

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Stroke

1. Definisi Stroke

Stroke merupakan sindrome klinis akibat gangguan pembuluh darah otak, timbul mendadak dan biasanya mengenai penderita usia 45-80 tahun. Umumnya laki-laki sedikit lebih sering terkena dari pada perempuan. Biasanya tidak ada gejala dini, dan muncul begitu mendadak. *World Health Organization* (WHO) menetapkan stroke adalah defisit neurologis yang timbul semata-mata karena penyakit pembuluh darah otak dan bukan oleh sebab lain (Misbach & Muttaqin, 2016)

Bianca dan Gerard (2022) juga menjelaskan bahwa otak memerlukan pasokan darah yang banyak, disebutkan bahwa otak memerlukan sebesar 20% dari aliran darah di dalam tubuh dan otak membutuhkan energi paling banyak dari seluruh organ tubuh manusia. Hal ini terjadi karena otak terus bekerja walaupun kita tidak melakukan pergerakan apapun.

2. Klasifikasi Stroke

Berdasarkan data klinik stroke dapat dibedakan menjadi 2 jenis, yaitu (Siregar, 2021):

a. Stroke Non Hemoragik (SNH)/ Iskemik

Pada stroke non hemoragik merupakan penyakit stroke yang disebabkan karena otak tidak mendapatkan aliran oksigen secara adekuat, sehingga terjadi kematian jaringan otak. Peredaran darah

yang tersumbat ini dapat disebabkan karena plak pada pembuluh darah sehingga peredaran darah ke jaringan otak tidak lancar.

Berdasarkan etiologi dari penyakit stroke non hemoragik ini dibedakan menjadi 2 jenis, yaitu sebagai berikut:

- 1) Stroke Trombotik, merupakan penyakit stroke yang disebabkan oleh aliran oklusi darah karena sumbatan/ aterosklerosis berat. Hal ini biasanya dipengaruhi oleh tingginya kadar kolestrol dan tekanan darah.
- 2) Stroke Embolik, merupakan penyakit stroke yang disebabkan oleh emboli atau gumpalan trombosit/fibrin pada pembuluh darah yang lebih kecil sehingga mengalami pembekuan dan menyumbat aliran darah ke otak.

b. Stroke Hemoragik (SH)

Stroke hemoragik terjadi karena gangguan pembuluh darah yang mengalami perdarahan karena pecah. Menurut WHO dalam *International Classification of Disease (ICD)* stroke hemoragik dibagi menjadi 2 berdasarkan penyebabnya, yaitu sebagai berikut:

- 1) Perdarahan Intra Serebral (PIS), merupakan keadaan perdarahan primer dari pembuluh darah yang ada dalam parenkim otak dan tidak disebabkan oleh trauma fisik. Pada keadaan ini sering disebabkan karena tekanan darah yang tinggi sehingga arteri dapat pecah atau robek.

- 2) Perdarahan Sub Arachnoidal (PSA), merupakan kejadian yang akut karena darah masuk ke dalam ruang subaraknoid. Penyebab utama terjadinya perdarahan ini karena aneurisma di intracranial.

3. Patofisiologi Stroke

Infark serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (thrombus, emboli, perdarahan dan spasme vaskuler) atau oleh karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung).

Atherosklerotik sering/ cenderung sebagai faktor penting terhadap otak, thrombus dapat berasal dari plak aterosklerotik, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, dimana aliran darah akan lambat atau terjadi turbulensi. Thrombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam aliran darah.

Thrombus mengakibatkan; iskemia jaringan otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan edema dan kongesti disekitar area. Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar daripada area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema pasien mulai menunjukkan perbaikan.

Oleh karena thrombosis biasanya tidak fatal, jika tidak terjadi perdarahan masif. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti thrombosis. Jika terjadi septik

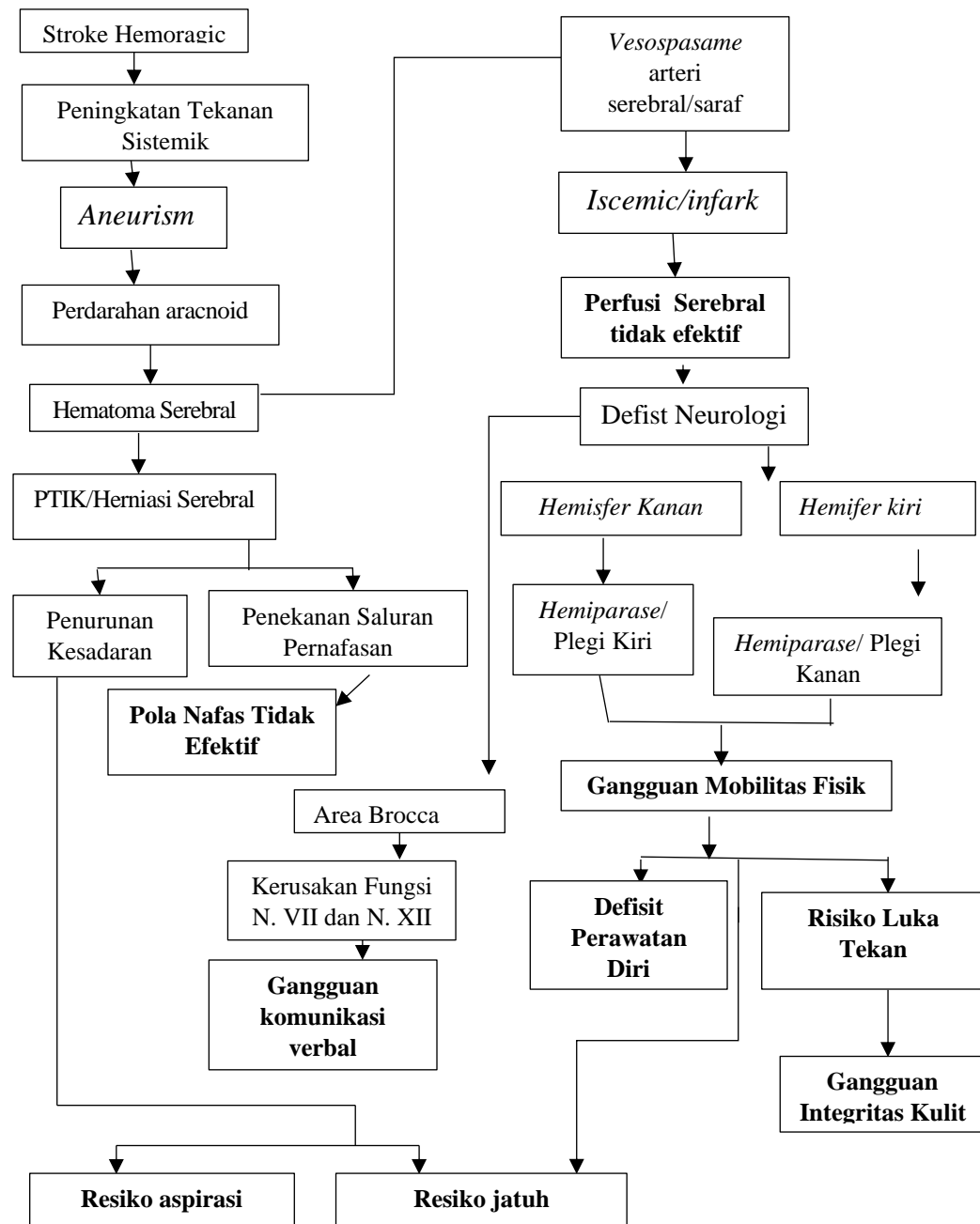
infeksi akan meluas pada dinding pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini akan menyebabkan perdarahan cerebral, jika aneurisma pecah atau ruptur. Perdarahan pada otak lebih disebabkan oleh ruptur arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah.

Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan menyebabkan kematian dibandingkan dari keseluruhan penyakit cerebro vaskuler, karena perdarahan yang luas terjadi destruksi massa otak, peningkatan tekanan intra cranial dan yang lebih berat dapat menyebabkan herniasi otak. Kematian dapat disebabkan oleh kompresi batang otak, hemisfer otak, dan perdarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak. Perembesan darah ke ventrikel otak terjadi pada sepertiga kasus perdarahan otak di nukleus kaudatus, talamus dan pons. Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang anoksia cerebral. Perubahan disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversibel untuk jangka waktu 4-6 menit.

Perubahan irreversibel bila anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya henti jantung. Selain kerusakan parenkim otak, akibat volume perdarahan yang relatif banyak akan mengakibatkan peningian tekanan intrakranial dan menyebabkan menurunnya tekanan perfusi otak serta terganggunya drainase otak.

Elemen-elemen vasoaktif darah yang keluar serta kaskade iskemik akibat menurunnya tekanan perfusi, menyebabkan neuron-neuron di daerah yang terkena darah dan sekitarnya tertekan lagi. Jumlah darah yang keluar menentukan prognosis. Apabila volume darah lebih dari 60 cc maka resiko kematian sebesar 93 % pada perdarahan dalam dan 71 % pada perdarahan lobar. Sedangkan bila terjadi perdarahan serebelar dengan volume antara 30-60 cc diperkirakan kemungkinan untuk kematian . (Misbach, Muttaqin 2016),

4. WOC Stroke Hemoragik



(Misbach dan Muttaqin, 2016)

Tabel 2.1 Stroke Hemoragik

5. Manifestasi Klinis

Gejala stroke dapat diingat lebih mudah dengan kata FAST. Masing-masing terdiri dari singkatan gejalanya, yaitu:

- a. F atau Face (wajah). Mintalah orang tersebut untuk tersenyum. Apakah ada sisi sebelah wajah yang tertinggal? Apakah wajah atau matanya terlihat jereng atau tidak simetris? Jika ya, orang tersebut mungkin saja sedang mengalami stroke.
- b. A atau Arms (tangan). Mintalah orang tersebut untuk mengangkat kedua tangan. Apakah ia mengalami kesulitan untuk mengangkat salah satu atau kedua tangannya? Apakah salah satu atau kedua tangannya dapat ditekuk?
- c. S atau Speech (perkataan). Mintalah orang tersebut untuk berbicara atau mengulangi suatu kalimat. Apakah bicaranya terdengar tidak jelas atau pelo? Apakah ia kesulitan atau tidak berbicara? Apakah ia memiliki kesulitan untuk memahami yang Anda katakan?
- d. T atau Time (waktu). Jika ia memiliki seluruh gejala yang disebutkan di atas, orang tersebut mungkin mengalami stroke. Ingat, stroke merupakan keadaan darurat. Anda harus segera membawa orang tersebut ke rumah sakit

Gejala stroke lainnya antara lain: Pingsan, Kehilangan kesadaran, Kelumpuhan tiba-tiba wajah, tangan atau kaki, terutama pada sisi sebelah tubuh, Kesulitan melihat dengan salah satu atau kedua mata, Kesulitan berjalan, Gangguan koordinasi atau keseimbangan, Selain itu,

stroke bisa menyebabkan depresi atau ketidak mampuan untuk mengendalikan emosi (Maria, 2021)

6. Pemeriksaan Penunjang Stroke

Pemeriksaan penunjang pada pasien stroke (Siregar 2021):

a. Pemeriksaan angiografi serebral

Pemeriksaan ini dapat menentukan penyebab stroke contohnya dapat menentukan dimana letak sumbatan arteri.

b. *Computer Tomography Scan / CT-Scan*

CT-Scan berfungsi untuk mengetahui dimana tekanan atau thrombosis pada intracranial atau serebral.

c. Magnetic Resonance Imaging/ MRI

MRI merupakan pemeriksaan yang berfungsi untuk menunjukkan dimana letak infark, malformasi arteriovenal (MAV), atau perdarahan pada kranial.

d. Ultrasonografi Doppler (*USG Doppler*)

USG Doppler dapat menentukan penyakit arteriovenal, hal ini dapat dilihat dari terdapatnya plak (arteriosclerosis).

e. *Electroensefalogram/ EEG*

Pemeriksaan ini memeriksa gelombang otak untuk melihat daerah lesi yang lebih spesifik.

f. *Rontgen Cranial*

Pada pemeriksaan ini melihat perubahan kelenjar lapisan pial apakah terdapat massa yang meluas, trombosis pada serebral, atau parsial dinding aneurisma pada subarakhoid.

