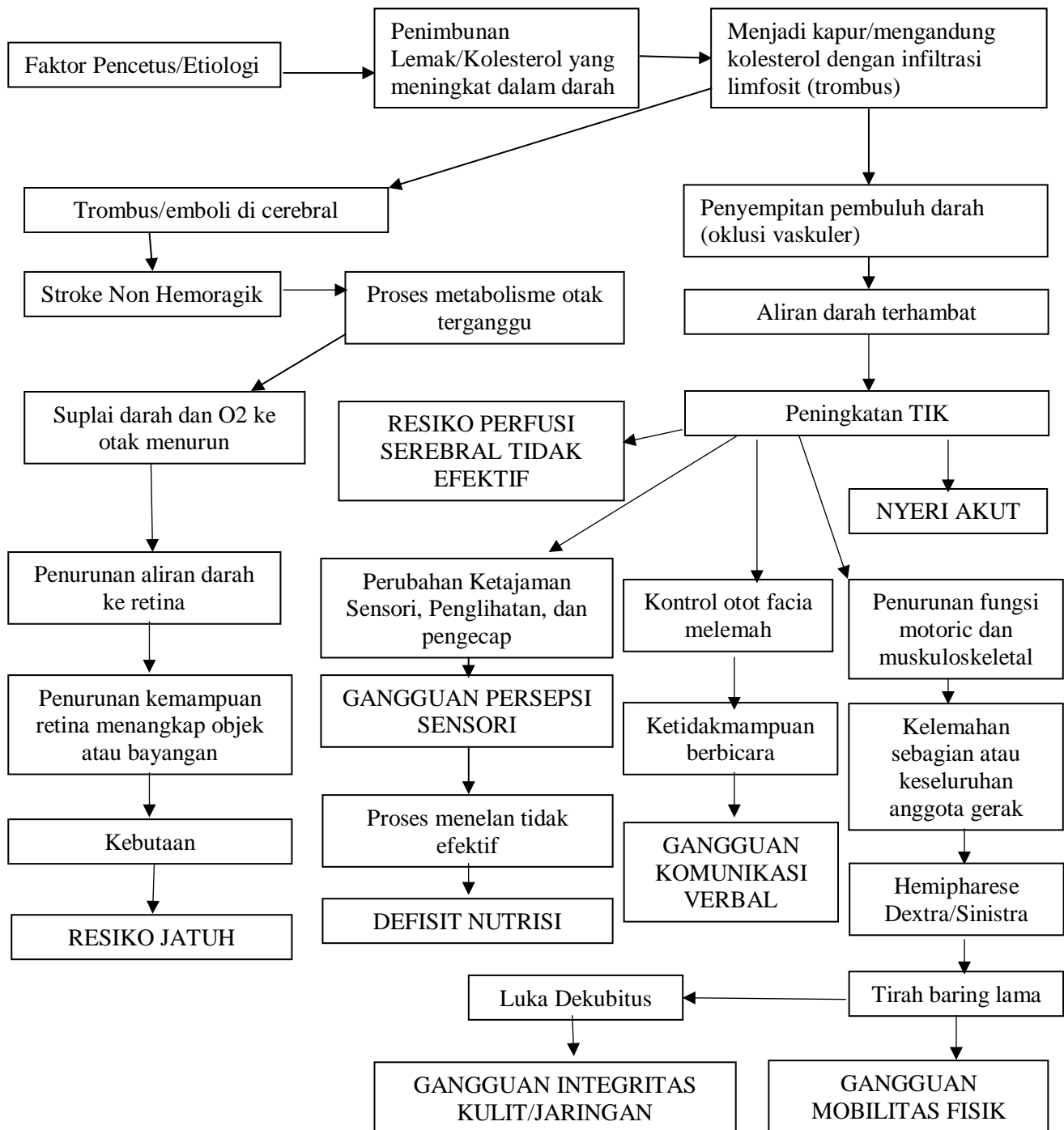
h. Pemeriksaan foto thorax

Dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan tanda hipertensikronis pada penderita stroke. Menggambarkan kelenjar pineal daerah berlawanan dari massa yang meluas.

i. Pemeriksaan laboratorium

- 1) Fungsi lumbal : Tekanan normal biasanya ada trhombosis, emboli dan TIA. Sedangkan tekanan yang meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan subarchnoid atau intrakranial. Kadar protein total meningkat pada kasus trhombosis sehubungan dengan proses inflamasi.
- 2) Pemeriksaan Darah Rutin
- 3) Pemeriksaan Kimia Darah : Pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia (Ningrum, 2022b).

9. Pathway



Bagan 2.1 Pathway Stroke

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan yang terdiri dari pengumpulan data baik data subyektif maupun data obyektif dan perumusan masalah. Adapun Fokus pengkajian pada klien dengan stroke menurut (Muttaqin, 2012) yaitu:

a. Identitas Klien

Nama, umur, jenis kelamin, status, suku, agama, alamat, pendidikan, diagnosa medis, tanggal MRS, dan tanggal pengkajian diambil.

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama, umur, pendidikan, agama, suku, hubungan dengan klien, pekerjaan dan alamat.

c. Keluhan Utama

Biasanya mengalami kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi dan penurunan tingkat kesadaran. Pada pasien dengan resiko luka tekan, tanda-tanda yang sering dikeluhkan yaitu nyeri, panas, kemerahan dan kulit kering. Keluhan ini biasanya dapat dilihat terjadinya perubahan kondisi pada area keluhan misalnya di bagian belakang kepala, daerah bokong, tumit, bahu ataupun juga bisa ditemukan di pangkal paha.

d. Riwayat Kesehatan Sekarang

Serangan stroke sering kali berlangsung sangat mendadak saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, kelumpuhan separuh badan

atau gangguan fungsi otak yang lain. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intrakranial. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsif dan koma.

