

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Stroke

1. Defenisi Stroke

Stroke iskemik adalah stroke yang disebabkan oleh sumbatan pada pembuluh darah servikokranial atau hipoperfusi jaringan otak oleh berbagai faktor seperti aterotrombosis, emboli, atau ketidakstabilan hemodinamik yang menimbulkan gejala serebral fokal, terjadi mendadak, dan tidak menghilang dalam waktu 24 jam atau lebih. (Pangaribuan dkk., 2023)

Iskemia jaringan otak timbul akibat sumbatan pada pembuluh darah serviko-kranial atau hipoperfusi jaringan otak oleh berbagai faktor seperti aterotrombosis, emboli, atau ketidakstabilan hemodinamik. Aterotrombosis terjadi pada arteri-arteri besar dari daerah kepala dan leher dan dapat juga mengenai pembuluh arteri kecil atau percabangannya. Trombus yang terlokalisasi terjadi akibat penyempitan pembuluh darah oleh plak aterosklerotik sehingga menghalangi aliran darah pada bagian distal dari lokasi penyumbatan. Gejala neurologis yang muncul tergantung pada lokasi pembuluh darah otak yang terkena. (Pangaribuan dkk., 2023)

2. Etiologi Stroke

Stroke disebabkan oleh adanya arteri yang tersumbat pada pembuluh darah otak (stroke iskemik). Beberapa orang mungkin mengalami gangguan sementara aliran darah ke otak (*transient ischemic attack (TIA)*) yang tidak menyebabkan kerusakan permanen. Sekitar 80% kasus stroke adalah stroke iskemik. Stroke iskemik terjadi ketika arteri ke otak menyempit atau terhambat, menyebabkan aliran darah sangat berkurang (iskemia) (Anisah & Ricky, 2023). Penyebab stroke dibagi menjadi 11, yaitu menurut (Anisah & Ricky, 2023)

1. Trombosis Serebral
2. Emboli serebri

3. Hipoksia umum
4. Hipoksia setempat
5. Penyakit jantung dengan “shunt” yang menghubungkan bagian kanan dan bagian kiri atrium atau ventrikel
6. Penyakit jantung rheumatoid akut atau menahun yang meninggalkan gangguan pada katup mitralis
7. Fibrilasi atrium
8. Infarksi kordis akut
9. Embolus yang berasal dari vena pulmonalis
10. Kadang kadang pada kardiomiopati , fibrosis endokardial, jantung miksomatous sistemik.
11. Embolisasi akibat gangguan sistemik

3. Penyebab Stroke

Penyebab utama dari stroke non hemoragik yaitu pasien stroke yang terbiasa dalam mengonsumsi makanan yang mengandung lemak jenuh yang bisa menimbulkan aterosklerosis, seperti menyempitnya pembuluh arteri yang disebabkan lemak menempel pada dinding arteri. Para ahli beranggapan bahwa aterosklerosis ialah penyebab utama stroke yang pada umumnya (Retnaningsih, 2023).

Stroke juga dikenal sebagai *Cerebrovascular Accident (CVA)* atau serangan otak. Persediaan darah diinterupsi untuk bagian bagian tertentu dari otak, menyebabkan sel otak mati, ini mengakibatkan pasien kehilangan fungsi otak didalam area yang terpengaruh (Manurung , 2017). Gangguan pada umumnya disebabkan oleh suatu sumbatan pada aliran darah arteri (ischemic stroke), seperti pembentukan gumpalan darah, tetapi dapat pula disebabkan oleh kebocoran atau pecahnya pembuluh darah darah (hemoragic stroke) (Retnaningsih, 2023)

Suatu gumpalan darah dapat berkembang dari sepotong plak yang tidak stabil, atau suatu embolus yang berjalan dari bagian lain tubuh dan berhenti di pembuluh darah (Permatasari, 2020). Perdarahan mungkin

terjadi sebagai hasil dari trauma atau secara spontan, seperti hipertensi yang tidak terkendali. Ischemic terjadi ketika darah tidak cukup mencapai jaringan otak hal ini mengakibatkan kurangnya ketersediaan oksigen (hipoksia) dan glukosa (hipoglisemia) pada otak, ketika gizi tidak tersedia untuk periode panjang, sel otak akan mati dan menyebabkan suatu area infarktus (Permatasari, 2020).