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dapat dilakukan di rumah sakit sebagai tempat perawatan antara lain (Siregar, 2021) :

- a. Kontrol pernapasan, hal ini merupakan tatalaksana paling penting karena jalan napas harus segera di buka agar terbebas dari sumbatan (muntahan, lendir, gigi palsu, dll).
- b. Tekanan darah, nilai dari tekanan darah harus dipantau dan dipertahankan pada nilai normal hal ini dilakukan untuk melihat aliran darah menuju otak adekuat.
- c. Proses buang air kecil, pada pasien penderita stroke biasanya akan di pasang selang DC/ cateter agar mengurangi mobilisasi, karena pada pasien masuk rumah sakit dengan keluhan gejala stroke akan dilakukan imobilisasi/ *bed rest* untuk memantau secara optimal.
- d. Terapi reperfusi, merupakan tindakan pengobatan menggunakan r-TPA (*recombinant-Tissue Plasmanogen Activator*) pada penderita stroke melalui intra vena atau intra arterial dalam waktu kurang dari 3 jam setelah dinyatakan bahwa penderita terdiagnosis stroke. Terapi ini berfungsi sebagai penghancur thrombus dan reperfusi jaringan otak sebelum ada perubahan yang irreversible pada pembuluh darah yang menuju organ otak.
- e. Pengobatan anti platelet
- f. Obat-obatan defibrinasi, jenis obat ini berfungsi untuk menurunkan viskositas darah dan memberikan efek antikoagulasi.

- g. Terapi neuroproteksi, terapi ini menggunakan obat yang bersifat *neuroprotector*. Pengobatan ini dapat mencegah dan menghambat proses yang menyebabkan kematian organ atau sel. Contoh obat *neuroprotector* adalah Phenytoin, Calcium Channel Blocker, Pentoxifylline, Piracetam.
- h. Tindakan bedah dapat dilakukan pada kasus stroke hemoragik dengan mengeluarkan pendarahan, atau dapat dilakukan dengan tindakan medik pemberian obat untuk menurunkan nilai tekanan darah yang tinggi.

8. Komplikasi

Penyakit stroke merupakan penyakit yang mengakibatkan gangguan fisik pada penderitanya, Adapun komplikasi-komplikasi yang akan muncul pada penderita stroke, yaitu:

- a. Depresi, ini merupakan dampak yang paling sering ditemukan pada penderita stroke. Tingkat depresi pada pasien stroke tinggi di ruang ICU oleh gejala yang dirasakan seperti kelumpuhan yang mengakibatkan menurunnya aktivitas sehari-hari, dan seperti kesulitan dalam berbicara sehingga susah untuk mengungkapkan perasaan.
- b. Darah membeku, perdarahan dapat membeku dapat mudah tumbuh pada daerah yang mengalami kelumpuhan sehingga mengakibatkan bengkak, selain itu darah beku pada perdarahan juga dapat terjadi pada arteri sehingga menyebabkan kesulitan bernapas bila terdapat sumbatan pembuluh darah yang menuju ke paru-paru.

- c. Infeksi, pada pasien stroke yang tidak dapat melakukan mobilisasi dapat mengalami luka pada tubuhnya. Hal ini terjadi bila pada bagian tubuh yang lumpuh tidak digerakkan akan mengalami luka (dekubitus).

B. Konsep Dekubitus

1. Definisi Dekubitus

Dekubitus adalah kerusakan jaringan yang terlokalisir yang disebabkan karena adanya kompresi jaringan yang lunak di atas tulang yang menonjol (bony prominence) dan adanya tekanan dari luar dalam jangka waktu yang lama. Kompresi jaringan akan menyebabkan gangguan suplai darah pada daerah yang tertekan. Apabila berlangsung lama, hal ini akan menyebabkan insufisiensi aliran darah, anoksia atau iskemia jaringan dan akhirnya dapat menyebabkan kematian sel. Walaupun semua bagian tubuh bisa mengalami dekubitus, bagian bawah dari tubuh lah yang terutama beresiko tinggi dan membutuhkan perhatian khusus (Mahmuda, 2019).

2. Patofisiologi

Tekanan akan menimbulkan daerah iskemik dan bila berlanjut terjadi nekrosis jaringan kulit. Percobaan pada binatang didapatkan bahwa sumbatan total pada kapiler masih bersifat reversibel bila kurang dari 2 jam. Seorang yang terpaksa berbaring berminggu-minggu tidak akan mengalami dekubitus selama dapat mengganti posisi beberapa kali perjamnya (Mahmuda, 2019). Selain faktor tekanan, ada beberapa faktor mekanik tambahan yang dapat memudahkan terjadinya dekubitus, yaitu :

- a. Faktor teregangnya kulit misalnya gerakan meluncur ke bawah pada penderita dengan posisi setengah berbaring
- b. Faktor terlipatnya kulit akibat gesekan badan yang sangat kurus dengan alas tempat tidur, sehingga seakan-akan kulit “tertinggal” dari area tubuh lainnya
- c. Faktor teregangnya kulit akibat daya luncur antara tubuh dengan alas tempatnya berbaring akan menyebabkan terjadinya iskemia jaringan setempat. Keadaan ini terjadi bila penderita immobilisasi, tidak dibaringkan terlentang mendatar, tetapi pada posisi setengah duduk.