Pada pasien stroke yang mengalami resiko luka tekan, hal-hal yang perlu dikaji adalah mulai kapan keluhan yang dirasakan terjadi, lokasi keluhan, intensitas, frekuensi, faktor yang memperberat dan memperingan, serta keluhan lain yang dirasakan, seperti gatal, mati rasa, immobilisasi, demam, edema ataupun neuropati.

e. Riwayat Kesehatan Dahulu

Adanya riwayat hipertensi, DM, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kotrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulasi, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, kegemukan. Selain itu, perlu juga dilakukan pengkajian apakah pasien mempunyai alergi obat selama melakukan terapi pengobatan dan apakah pasien pernah melakukan bedrest dalam waktu yang lama sehingga terjadinya immobilisasi, inkontinensia ataupun juga karena adanya nutrisi atau hidrasi yang inadekuat.

f. Riwayat Penyakit Keluarga

Riwayat penyakit keluarga perlu dipertanyakan, karena penyembuhan luka dapat dipengaruhi oleh penyakit-penyakit keturunan seperti, DM, alergi ataupun hipertensi.

g. Riwayat Psikososial

Stroke memang suatu penyakit yang sangat mahal. Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan dan perawatan dapat mengacaukan keuangan

keluarga sehingga faktor biaya ini dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran klien dan keluarga, seperti perasaan depresi, frustrasi, ansietas ataupun keputusasaan. Selain itu juga dapat berpengaruh pada pola hidup sehari-hari sehingga memungkinkan dapat menyebabkan adanya gangguan pada kulit.

h. Pemeriksaan Fisik

- 1) Tingkat Kesadaran : Kualitas kesadaran pasien merupakan parameter yang paling mendasar dan parameter yang paling penting yang membutuhkan pengkajian. Tingkat keterjagaan pasien dan respon terhadap lingkungan adalah indikator paling sensitif untuk disfungsi sistem persarafan.
- 2) Keadaan Umum : Umumnya penderita datang dengan keadaan sakit dan gelisah atau cemas akibat adanya kerusakan integritas kulit yang dialami.
- 3) Gerakan, Kekuatan dan Koordinasi Kelemahan otot merupakan tanda penting gangguan fungsi pada beberapa gangguan neurologis. Perawat dapat menilai kekuatan ekstremitas dengan memberikan tahanan pada berbagai otot, dengan menggunakan otot perawat sendiri atau menggunakan gaya gravitasi.
- 4) Tanda Vital : Tanda-tanda klasik dari peningkatan tekanan intra kranial meliputi kenaikan tekanan sistolik dalam hubungan dengan tekanan nadi yang membesar, nadi lemah atau lambat dan pernapasan tidak teratur.
- 5) Kepala dan Rambut : Pemeriksaan meliputi bentuk kepala, penyebaran dan perubahan warna rambut serta pemeriksaan adanya

luka. Jika ada luka pada daerah tersebut, maka akan menyebabkan timbulnya rasa nyeri dan juga kerusakan pada kulit.

- 6) Mata : Meliputi kesimetrisan, konjungtiva, reflek pupil terhadap cahaya dan gangguan penglihatan.
- 7) Hidung : Meliputi pemeriksaan mukosa hidung, kebersihan, tidak timbul pernafasan cuping hidung serta tidak ada sekret
- 8) Mulut : Catat keadaan sianosis atau bibir kering
- 9) Telinga : Catat bentuk gangguan pendengaran akibat benda asing, perdarahan dan juga serumen. Pada penderita yang mengalami *bedrest* dengan posisi miring, kemungkinan akan terjadi luka tekan di daerah daun telinga.
- 10) Leher : Mengetahui posisi trakea, denyut nadi karotis, ada tidaknya pembesaran vena jugularis ataupun kelenjar limfe.
- 11) Urogenital : Inspeksi adanya kelainan ataupun adanya luka di perineum. Biasanya pada klien stroke dengan gangguan mobilisasi, terdapat kateter yang terpasang untuk buang air kecil.
- 12) Muskuloskeletal : Adanya penurunan kekuatan otot dapat menyebabkan gangguan mobilisasi pada pasien stroke sehingga memperbesar kemungkinan terjadinya luka tekan
- 13) Neurologi : Tingkat kesadaran yang dapat diukur dengan GCS (*Glaucoma Scale*) yang nilainya bisa menurun bila terjadi nyeri yang hebat, demam, mual muntah serta kaku kuduk.
- 14) Integumen : Pengkajian ini melibatkan seluruh area kulit termasuk membrane mukosa, kulit kepala, rambut serta kuku. Tampilan kulit yang perlu dikaji yaitu warna, suhu, kelembaban, kekeringan, tekstur

kulit, lesi, serta vaskularitas.

a. Warna, dipengaruhi oleh aliran darah, oksigenasi, suhu tubuh serta produksi pigmen

b. Lesi, yang terdiri dari :

1) Lesi Primer, yang terjadi karena adanya perubahan pada salah satu komponen kulit

2) Lesi Sekunder, adalah lesi yang muncul setelah adanya lesi primer berupa warna, bentuk dan juga lokasi.

3) Edema, melakukan pengkajian atau inspeksi kulit, mencatat lokasi, distribusi serta warna daerah edema.

c. Kelembaban

Normalnya kelembaban dapat menurun yang ditandai dengan kulit kering yang dapat disebabkan oleh faktor lingkungan, intake cairan serta proses menua.

d. Kebersihan Kulit

e. Vaskularitas

Perdarahan dari pembuluh darah menghasilkan *petechie* dan echimosis.

f. Palpasi Kulit

Yang perlu diperhatikan yaitu lesi pada kulit, kelembaban, suhu, tekstur atau elastisitas serta turgor kulit.

2. Diagnosa Keperawatan

Penegakkan diagnosis keperawatan adalah salah satu kompetensi perawat yang menjadi titik awal untuk membuat rencana asuhan keperawatan. Hal ini memperkuat tugas perawat sebagai pembuat diagnosa keperawatan, yang menjadi dasar pengembangan intervensi keperawatan untuk mempromosikan, mencegah, meningkatkan dan memulihkan kesehatan pasien (PPNI, 2017).

Tabel 2.1 Diagnosa Keperawatan Resiko Luka Tekan

Resiko Luka Tekan D.0054 <i>Kategori : Lingkungan</i> <i>Subkategori : Keamanan</i>
Definisi Beresiko mengalami cedera lokal pada kulit dan/atau jaringan, biasanya pada tonjolan tulang akibat tekanan dan/atau gesekan.
Faktor Resiko <ol style="list-style-type: none">1. Skor Skala Braden $Q \leq 16$ (anak) atau Skor Skala Braden < 18 (dewasa)2. Perubahan fungsi kognitif3. Perubahan sensasi4. Skor ASA (<i>American in Sensation Anesthesiologist</i>) ≥ 25. Anemia6. Penurunan mobilisasi7. Penurunan kadar albumin8. Penurunan oksigenasi jaringan9. Penurunan perfusi jaringan10. Dehidrasi11. Kulit kering12. Edema13. Peningkatan suhu kulit 1-2 °C14. Periode imobilisasi yang lama diatas permukaan yang keras (mis. Prosedur operasi ≥ 2 jam)15. Usia ≥ 65 tahun