3. Faktor resiko

Faktor risiko Risiko tinggi terjadinya ulkus dekubitus ditemukan pada: (Mahmuda, 2019)

- a. Orang-orang yang mobilitasnya terganggu dan tidak dapat bergerak (misalnya lumpuh, sangat lemah, dipasung)
- b. Orang-orang yang tidak mampu merasakan nyeri, karena nyeri merupakan suatu tanda yang secara normal mendorong seseorang untuk bergerak. Kerusakan saraf (misalnya akibat cedera, stroke, diabetes) dan koma bisa menyebabkan berkurangnya kemampuan untuk merasakan nyeri
- c. Orang-orang yang mengalami kekurangan gizi (malnutrisi) tidak memiliki lapisan lemak sebagai pelindung dan kulitnya tidak mengalami pemulihan sempurna karena kekurangan zat-zat gizi yang penting.

Faktor-faktor risiko terjadinya dekubitus antara lain, yaitu (Mahmuda, 2019):

a. Mobilitas dan aktivitas

Mobilitas adalah kemampuan untuk mengubah dan mengontrol posisi tubuh, sedangkan aktivitas adalah kemampuan untuk berpindah. Pasien yang berbaring terus menerus ditempat tidur tanpa mampu untuk merubah posisi berisiko tinggi untuk terkena luka tekan. Imobilitas adalah faktor yang paling signifikan dalam kejadian luka tekan.

b. Penurunan sensori persepsi

Pasien dengan penurunan sensori persepsi akan mengalami penurunan untuk merasakan sensasi nyeri akibat tekanan di atas tulang yang menonjol. Bila ini terjadi dalam durasi yang lama, pasien akan mudah terkena luka tekan.

c. Kelembaban

Kelembaban yang disebabkan karena inkontinensia dapat mengakibatkan terjadinya maserasi pada jaringan kulit. Jaringan yang mengalami maserasi akan mudah mengalami erosi. Selain itu kelembaban juga mengakibatkan kulit mudah terkena pergesekan (*friction*) dan perobekan jaringan (*shear*). Inkontinensia alvi lebih signifikan dalam perkembangan luka tekan daripada inkontinensia urin karena adanya bakteri dan enzim pada feses dapat merusak permukaan kulit.

d. Tenaga yang merobek (*shear*)

Merupakan kekuatan mekanis yang meregangkan dan merobek jaringan, pembuluh darah serta struktur jaringan yang lebih dalam yang berdekatan dengan tulang yang menonjol. Contoh yang paling sering dari tenaga yang merobek ini adalah ketika pasien diposisikan dalam posisi semi fowler yang melebihi 30 derajat. Pada posisi ini pasien bisa merosot kebawah, sehingga mengakibatkan tulangnya bergerak ke bawah namun kulitnya masih tertinggal. Ini dapat mengakibatkan oklusi dari pembuluh darah, serta kerusakan pada jaringan bagian dalam seperti otot, namun hanya menimbulkan sedikit kerusakan pada permukaan kulit.

e. Pergesekan (*friction*)

Pergesekan terjadi ketika dua permukaan bergerak dengan arah yang berlawanan. Pergesekan dapat mengakibatkan abrasi dan merusak permukaan epidermis kulit. Pergesekan bisa terjadi pada saat penggantian sprei pasien yang tidak berhati-hati.

f. Nutrisi

Hipoalbuminemia, kehilangan berat badan, dan malnutrisi umumnya diidentifikasi sebagai faktor predisposisi untuk terjadinya luka tekan. Menurut penelitian Mahmuda (2019) stadium tiga dan empat dari luka tekan pada orangtua berhubungan dengan penurunan berat badan, rendahnya kadar albumin, dan intake makanan yang tidak mencukupi.

g. Usia

Pasien yang sudah tua memiliki risiko yang tinggi untuk terkena luka tekan karena kulit dan jaringan akan berubah seiring dengan penuaan. Perubahan ini berkombinasi dengan faktor penuaan lain akan membuat kulit menjadi berkurang toleransinya terhadap tekanan, gesekan, dan tenaga yang merobek.

h. Tekanan arteriolar yang rendah

Tekanan arteriolar yang rendah akan mengurangi toleransi kulit terhadap tekanan sehingga dengan aplikasi tekanan yang rendah sudah mampu mengakibatkan jaringan menjadi iskemia. Studi yang dilakukan menemukan bahwa tekanan sistolik dan tekanan diastolik yang rendah berkontribusi pada perkembangan luka tekan.

i. Stress emosional

Depresi dan stress emosional kronik misalnya pada pasien psikiatrik juga merupakan faktor risiko untuk perkembangan dari luka tekan.

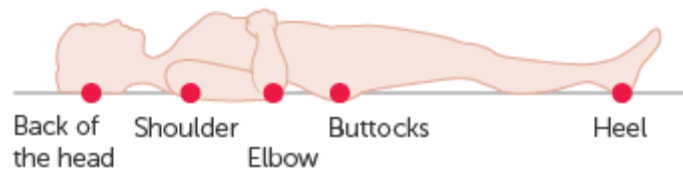
j. Merokok

Nikotin yang terdapat pada rokok dapat menurunkan aliran darah dan memiliki efek toksik terhadap endotelium pembuluh. Beberapa penelitian menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara merokok dengan perkembangan terhadap luka tekan.

k. Temperatur kulit

Peningkatan temperatur merupakan faktor yang signifikan dengan risiko terjadinya luka tekan.

Berikut lokasi yang beresiko dekubitus pada pasien tirah baring menurut Amirsyah (2020) :



Gambar 2.1

a. Stadium Dekubitus

Penilaian ulkus dekubitus tidak hanya derajat ulkusnya tetapi juga ukuran, letak ulkus, derajat infeksi, dengan nyeri atau tidak Menurut *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP, 2016) luka dekubitus dibagi menjadi empat stadium, yaitu :

1) Stadium I

Adanya perubahan dari kulit yang dapat diobservasi. Apabila dibandingkan dengan kulit yang normal, maka akan tampak salah satu tanda sebagai berikut: perubahan temperature kulit, perubahan konsistensi jaringan, perubahan sensasi (gatal atau nyeri). Reaksi peradangan masih terbatas pada epidermis, tampak sebagai daerah kemerahan/eritema dan juga indurasi atau lecet.

2) Stadium II

Reaksi yang lebih dalam lagi sampai mencapai seluruh dermis hingga lapisan lemak subkutan, tampak sebagai ulkus yang dangkal, dengan tepi yang jelas dan perubahan warna

pigmen kulit. Hilangnya sebagian lapisan kulit yaitu epidermis atau dermis, atau keduanya. Cirinya adalah lukanya superfisial, abrasi, melepuh, atau membentuk lubang yang dangkal. Jika kulit terluka atau robek maka akan timbul masalah baru, yaitu infeksi.

3) Stadium III

Hilangnya lapisan kulit secara lengkap, meliputi kerusakan atau nekrosis dari jaringan subkutan atau lebih dalam, tapi tidak sampai pada fascia. Luka terlihat seperti lubang yang dalam. Ulkus menjadi lebih dalam, meliputi jaringan lemak subkutan dan menggaung, berbatasan dengan fascia dari otot-otot. Sudah mulai didapat infeksi dengan jaringan nekrotik.

4) Stadium IV

Hilangnya lapisan kulit secara lengkap dengan kerusakan yang luas, nekrosis jaringan, kerusakan pada otot, tulang atau tendon. Adanya lubang yang dalam serta saluran atau sinus. Perluasan ulkus menembus otot, hingga tampak tulang di dasar ulkus yang dapat mengakibatkan infeksi pada tulang atau sendi.

4. Pencegahan

Pencegahan sebelum terjadinya luka dekubitus menjadi hal utama dalam perawatan sebelum terjadi. Tindakan yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya dekubitus, yaitu (Kemenkes RI, 2022):

- a. Pengkajian resiko dengan menggunakan skala braden. Skala braden adalah skala pengkajian yang digunakan untuk memprediksi luka

- tekan pada orang dewasa dalam mengidentifikasi seseorang yang beresiko ringan, sedang dan tinggi mengalami luka tekan.
- b. Perawatan kulit, periksa semua kulit sesegera mungkin (tiap 8 jam), menilai titik-titik tekanan seperti sacrum, tulang ekor, pantat, tumit, ishium, trochanters dan siku. Bersihkan kulit segera setelah terkena cairan BAK dan BAB. Gunakan pembersih kulit yang pH seimbang untuk kulit. Gunakan pelembab kulit sehari-hari pada kulit kering.
 - c. Pemberian nutrisi, membantu individu pada waktu makan untuk meningkatkan asupan oral. Menganjurkan semua individu yang beresiko luka tekan untuk mengkonsumsi cairan yang cukup dan diet seimbang. Memberikan suplemen gizi dalam makanan.
 - d. Pemberian bantalan dan pengaturan posisi atau alih baring, pindahkan dan reposisikan semua individu yang beresiko untuk luka tekan kecuali terdapat kontraindikasi karena kondisi medis. Reposisi tidur miring kanan dan miring kiri tiap 2 jam. Gunakan bantalan kursi untuk individu duduk di kursi atau kursi roda.

5. Skala Ukur

Skala Braden untuk Memprediksi Risiko Ulkus Tekanan, adalah alat yang dikembangkan pada tahun 1987 oleh Barbara Braden dan Nancy Bergstrom. Tujuan dari skala ini adalah untuk membantu profesional kesehatan, terutama perawat, menilai risiko pasien mengembangkan ulkus decubitus

Tabel 2.2 *Braden Scale*

	1 Poin	2 Poin	3 Poin	4 Poin
Persepsi sensori Kemampuan merespon secara berarti terhadap ketidaknyamanan yang berhubungan dengan tekanan	Sepenuhnya Terbatas Tidak merasakan atau respon terhadap stimulus nyeri, kesadaran menurun	Sangat Terbatas Gangguan sensori pada bagian ½ permukaan tubuh atau hanya berespon pada stimuli nyeri	Sedikit Terbatas Gangguan sensori pada 1 atau 2 ekstremitas atau berespon pada perintah verbal tapi tidak selalu mampu mengatakan ketidaknyamanan	Tidak Ada Gangguan Tidak ada gangguan sensori, berespon penuh terhadap perintah verbal.
Kelembaban Derajat kulit terekspos permukaan lembab	Konsisten Lembab Selalu terpapar oleh keringat atau urine basah	Lembab Sangat lembab	Terkadang Lembab Kadang lembab	Jarang Lembab Kulit kering
Aktivitas Derajat aktivitas fisik	Bedfast Terbaring ditempat tidur	Chairfast Tidak bisa berjalan Perlu bantuan kursi roda	Terkadang Berjalan Berjalan dengan atau tanpa bantuan	Berjalan Bebas Dapat berjalan sekitar Ruangan
Mobilisasi Kemampuan merubah dan mengontrol posisi tubuh	Imobilisasi Total Tidak mampu bergerak	Mobilisasi Terbatas Tidak dapat merubah posisi secara tepat dan teratur	Sedikit Terbatas Dapat membuat perubahan posisi tubuh atau ekstremitas dengan mandiri	Tidak Ada Batasan Dapat merubah posisi tanpa bantuan
Nutrisi Pola kebiasaan intake makanan	Sangat Kurang Tidak dapat menghabiskan 1/3 porsi makannya, sedikit minum, puasa atauminum air putih, atau mendapat infus lebih dari 5 hari	Kemungkinan Tidak Adekuat Jarang mampu menghabiskan ½ porsi makanannya atau intake cairan kurang dari jumlah optimum	Adekuat Mampu menghabiskan lebih dari ½ porsi makannya	Baik Dapat menghabiskan porsi Makannya, tidak memerlukan suplementasi nutrisi.