16. Berat badan berlebih
17. Fraktur tungkai
18. Riwayat luka tekan
19. Riwayat trauma
20. Hipertermia
21. Inkontinensia
22. Ketidakadekuatan nutrisi
23. Skor RAPS (*Risk Assesment Pressure Score*) rendah
24. Klasifikasi fungsional NYHA (*New York Heart Association*) ≥ 2
25. Efek agen farmakologis (mis. Anestesi umum, vasopressor, antidepresan, norepinefrin)
26. Imobilisasi fisik
27. Penekanan diatas tonjolan tulang
28. Penurunan tebal lipatan kulit trisep
29. Kulit bersisik
30. Gesekan permukaan kulit

Kondisi Klinis Terkait

1. Anemia
2. Gagal jantung kongestif
3. Trauma
4. Stroke
5. Malnutrisi
6. Obesitas
7. Fraktur tungkai
8. Cedera medula spinalis dan/atau kepala
9. Imobilisasi

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan Pengaturan Posisi

No.	Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
1.	<p>Resiko Luka Tekan d.d Penurunan Mobilisasi (D. 0144)</p>	<p>Integritas Kulit dan Jaringan (L. 14125)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, maka Integritas Kulit dan Jaringan Meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>Terjadinya peningkatan pada :</p> <p>Perfusi Jaringan</p> <p>Terjadinya penurunan pada :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri 2. Kemerahan 3. Pigmentasi abnormal 	<p>Pengaturan Posisi (I. 01019)</p> <p>Menempatkan bagian tubuh untuk meningkatkan kesehatan fisiologis dan/atau psikologis.</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>Monitor tanda-tanda vital</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tempatkan pada posisi terapeutik 2. Atur posisi tidur yang disukai, jika tidak kontradiksi 3. Posisikan pada kesejajaran tubuh yang tepat 4. Minimalkan gesekan dan tarikan saat mengubah posisi 5. Ubah posisi setiap 2 jam 6. Ubah posisi dengan teknik <i>log</i>

			<p><i>roll</i></p> <p>7. Pertahankan posisi dan integritas traksi</p> <p>8. Jadwalkan secara tertulis untuk perubahan posisi</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>1. Informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi</p> <p>2. Ajarkan cara menggunakan postur yang baik dan mekanika tubuh yang baik selama melakukan perubahan posisi</p>
--	--	--	--

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan dan pengobatan dan tindakan untuk memperbaiki kondisi dan pendidikan untuk klien keluarga atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien dan faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan dan strategi implementasi

keperawatan dan kegiatan komunikasi (Ningrum, 2022b).

5. Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi atau penilaian adalah perbandingan yang terencana dan sistematis mengenai kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara bersambung dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga kesehatannya. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada perencanaan (Ningrum, 2022b).

Evaluasi yang di harapkan setelah pemberian asuhan keperawatan adalah agar pasien dapat mengetahui dan bisa melakukan hal-hal yang telah dipelajari sehingga dapat melakukan perawatan mandiri.

C. Konsep Luka Tekan

1. Definisi

Luka tekan dapat didefinisikan sebagai nekrosis atau gangguan jaringan lokal pada kulit, terutama area tonjolan tulang dengan jaringan eksternal yang diakibatkan oleh tekanan pada jaringan lunak di area kulit dalam waktu yang lama. Bagian tubuh yang beresiko tinggi terkena luka tekan yaitu sakrum, tumit, siku, maleolus lateral, trokanter besar serta tuberositas iskial yang biasanya sering ditemukan pada pasien yang mengalami tirah baring, terutama pada pasien stroke. Dengan adanya beberapa faktor resiko terhadap terjadinya luka tekan yang dapat timbul, antara lain inkontinensia, imobilitas, gangguan nutrisi, oksigenasi yang memburuk serta dapat terjadinya inotropik (Primalia & Hudiawati, 2020a).

2. Etiologi

Luka tekan beresiko besar terjadi pada pasien dengan kondisi kelemahan pada satu atau semua anggota gerak yang menjadi penyebab pasien menjalani perawatan dengan tirah baring yang biasanya ditemukan pada pasien stroke. Tirah baring inilah yang membuat pasien memiliki ketergantungan terhadap orang lain yang dimana semakin tinggi tingkat ketergantungan pasien maka akan semakin tinggi juga resiko luka tekan dapat terjadi (Primalia & Hudiyawati, 2020b).

Selain itu, ada beberapa penyebab lain dari luka tekan, yaitu :

1. Lanjut Usia (>70 tahun)
2. Keterbatasan mobilitas fisik (Anggraini, 2022).
3. Gaya gesek antar permukaan kulit dan tempat tidur dalam jangka waktu lama
4. Kelembapan kulit atau lingkungan
5. Nutrisi yang tidak adekuat
6. Anemia
7. Infeksi
8. Gangguan sirkulasi (Primalia & Hudiyawati, 2020b).