Gesekan	Bermasalah	Potensial Bermasalah	Tidak Berisiko Masalah	
	Tidak mampu mengangkat badannya sendiri, atau spastik, kontraktur atau Gelisah	Mebutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya	Mebutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya	
Skor Total				

Interpretasi:

Rendah: 23 - 20 poin

Medium: 19 - 16 poin

Tinggi: 15 - 11 poin

Sangat tinggi: 10 - 6 poin

C. Perubahan Posisi Miring 30 Derajat

1. Konsep Perubahan posisi miring 30 derajat

Alih baring merupakan kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya, Mengganti posisi tubuh pasien atau alih baring perlu dilakukan untuk melancarkan sirkulasi darah, karena luka tekan adalah lesi iskemik kulit dan jaringan lunak dibawahnya yang terlokalisasi dan cenderung untuk meluas jika diberi tekanan yang dapat merusak aliran darah dan limfe dalam jangka waktu yang lama, tekanan yang diberikan akan mengganggu suplai darah kedaerah yang tertekan sehingga menimbulkan kematian jaringan (Yilmazer & Tuzer, 2019).

Salah satu untuk mencegah dekubitus dengan pengaturan posisi. Saat ini telah dikembangkan bentuk pengaturan posisi yang di kenal sebagai posisi miring 30 derajat. Pengaturan posisi miring 30 derajat memiliki

tekanan yang paling minimal dibandingkan posisi dengan derajat kemiringan lainnya. Tekanan yang minimal tersebut dapat memperlambat terjadinya perkembangan luka tekan karena memfasilitasi suplai oksigen sebagai nutrisi jaringan kulit. Pemberian posisi miring ini setiap dua jam sekali dilakukan miring kiri, terlentang, dan miring kanan selama 3 hari. Pemberian posisi miring 30 derajat bertujuan untuk membebaskan tekanan sebelum terjadi iskemia jaringan serta tidak terjadi luka tekan. (Suwardianto, 2017)

Dengan posisi miring 30 derajat dapat memfasilitasi suplai oksigen sebagai nutrisi jaringan kulit dan kelembapan sehingga tidak terjadi luka tekan. Intervensi pengaturan posisi diberikan untuk mengurangi tekanan dan gaya gesek pada kulit. Dengan menjaga bagian kepala tempat tidur setinggi 30 derajat atau kurang akan menurunkan peluang terjadinya dekubitus akibat gaya gesek. Posisi klien immobilisasi harus diubah sesuai dengan tingkat aktivitas, kemampuan persepsi, dan rutinitas sehari-hari (Tarihoran & Sukmarini, 2010)

Penelitian Tom Defloor (2006) dalam (Tarihoran & Sukmarini, 2010), dari sepuluh posisi yang berbeda-beda, tekanan yang paling minimal dicapai tubuh yaitu pada saat pasien diposisikan miring 30 derajat menyatakan saat pasien diposisikan miring sampai dengan 90 derajat, akan menimbulkan kerusakan suplai oksigen yang dramatis pada area trokanter dibandingkan dengan pasien yang diposisikan miring 30 derajat.

2. Tujuan Alih baring

Menurut Potter dan Perry (2015) tujuan alih baring yaitu :

- a. Mencegah nyeri otot.
- b. Mengurangi tekanan.
- c. Mencegah kerusakan syaraf dan pembuluh darah.
- d. Mencegah kontraktur otot.
- e. Mempertahankan tonus otot dan reflek
- f. Memudahkan suatu tindakan baik medik maupun keperawatan

3. Manfaat Alih baring

Menurut Potter dan Perry (2015) manfaat alih baring yaitu:

- a. Mengurangi resiko dekubitus.
- b. Agar otot tidak kaku

4. Tata Cara Perubahan Posisi 30 derajat

Prosedur awalnya, pasien ditempatkan persis ditengah tempat tidur, dengan menggunakan bantal untuk menyanggah kepala dan leher. Selanjutnya tempatkan satu bantal pada sudut antara bokong dan matras, dengan cara miringkan panggul setinggi 30 derajat. Bantal yang berikutnya ditempatkan memanjang diantara kedua kaki (Elysabeth et al., 2010)

GAMBAR 2.2 POSISI 30 DERAJAT



Gambar 2.2 Posisi 30 Derajat
(Tarihoran & Sukmarini,2010)

D. Personal Hygiene Mandi

1. Pengertian Personal Hygiene

Personal hygiene yaitu tindakan buat memelihara kesehatan & kebersihan seorang supaya kesejahteraan fisik & psikis seorang baik (Yuni, 2016), personal hygiene juga merupakan kebersihan dan kesehatan masyarakat dengan tujuan mencegah penyakit baik jasmani maupun rohani. Personal hygiene atau perawatan diri meliputi kebersihan kulit kepala, rambut, mata, hidung, telinga, kuku kaki, tangan, kulit dan alat kelamin. (Verarica & Putri, 2017)

2. Tata Cara Memandikan (Departemen Keterampilan dasar profesi UMKT)

a. Pengkajian

- 1) Kaji kemampuan klien untuk mobilisasi di tempat tidur
- 2) Kaji kebutuhan klien atas penggunaan linen
Capaian Pembelajaran Mahasiswa mampu mempraktekan tindakan memandikkan pasien diatas tempat tidur secara benar
- 3) Tentukan jumlah dan tipe linen yang akan digunakan

b. Fase Pre Interaksi

- 1) Menyiapkan alat
 - a) Baskom mandi dua buah, masing-masing berisi air dingin dan air hangat
 - b) Pakaian pengganti
 - c) Kain penutup
 - d) Handuk besar
 - e) Handuk kecil untuk mengeringkan badan
 - f) Sarung tangan biasa
 - g) Waslap 2 buah

- h) Tempat untuk pakain kotor
 - i) Sampiran
 - j) Sabun. Lotion/baby oil (jika diperlukan)
- 2) Mencuci tangan
- c. Fase Orientasi
- 1) Memberi salam dan memperkenalkan diri
 - 2) Melakukan identifikasi pasien dengan menanyakan (nama, tanggal lahir, dan mencocokkan dengan gelang identitas pasien)
 - 3) Melakukan kontrak
 - 4) Menjelaskan Tujuan dan Prosedur pelaksanaan
 - 5) Menanyakan kesediaan klien untuk dilakukan tindakan
 - 6) Mendekatkan alat-alat
- d. Fase Kerja
- 1) Meninggikan tempat tidur jika perlu
 - 2) Menutup pintu dan sampiran
 - 3) Memasang sarung tangan bersih
 - 4) Mengganti selimut dengan selimut mandi
 - 5) Menanggalkan baju klien
 - 6) Cuci bagian muka , telinga, leher Letakkan handuk dibawah kepala klien Bersihkan mata dari cantus dalam ke cantus luar menggunakan waslap, dan tidak diberi sabun Penggunaan sabun muka disesuaikan dengan kebiasaan klien, kemudian dibilas dan dikeringkan Bersihkan daun telinga menggunakan waslap dan sabun Bersihkan leher menggunakan waslap dan sabun

- 7) Cuci lengan klien: Letakkan handuk dibawah lengan klien yang jauh dari perawat dan meninggikan lengan dengan cara memegang bagian siku , kemudian mencuci lengan dari pergelangan tangan ke ketiak, bilas dengan air bersih lalu dikeringkan. Ulangi lagi untuk tangan yang lain
- 8) Mencuci dada dan perut klien Miringkan klien kearah membelakangi perawat, lalu letakkan handuk besar melintang di bawah punggung klien Kembalikan klien pada posisi supine Turunkan selimut mandi hingga batas atas pubis, Cuci dada hingga perut menggunakan waslap dan sabun Bilas dada dan perut dengan air bersih, stlh selesai dikeringkan.
- 9) Mencuci punggung Miringkan pasien membelakangi perawat Cuci dengan sabun, bilas dan keringkan punggung sampai pantat Massage punggung dapat dilakukan pada tahap ini
- 10) Oleskan lotion atau baby oil pada bagian-bagian penonjolan tulang Jika terdapat luka decubitus, oleskan antiseptik
- 11) Mencuci kaki Membuka selimut mandi 1 sisi kaki (mulai dari bagian kaki yang terjauh dari perawat) Letakkan handuk dibawah kaki yang akan dicuci Cuci dengan sabun, bilas dan keringkan Cuci kaki yang satu dengan cara yang sama.
- 12) Mencuci genitalia Ganti air Buka selimut mandi hingga didaerah pubis Atur klien pada posisi litotomi Cuci organ genital dengan sabun, bilas dengan air bersih dan keringkan Kembalikan pada posisi supinasi

e. Fase Terminasi

- 1) Membaca hamdalah
- 2) Merapikan klien dan memberikan posisi yang nyaman
- 3) Mengevaluasi respon klien
- 4) Memberi reinforcement positif
- 5) Membuat kontrak pertemuan selanjutnya
- 6) Mengakhiri pertemuan dengan baik: bersama klien membaca doa Artinya (Ya Allah. Tuhan segala manusia, hilangkan segala klienannya, angkat penyakitnya, sembuhkan lah ia, engkau maha penyembuh, tiada yang menyembuhkan selain engkau, sembuhkanlah dengan kesembuhan yang tidak meninggalkan sakit lagi) dan berpamitan dengan mengucapkan salam pada pasien.
- 7) Mengumpulkan dan membersihkan alat
- 8) Melepaskan sarung tangan & mencuci tangan Evaluasi
- 9) Kulit klien bebas dari keringat yang berlebihan, sekresi, bau
- 10) Merubah posisi tubuh, melatih persendian dan otot secara aktif dan pasif selama mandi
- 11) Klien merasa nyaman dan tidak ada keluhan nyeri, lemah, gatal, atau iritasi/kekeringan kulit

3. Manfaat Personal Hygiene Mandi

- a. Untuk menjaga dan memelihara kesehatan tubuh
- b. Untuk menambah rasa nyaman
- c. Meningkatkan kesehatan
- d. Menjaga kebersihan diri

- e. Meningkatkan percaya diri
- f. Memperbaiki personal hygiene itu sendiri
- g. Menciptakan keindahan
- h. Mengontrol penyebaran penyakit. (Pandowo et al., 2019)

Selain manfaat di atas memandikan pasien perawat dapat sekaligus mengobservasi kondisi kulit pasien, sehingga jika ditemukan adanya kulit yang mulai kemerahan maka dapat segera disusun suatu perencanaan untuk mencegah terjadinya luka dikubitus. Jadi dengan memandikan perawat bisa sekaligus melakukan pengkajian karena pengkajian integumen sangat penting sebagai tahap awal dalam pencegahan luka decubitus(Alimansur,2020)

E. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah salah satu dari komponen dari proses keperawatan yaitu suatu usaha yang dilakukan oleh perawat dalam menggali permasalahan dari klien, meliputi usaha pengumpulan data tentang status kesehatan seseorang secara sistematis menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan. Pengkajian keperawatan harus selalu dirancang sesuai dengan kebutuhan klien (A. Muttaqin, 2014)

a. Identitas pasien

Data umum meliputi nama, umur, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, alamat tempat tinggal, agama, suku, pekerjaan, pendidikan, suku, bangsa, tanggal masuk rumah sakit, no rekam medik, dan diagnosa medis

b. Keluhan utama

Keluhan utama adalah keluhan pertama yang dikatakan pasien atau masalah utama saat pasien datang ke rumah sakit. Biasanya pada pasien stroke mengalami kelemahan anggota gerak, bicara pelo, dan pingsan.

c. Riwayat penyakit sekarang

Penyakit yang terjadi pada penderita saat ini, pada penderita stroke serangan ini terjadi secara mendadak bisa pada saat melakukan aktivitas atau saat beristirahat. Gejala umum yang terjadi biasanya adalah pusing, tekanan darah tinggi, mual, muntah, dan tidak sadarkan diri.

d. Riwayat penyakit terdahulu

Pada penderita stroke, akan dikaji apakah terdapat riwayat penyakit stroke, hipertensi, diabetes militus, kolestrol, atau trauma kepala.

e. Riwayat penyakit keluarga

Pada pengkajian keluarga akan ditanyakan riwayat silsilah keluarga yang memiliki riwayat penyakit yang sama.