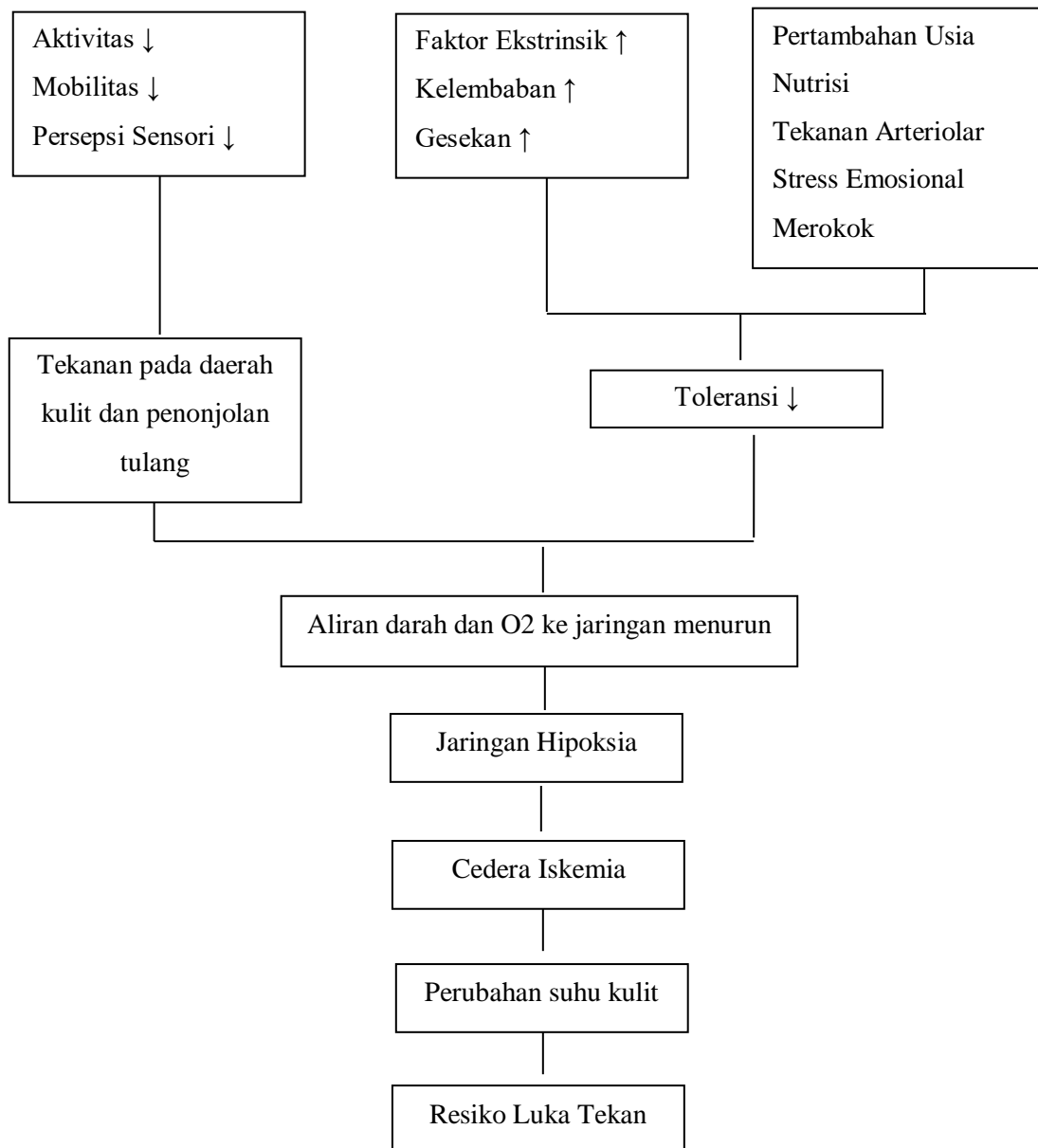
3. Patofisiologi Luka Tekan

Luka tekan dapat disebabkan oleh banyak faktor (faktor eksternal dan internal), akan tetapi hampir semua akan menunjukkan gejala yaitu terjadinya iskemia dan nekrosis. Luka tekan disebabkan oleh tekanan mekanis yang tidak dapat dihilangkan ke jaringan lunak, paling sering terjadi pada tulang yang menonjol seperti sakrum, ishium, tumit, atau trokanter. Hal ini dapat dilihat pada lokasi ulkus yang sering terbentuk akibat tekanan.

Jaringan kulit dapat mempertahankan jumlah tekanan eksternal yang tidak normal, akan tetapi tekanan konstan dalam periode yang cukup lama merupakan penyebab utama dari luka tekan. Tekanan eksternal harus melebihi tekanan kapiler arteri (32 mmHg) untuk menghambat aliran darah dan harus lebih besar dari tekanan penutupan kapiler (8 hingga 12 mmHg) untuk menghambat kembalinya aliran darah dari vena.

Jika tekanan di atas nilai tersebut dipertahankan, hal ini akan menyebabkan iskemia pada jaringan tubuh dan lebih lanjut akan mengakibatkan nekrosis jaringan. Tekanan yang cukup besar ini dapat disebabkan oleh kompresi atau tekanan dari kasur yang keras, pagar tempat tidur rumah sakit, atau permukaan keras tempat pasien bersentuhan. Gesekan yang disebabkan oleh kulit yang memiliki kontak langsung dengan permukaan seperti pakaian atau tempat tidur juga dapat menyebabkan timbulnya luka yang terjadi pada saat istirahat di lapisan kulit yang superfisial. Kelembaban dapat menyebabkan ulkus dan memperburuk ulkus yang ada melalui kerusakan jaringan dan maserasi (Muhammad Hafizh Izuddin Alzamani et al., 2022).

4. Pathway Resiko Luka Tekan



Bagan 2.2 Pathway Resiko Luka Tekan

5. Klasifikasi Luka Tekan

Menurut NPUAP (*National Pressure Ulcers Advisory Panel*) 2014, luka tekan dibagi menjadi 4 stadium, yaitu :

1. Stadium 1

- a. Adanya perubahan dari kulit yang dapat diobservasi. Apabila dibandingkan dengan kulit normal, maka akan tampak tanda perubahan temperatur kulit (lebih dingin atau lebih hangat)
- b. Perubahan konsistensi jaringan (lebih keras atau lunak)
- c. Perubahan sensasi (gatal atau nyeri)
- d. Pada orang berkulit putih, mungkin terlihat seperti kemerahan yang menetap. Dan pada yang berkulit gelap, luka akan terlihat berwarna merah yang menetap, biru atau ungu.

2. Stadium 2

Hilangnya sebagian lapisan kulit yaitu epidermis, dermis ataupun keduanya. Ciri lukanya yaitu superficial, abrasi, melepuh atau membentuk lubang yang dangkal.

3. Stadium 3

Hilangnya lapisan kulit secara lengkap, meliputi kerusakan atau nekrosis dari subkutan atau lebih dalam, tapi tidak sampai pada fascia. Lukanya terlihat seperti lubang yang dalam.

4. Stadium 4

Hilangnya lapisan kulit secara lengkap dengan kerusakan yang luas, nekrosis jaringan, kerusakan otot, tulang serta tendon. Adanya lubang yang dalam serta saluran sinus juga termasuk dalam stadium 4 dari luka tekan (Primalia & Hudiyawati, 2020b).

6. Faktor Resiko Luka Tekan

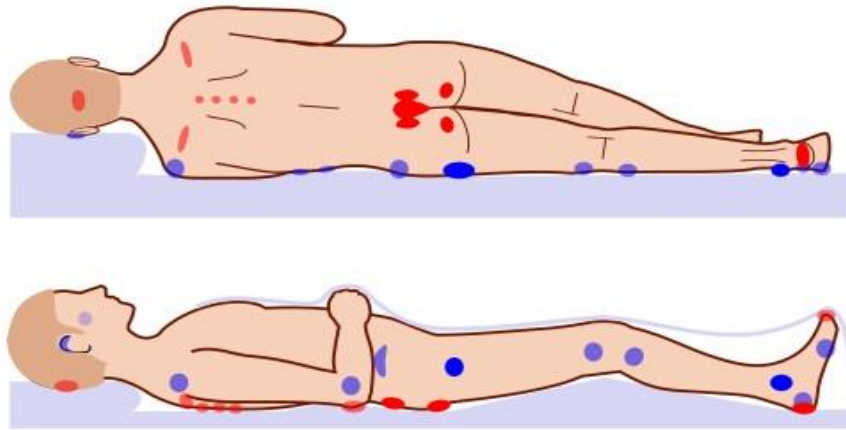
Luka tekan dapat disebabkan oleh dua faktor, yakni faktor eksternal dan faktor internal. Faktor eksternal nya dapat berupa tekanan, gesekan, gaya geser tiba-tiba, serta adanya kelembapan di kulit ataupun lingkungan yang bersentuhan dengan kulit. Faktor internalnya dapat berupa demam, malnutrisi/kekurangan energi, anemia serta adanya disfungsi endotel. Adapun kondisi yang mempengaruhi terbentuknya luka tekan, diantaranya yaitu :