f. Pengkajian

1) Pola Persepsi kesehatan

Pada penderita stroke pasien mengalami ketidaktahuan tentang informasi yang di deritanya

2) Pola nutrisi dan metabolik

Pada pasien stroke biasanya terjadi gangguan nutrisi karena

adanya gangguan menelan pada pasien stroke sehingga terjadi penurunan berat badan

3) Pola Eliminasi

Pada pasien stroke biasanya terjadi inkontinensia urin dan pada pola defekasi terjadi konstipasi yang diakibatkan oleh penurunan peristaltik usus

4) Pola aktivitas dan latihan

Biasanya pada pasien stroke tidak dapat beraktivitas secara maksimal, mengalami kelemahan otot, kehilangan sensori, hemiplegi dan juga mengalami hemiparesis

5) Pola tidur dan istirahat

Pada pasien stroke mengalami kesulitan untuk tidur karena adanya nyeri otot

6) Pola kognitif dan persepsi

Pada pasien stroke biasanya memiliki gangguan pendengaran dan penglihatan

7) Pola persepsi diri dan

Pada penderita stroke pasien merasa tidak berdaya, merasa tidak ada harapan, mudah marah, dan tidak kooperatif

8) Pola peran dan hubungan

Biasanya adanya perubahan hubungan karena penderita stroke mengalami kesulitan untuk berkomunikasi karena gangguan bicara

9) Pola koping dan ketahanan stress

Biasanya pada pasien stroke akan mengalami peningkatan stress akibat tidak dapat beraktifitas seperti semula

g. Pengkajian 12 saraf kranial

1) Saraf I

pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.

2) Saraf II

Disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensori primer diantara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visual-spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial) sering terlihat pada Mien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.

3) Saraf III, IV, dan VI.

stroke mengakibatkan paralisis, pada satu sisi otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral di sisi yang sakit.

4) Saraf V

keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigeminus, penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah ke sisi lateral, serta kelumpuhan satu sisi otot internus dan eksternus.

- 5) Saraf VII
Persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah asimetris, dan otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat.
 - 6) Saraf VIII
Tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi.
 - 7) Saraf IX dan X
Kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut.
 - 8) Saraf XI
Tidak ada atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapezius.
 - 9) Saraf XII
Lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi, serta indra pengecapan normal
- h. Pernapasan
- 1) Gejala, pasien merasa sesak napas.
 - 2) Tanda, saturasi oksigen menurun.
- i. Fungsi sensori
- Pengkajian ini menggunakan sentuhan ringan, memberikan sensasi nyeri, dan sensasi getaran.
- 1) Gejala, pasien tidak merasakan sensasi.
 - 2) Tanda, anggota gerak tidak dapat digerakkan atau mengalami kelumpuhan.
- j. Fungsi sereblum
- Pengkajian ini menggunakan tes jari hidung

- 1) Gejala, pasien stroke biasanya tidak dapat menunjuk hidungnya karena keterbatasan gerak.
- 2) Tanda, kaku pada tangan atau tidak dapat mengontrol gerakan.

k. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik pada penderita stroke dibagi menjadi 4 yaitu sebagai berikut:

- 1) Inspeksi
 - a) Membrane mukosa tampak kering.
 - b) Terdapat otot bantu pernapasan.
 - c) Terdapat hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) dan hemiparesis (kelemahan salah satu sisi tubuh).
- 2) Palpasi
 - a) Akral teraba dingin/hangat
 - b) Anggota tubuh teraba kaku.
- 3) Perkusi
Kaji suara paru (normal/ sonor).
- 4) Auskultasi
Kaji suara napas (normal/ vesikuler).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu proses penilaian klinis terkat respon dari hasil pengkajian yang diambil dari data objektif dan subjektif pasien yang bersifat aktual maupun potensial untuk diidentifikasi permasalahannya (SDKI, 2017). Menurut Tarwoto (2013) diagnosis keperawatan yang sering muncul pada pasien dengan stroke ialah:

- a. Pola napas tidak efektif (D.0005): Inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat.
- b. Resiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017): Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak.
- c. Bersihan jalan napas tidak efektif (D.0001): Ketidakmampuan membersihkan secret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten.
- d. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054): Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.
- e. Risiko jatuh (D.0143): Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh.
- f. Risiko perfusi perifer tidak efektif (D.0015): Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah pada kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh
- g. Risiko aspirasi (D.0006): Berisiko mengalami masuknya sekresi gastrointestinal, sekresi orofaring, benda cair atau padat ke dalam saluran trakeobronkhial akibat disfungsi mekanisme protektif saluran napas.
- h. Nyeri akut (D.0077): pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

- i. Gangguan komunikasi verbal (D.0119): Penurunan, perlambatan atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem symbol.
- j. Defisit nutrisi (D.0019): Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.
- k. Defisit perawatan diri (D.0109): Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah bentuk terapi yang berikan perawat kepada pasien berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis. Standar dari intervensi keperawatan mencakup fisiologis dan psikososial pasien yang dapat dilakukan mandiri perawat ataupun kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dan medis. Intervensi keperawatan juga memberikan upaya kuratif, upaya promotif, upaya preventif bagi pasien sebagai pencegahan penyakit. Standar intervensi keperawatan tidak hanya diberikan ke pasien namun juga meliputi kelompok keluarga dan kelompok komunitas besar (SIKI,2017)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tujuan dari bentuk intervensi yang telah ditetapkan. Implementasi ini bertujuan untuk memberikan nilai indikator keberhasilan pada intervensi yang telah dikerjakan, sehingga nilai keberhasilan dapat di ukur (SIKI, 2017).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahapan setelah pemberian implementasi. Pada tahap ini merupakan kegiatan mengevaluasi proses keperawatan apakah proses asuhan keperawatan telah memenuhi tujuan yang ditetapkan. Evaluasi ini melibatkan proses pengkajian awal kembali untuk menentukan tercapainya intervensi yang telah dilakukan ke pasien (Rukmini DK, 2022).