- a. Imobilitas : Pasien yang tidak bergerak minimal dua jam terbaring di tempat tidur, maka dapat terbentuk dasar dari ulkus dekubitus
- b. Disfungsi Mekanisme Pengaturan Saraf : Terganggunya bagian sistem tubuh yang bertanggung jawab untuk pengaturan aliran darah lokal, apabila terjadi disfungsi atau kegagalan, maka terbentuklah ulkus
- c. Tekanan Berkepanjangan : Apabila terjadi tekanan yang lama pada jaringan dan berpengaruh pada oklusi kapiler sehingga tingkat oksigen menjadi rendah di daerah tersebut, jaringan iskemik menumpuk metabolit beracun, sehingga pada akhirnya terbentuklah ulserasi jaringan dan nekrosis
- d. Kondisi Tertentu : Pasien dengan Penyakit Neurologis, Penyakit Kardiovaskular, anestesi berkepanjangan, dehidrasi, malnutrisi, hipotensi hingga terkadang pada pasien bedah (Muhammad Hafizh Izuddin Alzamani et al., 2022b).

7. Penilaian Resiko Luka Tekan

Beberapa bagian tubuh yang bisa diidentifikasi yaitu dibagian tubuh dengan tulang yang menonjol seperti ditunjukkan oleh gambar berikut yang ditandai dengan titik biru untuk daerah resiko rendah dan titik merah untuk daerah resiko tinggi. Di bagian tubuh ini, seringkali ditemukan adanya tanda-

tanda resiko dapat munculnya luka tekan sehingga ketika dilakukan pengkajian maupun pemeriksaan fisik hingga penatalaksanaan intervensi akan lebih difokuskan ke bagian-bagian tubuh tersebut.



Gambar 2.1 Titik Penilaian Resiko Luka Tekan

Dalam melakukan penilaian untuk mengidentifikasi adanya kemungkinan terjadinya resiko luka tekan pada pasien, maka dari itu perlu adanya instrumen atau alat ukur penelitian yang sesuai dengan tingkat resiko yang ingin dilakukan pengukuran.

Beberapa instrumen penelitian yang biasanya digunakan untuk menilai tingkat resiko luka tekan, diantaranya dengan menggunakan Skala Norton ataupun dengan Skala Braden.

a) Skala Norton (*Norton Scale*)

Skala Norton (*Norton Scale*) merupakan instrumen penilaian resiko luka tekan pertama di dunia, yang ditemukan dan dirancang oleh Doreen Norton pada tahun 1962. Yang dalam pengaplikasiannya dengan mengidentifikasi lima faktor resiko utama yang dipisah menjadi sub-divisi dengan satu hingga dua deskripsi yang menggambarkan variasi atau kriteria masing-masing faktor resiko per sub-divisi sehingga dapat memudahkan

dalam penilaian tingkat resiko luka tekan pada pasien dengan gangguan mobilisasi (Wahidin, 2017a).

Instrumen pengkajian luka tekan menggunakan Skala Norton ini sangat baik dalam menentukan tingkat resiko terjadinya luka tekan dan hal ini telah dibuktikan oleh penelitian Widodo (2007) yang melakukan study komparatif antara Skala Norton dengan Skala Braden dan didapatkan hasil Skala Norton lebih peka dibandingkan dengan braden dalam hal deteksi dini terjadinya luka tekan. Pada penelitian ini juga terbukti bahwa setelah diterapkannya Skala Norton dalam enam hari perawatan pada pasien didapatkan penurunan resiko terjadinya luka tekan pada hari ke enam dengan resiko rendah sebesar 70,3% dan sedang 29,7%. Hal ini membuktikan bahwa Skala Norton sangat efektif dalam menilai luka tekan secara dini terhadap pasien bedrest sehingga dapat di cegah atau diturunkan resiko luka tekan dengan perawatan yang lebih dini juga (Wahidin, 2017b).

Berikut ini format penilaian dari Skala Norton untuk mengidentifikasi adanya kemungkinan terjadinya resiko luka tekan pada pasien.

PENILAIAN RESIKO LUKA TEKAN
DENGAN SKALA NORTON (*NORTON SCALE*)

Tabel 2.3 Skala Norton (*Norton Scale*)

No.	Item Penilaian	SKOR
1.	Kondisi Fisik Umum <ul style="list-style-type: none"> • Baik • Lumayan • Buruk • Sangat Buruk 	4 3 2 1
2.	Kesadaran <ul style="list-style-type: none"> • <i>Compos mentis</i> • Apatis 	4 3

	<ul style="list-style-type: none"> • Konfusi/Sopor • Stupor/Koma 	2 1
3.	Aktivitas <ul style="list-style-type: none"> • Dapat Berpindah • Berjalan Dengan Bantuan • Terbatas di Kursi • Terbatas di Tempat Tidur 	4 3 2 1
4.	Mobilitas <ul style="list-style-type: none"> • Bergerak Bebas • Sedikit Terbatas • Sangat Terbatas • Tak Bisa Bergerak 	4 3 2 1
5.	Inkontinensia <ul style="list-style-type: none"> • Tidak Ngompol • Kadang – Kadang • Sering Inkontinensia Urine • Sering Inkontinensia Alvi dan Urine 	4 3 2 1

Keterangan :

Skor <14 : Resiko tinggi terjadinya luka tekan

Skor 12-13 : Resiko Sedang

Skor <12 : Peningkatan resiko 50x lebih besar luka tekan

Skor >14 : Resiko Rendah

b) Skala Braden (*Braden Scale*)

Dalam memfasilitasi untuk melakukan pengkajian terhadap resiko luka tekan pada pasien, maka Braden dan Bergstrom (1984), dalam Bergstrom Demuth dan Braden (1988) telah mengembangkan suatu instrumen penelitian resiko luka tekan yang disebut dengan Skala Braden (*Braden Scale*). Skala Braden ini terdiri dari enam subskala, yang pada lima subskala terdiri atas persepsi sensori, aktivitas, mobilitas, status nutrisi, kelembapan, hingga pergesekan dan pergeseran (Noorhasanah et al., 2023a).

Dalam melakukan pengujian terhadap instrumen ini, banyak penelitian yang telah dilakukan untuk menguji validitas dan reabilitas dari alat ini dibandingkan dengan alat ukur yang lain yaitu Skala Norton dan juga Skala Waterlow yang menunjukkan hasil validitas dan reabilitas yang lebih tinggi ditunjukkan pada Skala Braden. Hal ini memperkuat hasil bahwa tingkat sensitivitas Skala Braden sangat tinggi, yang pendapat ini salah satunya dikemukakan oleh Kale et.al. (2014) dalam artikelnya yang berjudul “Penggunaan Skala Braden Terbukti Efektif Dalam Memprediksi Kejadian Luka Tekan”, yang dalam penelitiannya menunjukkan Skala Braden memiliki keseimbangan yang bagus antara sensitivitas dan spesifitas sehingga terbukti efektif dalam memprediksi kejadian luka tekan (Noorhasanah et al., 2023b).

Berikut ini format penilaian dari Skala Braden untuk mengidentifikasi adanya kemungkinan terjadinya resiko luka tekan pada pasien :

**PENILAIAN RESIKO LUKA TEKAN
DENGAN SKALA BRADEN (*BRADEN SCALE*)**

Tabel 2.4 Skala Braden (*Braden Scale*)

Faktor Resiko	SKOR & DESKRIPSI			
	1	2	3	4
PERSEPSI SENSORI Kemampuan berespon terhadap ketidaknyamanan	Sama sekali terbatas Tidak berespon terhadap rangsang nyeri	Sangat terbatas Hanya berespon terhadap rangsang nyeri	Sedikit terbatas Berespon pada perintah verbal, tetapi tidak selalu mengkomunikasikan ketidaknyamanannya	Tidak terganggu Berespon penuh terhadap perintah verbal
KELEMBABAN Derajat kulit yang terpapar pada kelembaban	Lembab terus menerus Terdeteksi linen basah setiap kali dibantu rubah posisi, kulit kering terpapar urine, keringat	Sering lembab Hampir membutuhkan penggantian linen 1-2 kali per hari	Kadang-kadang lembab Membutuhkan penggantian linen rata-rata 2-3 kali per hari	Jarang lembab Kulit biasanya kering, penggantian linen cukup dilakukan sesuai jadwal

AKTIVITAS Derajat aktivitas fisik	Baring total	Duduk di kursi Kemampuan sangat terbatas, tidak dapat menumpu BB sendiri dan masih perlu dibantu saat mobilisasi	Kadang-kadang jalan Mampu berjalan untuk jarak pendek, aktifitas lebih banyak dilakukan di bed	Sering berjalan Dapat berjalan keluar kamar
MOBILITAS Kemampuan untuk merubah posisi	Immobilitas Sepenuhnya tidak dapat menggerakkan tubuh dan ekstremitas tanpa bantuan	Sangat terbatas Mampu menggerakkan tubuh tapi tidak mampu secara berkala dan mandiri	Sedikit terbatas Mampu menggerakkan tubuh secara berkala tetapi tidak optimal/bermakna	Tidak terbatas Mampu merubah posisi secara berkala tanpa bantuan
NUTRISI Pola intake makanan	Sangat buruk Pasien puasa atau pasien dengan asupan cairan per hari sangat kurang, jarang makan lebih dari 1/3 porsi makanan yang disajikan	Tidak adekuat Hanya menghabiskan ½ porsi makanan yang disajikan	Adekuat Mampu menghabiskan ¾ porsi makan, menggunakan NGT yang komposisinya memenuhi ¾ kebutuhan nutrisi	Sangat baik Menghabiskan 1 porsi makanan yang disajikan
GESEKAN	Bermasalah Setiap kali mengangkat terjadi gesekan dengan kasur, pasien sering merosot dan harus dibantu saat memperbaiki posisi	Potensial bermasalah Dapat bergerak bebas tapi tetap membutuhkan bantuan minimal	Tidak bermasalah Bergerak di bed/kursi tanpa bantuan	

Resiko Tinggi : Total skor <11

Resiko Rendah : Total skor 15 – 16 ; <60 thn

Resiko Sedang : Total skor 12 – 14

Total skor 15 – 18 ; >60 thn

D. Penerapan Pengaturan Posisi Terhadap Resiko Luka Tekan

1. Pengertian

Pengaturan posisi terhadap luka tekan merupakan suatu tindakan yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya resiko luka tekan dengan cara mengubah posisi tubuh secara terjadwal dan teratur (konsisten).

Dengan pemberian pengaturan posisi secara konsisten, diharapkan dapat meminimalisir adanya peningkatan resiko luka tekan pada pasien yang mengalami imobilisasi terutama pada pasien stroke. Imobilisasi yang terjadi dapat berpengaruh besar terhadap tingginya resiko luka tekan, dikarenakan adanya tekanan berkepanjangan pada satu area tubuh terutama daerah yang berada di tonjolan tulang sehingga dapat menghambat aliran darah ke jaringan tubuh dan menyebabkan kerusakan kulit serta jaringan yang berada dibawahnya.

Adapun beberapa aspek penting yang harus diperhatikan dalam melakukan pengaturan posisi, yaitu :

a) Frekuensi Perubahan Posisi

Pasien dengan tirah baring yang lama, harus dilakukan perubahan posisi secara konsisten dan teratur setidaknya 1-2 jam untuk satu kali perubahan posisi pada pagi hingga sore hari dan 5-6 jam untuk satu kali perubahan posisi di malam hari hingga waktu tidur sehingga dapat mengurangi tekanan yang lama pada area tubuh yang rentan.

b) Jenis Posisi

Dalam penerapan pengaturan posisi pada pasien tirah baring harus menerapkan jenis posisi yang tidak memberatkan pasien dan juga orang lain yang turut membantu perawatan pasien. Maka dari itu, posisi yang paling memungkinkan untuk diterapkan seperti telentang, miring ke kiri, miring ke

kanan, serta posisi semi-fowler. Posisi-posisi ini memungkinkan tekanan tubuh tidak hanya berada di satu sisi tubuh saja sehingga tekanan tubuh dapat terdistribusikan ke area tubuh yang berbeda setiap waktunya.

c) Peralatan Bantuan

Pemberian pengaturan posisi pada pasien yang mengalami tirah baring dalam waktu yang lama tentunya memerlukan bantuan peralatan yang memadai untuk dapat memfasilitasi perubahan posisi agar dapat berjalan maksimal. Peralatan yang dibutuhkan juga harus tetap berada di dekat pasien dan mudah dijangkau oleh perawat ataupun orang lain yang melakukan perawatan pada pasien. Peralatan yang dibutuhkan untuk aktivitas pengaturan posisi ini meliputi bantal, bantal busa, kasur khusus ataupun alat lembut lain yang bisa digunakan untuk menopang tubuh pasien dan dapat mengurangi tekanan pada area tubuh.

d) Pemeriksaan Kulit

Dalam melakukan pengaturan posisi, perlu juga dilakukan pemeriksaan fisik secara rutin dan berkala terutama pada area tubuh yang paling beresiko sehingga dapat mendeteksi tanda-tanda awal terjadinya luka tekan dan dapat mengambil tindakan pencegahan dengan tepat dan mencegah terjadinya komplikasi yang lebih serius.

2. Efektifitas Pengaturan Posisi

Tabel 2.5 Efektifitas Pengaturan Posisi

No.	Judul Jurnal	Penulis	Tahun	Hasil
1.	Pengaruh Perubahan Posisi Terhadap Kejadian Decubitus Pada Pasien Tirah	- Dwi Krisnawati - Noor Faidah - Nila Putri Purwandari	2022	Hasil penelitian ini mendapatkan kejadian decubitus kelompok I (alih baring) didapatkan tidak decubitus

	Baring Di Ruang Irin, Rumah Sakit Mardi Rahayu Kudus			sebanyak 13 responden (81,2%) dan mengalami decubitus grade I sebanyak 3 responden (18,8%). Hal ini menunjukkan adanya pengendalian decubitus dari pemberian tindakan alih baring. Tindakan ini mengacu pada intervensi keperawatan dengan cara memberikan program alih baring setiap 2 jam sekali kepada penderita dengan penurunan kesadaran (Vol, 2022).
2.	Efektifitas Perubahan Posisi Terhadap Pencegahan Luka Tekan pada Pasien Stroke di Rumah Sakit Sumber Waras Jakarta	- Esther Lenny - Hikmah Nurrojab	2020	Setelah dilakukan ubah posisi setiap 2 jam. Pada H3 didapatkan skor 21 dimana pasien sudah tidak memiliki resiko terjadinya luka tekan. Dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa tindakan ubah posisi dapat menurunkan faktor resiko terjadinya luka tekan. Walaupun pada pasien 1 tidak terlalu jauh peningkatan skor dikarenakan pasien masih mengalami imobilisasi. Sedangkan pada pasien 2 pasien sudah diperbolehkan duduk oleh dokter sehingga pasien sudah tidak tirah baring lama. Daerah yang peneliti observasi yaitu daerah bokong karna pada daerah ini penekanan

				yang paling besar dan sering terjadi pada pasien yang tirah baring lama (Marisi & Nurrojab, 2020).
3.	Efektivitas Mobilisasi Miring Kiri Miring Kanan Dalam Upaya Pencegahan <i>Pressure Injury</i> Pada Pasien Sepsis di Ruang Instalasi Pelayanan Intensif	- Tiurmauli Rotua Simanjuntak - Agus Purnama	2020	Hasil penelitian dari pemberian intervensi posisi 30 derajat pada kelompok kontrol didapatkan penurunan nilai risiko pressure injury/luka tekan pada kelompok risiko rendah dari 4 responden (13,3%) menjadi 2 responden (6,7%), risiko sedang 17 responden (56,7%) menjadi 12 responden (40,0%) dan risiko tinggi 9 orang responden (30%) menjadi 1 orang responden (3,3%). Hasil ini penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Sarwanto (2016) tentang efektivitas mika miki 30 dan 90 derajat pada pasien dengan bedrest di RSUD Salahtiga yaitu terjadi penurunan risiko sangat tinggi dari 3 responden (37,5%) menjadi 1 responden (12,5%). Djuwartini (2017) mengatakan kejadian dekubitus mengalami penurunan dengan posisi miring 30 derajat risiko rendah

				dari 6 responden (100%) menjadi 0 responden (0%) (Simanjuntak & Purnama, 2020).
--	--	--	--	---

3. Standar Operasional Prosedur (SOP)

Tabel 2.6 Standar Operasional Prosedur (SOP) Pengaturan Posisi Resiko Luka Tekan

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) PENGATURAN POSISI RESIKO LUKA TEKAN	
Pengertian	Pengaturan posisi terhadap resiko luka tekan merupakan suatu tindakan keperawatan dengan melakukan perubahan pada posisi tubuh pasien yang mengalami imobilisasi dengan pemberian posisi yang konsisten dan teratur sehingga dapat meminimalisir terjadinya resiko luka tekan pada bagian tubuh yang mengalami penekanan dalam waktu yang lama sehingga dalam pengaplikasiannya tekanan tubuh dapat didistribusikan ke area tubuh yang berbeda setiap waktunya.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengurangi tekanan pada area tubuh yang rentan 2. Menyebarkan beban tubuh ke setiap bagian tubuh secara bergantian 3. Meningkatkan sirkulasi darah (perfusi perifer) pada jaringan tubuh 4. Mencegah terjadinya kerusakan pada kulit akibat tekanan dalam jangka waktu lama 5. Mengurangi nyeri, kemerahan, pembengkakan serta pigmentasi abnormal pada area kulit yang tertekan
Kebijakan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya resiko terjadi luka tekan menggunakan Skala Braden 2. Identifikasi identitas pasien serta melakukan <i>informed consent</i> 3. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan pengaturan posisi yang akan dilakukan 4. Jaga privasi pasien serta meminta pendampingan dari pihak keluarga saat melakukan perubahan posisi

	5. Mencuci tangan 6 langkah dan memakai handscoon
Alat dan Bahan	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2/3 Buah Bantal Lembut 2. Pena dan Buku Catatan 3. Format Braden Scale 4. Lembar Observasi Resiko Luka Tekan 5. Jadwal Perubahan Posisi 6. Lembar Skala Nyeri
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan 6 langkah dan memakai handscoon 2. Identifikasi faktor resiko luka tekan yang dapat terjadi berupa penurunan perfusi jaringan, peningkatan nyeri, peningkatan kemerahan serta adanya pigmentasi abnormal pada kulit. Pemeriksaan ini dilakukan di beberapa bagian tubuh yang rentan mengalami resiko luka tekan, seperti belakang kepala, telinga, lengan atas, punggung, pinggul, bokong, betis, mata kaki, tumit serta jari kaki. Proses identifikasi ini bisa dilakukan bersamaan dengan melakukan pengaturan posisi tubuh pada pasien. 3. Melakukan pengaturan posisi setiap 2 jam pada pagi hingga sore hari dan 6 jam pada malam hari hingga waktu tidur. Perubahan posisi yang dapat dilakukan, yaitu : <ol style="list-style-type: none"> a. Posisi Miring Kanan b. Posisi Telentang c. Posisi Miring Kiri d. Posisi Semi Fowler 4. Mengatur Posisi Miring Kanan : <ul style="list-style-type: none"> - Sebelum mengatur posisi miring kanan pada pasien, pastikan terlebih dahulu pasien masih dalam posisi telentang dengan kaki sejajar dan wajah menghadap ke depan - Pastikan posisi lengan kanan pasien berada diatas perut pasien agar tidak dihimpit oleh tubuh saat merubah posisi - Tekuk lutut kiri pasien secara perlahan dengan diangkat sedikit (tidak digeser)

	<ul style="list-style-type: none"> - Meletakkan tangan kiri Anda di bahu kiri pasien dan tangan kanan Anda di pinggul kiri pasien. (minta bantuan keluarga untuk menopang sisi tubuh kiri pasien, jika perlu) - Dengan lembut secara perlahan tarik tubuh kiri pasien ke arah kanan (ke arah Anda) dan diusahakan dilakukan tidak terlalu cepat atau terburu-buru untuk menghindari cedera ataupun ketidaknyamanan pada pasien - Letakkan penyangga berupa 1 atau 2 bantal yang lembut di belakang punggung pasien untuk dapat mempertahankan posisi miring pada pasien - Tempatkan juga 1 buah bantal di antara kedua lutut kaki sehingga pinggul dapat sejajar dan mengurangi gesekan serta tekanan pada lutut - Pastikan posisi lengan kanan klien tidak terhimpit oleh tubuh dan kepala dalam posisi netral dengan didukung bantal yang nyaman - Catat dan dokumentasikan jenis perubahan posisi beserta waktu dilakukannya perubahan posisi pada buku catatan - Lakukan observasi resiko luka tekan pada titik area tubuh pasien yang dapat dijangkau, catat dalam lembar observasi <p>5. Mengatur Posisi Telentang :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pastikan pasien dalam posisi miring kanan, miring kiri ataupun semi-fowler dengan bantal penopang di tempat yang tepat - Lepaskan bantal penopang yang berada di belakang punggung dan juga diantara kedua lutut kaki pasien secara perlahan - Tahan badan pasien dan usahakan agar tetap stabil - Luruskan kaki klien secara perlahan sehingga kedua kaki klien sejajar - Tempatkan satu tangan Anda di bahu pasien yang tidak menyentuh tempat tidur dan satu tangan Anda yang lain berada di pinggul pasien yang tidak menyentuh tempat
--	--

	<p>tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dorong secara perlahan tubuh pasien hingga ke posisi telentang dan diusahakan dilakukan tidak terlalu cepat dan terburu-buru untuk menghindari cedera ataupun ketidaknyamanan pada pasien - Setelah dalam posisi telentang, pastikan kepala, leher, lengan, kaki serta tulang belakang klien dalam posisi yang sejajar/netral - Letakkan bantal lembut di kepala serta leher pasien - Catat dan dokumentasikan jenis perubahan posisi beserta waktu dilakukannya perubahan posisi pada buku catatan - Lakukan observasi resiko luka tekan pada titik area tubuh pasien yang dapat dijangkau, catat dalam lembar observasi <p>6. Mengatur Posisi Miring Kiri :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hampir sama dengan mengatur posisi miring kanan, sebelum mengatur posisi miring kiri pada pasien, pastikan terlebih dahulu pasien masih dalam posisi telentang dengan kaki sejajar dan wajah menghadap ke depan - Pastikan posisi lengan kiri pasien berada diatas perut pasien agar tidak dihimpit oleh tubuh saat merubah posisi - Tekuk lutut kanan pasien secara perlahan dengan diangkat sedikit (tidak digeser) - Meletakkan tangan kanan Anda di bahu kanan pasien dan tangan kiri Anda di pinggul kanan pasien. (minta bantuan keluarga untuk menopang sisi tubuh kanan pasien, jika perlu) - Dengan lembut secara perlahan tarik tubuh kanan pasien ke arah kiri (ke arah Anda) dan diusahakan dilakukan tidak terlalu cepat atau terburu-buru untuk menghindari cedera ataupun ketidaknyamanan pada pasien - Letakkan penyangga berupa 1 atau 2 bantal yang lembut di belakang punggung pasien untuk dapat mempertahankan posisi miring pada pasien
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Tempatkan juga 1 buah bantal di antara kedua lutut kaki sehingga pinggul dapat sejajar dan mengurangi gesekan serta tekanan pada lutut - Pastikan posisi lengan kiri pasien tidak terhimpit oleh tubuh dan kepala dalam posisi netral dengan didukung bantal yang nyaman - Catat jenis perubahan posisi beserta waktu dilakukannya perubahan posisi pada buku catatan - Lakukan observasi resiko luka tekan pada titik area tubuh pasien yang dapat dijangkau, catat dalam lembar observasi <p>7. Mengatur Posisi Semi-Fowler :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pastikan terlebih dahulu posisi tubuh pasien terutama kepala, leher serta tulang belakang dalam kondisi yang sejajar dan simetris - Naikkan kepala tempat tidur hingga mencapai sudut 30-45 derajat (lakukan perlahan agar pasien tidak pusing) - Pastikan posisi punggung pasien tetap sejajar dengan tempat tidur dan usahakan agar pasien tidak tergelincir turun dari tempat tidur - Jika diperlukan, letakkan bantal di bawah lutut pasien untuk mencegah pasien tergelincir dan mengurangi tekanan pada punggung pasien - Letakkan bantal dibawah kepala dan leher pasien untuk dukungan tambahan - Catat jenis perubahan posisi beserta waktu dilakukannya perubahan posisi pada buku catatan - Lakukan observasi resiko luka tekan pada titik area tubuh pasien yang dapat dijangkau, catat dalam lembar observasi <p>8. Berikan jadwal perubahan posisi secara tertulis dan diletakkan disamping tempat tidur pasien agar bisa diterapkan oleh keluarga secara mandiri. Jadwal yang diberikan, yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pagi hingga sore hari diberikan perubahan posisi setiap 2 jam untuk masing-masing posisi
--	---

	<ul style="list-style-type: none">- Malam hingga waktu tidur diberikan posisi setiap 6 jam untuk masing-masing posisi <ol style="list-style-type: none">9. Perhatikan kondisi keamanan dan keselamatan pasien saat mengubah posisi pasien10. Jangan pernah menyeret tubuh pasien saat hendak mengubah posisi pasien di tempat tidur. Cara yang tepat yaitu angkat dan pindahkan tubuh pasien secara bersamaan sesuai aba-aba atau perintah dengan menggunakan kain/sprei yang dapat menopang tubuh pasien. Pastikan sprei dan pakaian tetap halus (rata), tidak kusut, bersih dan kering terutama dari feses dan urin. Hindari pemakaian pakaian dan sprei yang berlapis-lapis11. Tetap kontrol ke dokter secara rutin apabila telah terjadi luka tekan untuk penanganan lebih lanjut
--	---