4. Tanda Dan Gejala Stroke

Gejala stroke non hemoragik yang timbul akibat gangguan peredaran darah di otak bergantung pada berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasi tempat gangguan peredaran darah terjadi, maka gejala-gejala tersebut adalah (Pangaribuan., 2023) :

A. Gejala akibat penyumbatan arteri karotis interna.

- 1) Buta mendadak (*amaurosis fugaks*).
- 2) Ketidakmampuan untuk berbicara atau mengerti bahasa lisan (disfasia) bila gangguan terletak pada sisi dominan.
- 3) Kelumpuhan pada sisi tubuh yang berlawanan (*hemiparesis kontralateral*) dan dapat disertai sindrom Horner pada sisi sumbatan .

B. Gejala akibat penyumbatan arteri serebri anterior.

- 1) Hemiparesis kontralateral dengan kelumpuhan tungkai lebih menonjol.
- 2) Gangguan mental.
- 3) Gangguan sensibilitas pada tungkai yang lumpuh.
- 4) Ketidakmampuan dalam mengendalikan buang air.
- 5) Bisa terjadi kejang-kejang

C. Gejala akibat penyumbatan arteri serebri media.

- 1) Bila sumbatan di pangkal arteri, terjadi kelumpuhan yang lebih ringan.
- 2) Bila tidak di pangkal maka lengan lebih menonjol.
- 3) Gangguan saraf perasa pada satu sisi tubuh.

4) Hilangnya kemampuan dalam berbahasa (*aphasia*)

D. Gejala akibat penyumbatan sistem *vertebrobasilar*.

- 1) Kelumpuhan di satu sampai keempat ekstremitas.
- 2) Meningkatnya refleks tendon.
- 3) Gangguan dalam koordinasi gerakan tubuh.
- 4) Gejala-gejala sereblum seperti gemetar pada tangan (*tremor*), kepala berputar (*vertigo*).
- 5) Ketidakmampuan untuk menelan (*disfagia*).
- 6) Gangguan motoris pada lidah, mulut, rahang dan pita suara sehingga pasien sulit bicara (*disatria*).
- 7) Kehilangan kesadaran sepiintas (*sinkop*), penurunan kesadaran secara lengkap (*strupor*), koma, pusing, gangguan daya ingat, kehilangan daya ingat terhadap lingkungan (*disorientasi*).
- 8) Gangguan penglihatan, seperti penglihatan ganda (*diplopia*), gerakan arah bola mata yang tidak dikehendaki (*nistagmus*), penurunan kelopak mata (*ptosis*), kurangnya daya gerak mata, kebutaan setengah lapang pandang pada belahan kanan atau kiri kedua mata (*hemianopia homonim*).
- 9) Gangguan pendengaran.
- 10) Rasa kaku di wajah, mulut atau lidah.

5. Klasifikasi Stroke

1. Stroke Iskemik

Stroke Iskemik (*non hemoragic*) adalah penurunan aliran darah kebagian otak yang disebabkan karena vasokonstriksi akibat penyumbatan pada pembuluh darah arteri sehingga suplai darah ke otak mengalami penurunan (Mardjono & Sidharta, 2023). Stroke iskemik merupakan suatu penyakit yang diawali dengan terjadinya serangkaian perubahan dalam otak yang terserang, apabila tidak ditangani akan segera berakhir dengan kematian di bagian otak. Stroke ini sering diakibatkan oleh trombosis akibat plak

aterosklerosis arteri otak atau suatu emboli dari pembuluh darah di luar otak yang tersangkut di arteri otak. Jenis stroke ini merupakan jenis stroke yang paling sering menyerang seseorang. sekitar 80% dari semua stroke Junaidi, 2011 dalam (Anisah,2023) . Berdasarkan manifestasi klinis menurut ESO *excecutive committe* dan ESO *writting committee (2008)* dan Jauch (2013) dalam (Anisah , 2023) yaitu:

- a) *TIA (Transient Ischemic Attack)* atau serangan stroke sementara: gejala defisit neurologis yang berlangsung kurang dari 24 jam yakni 10-30 menit.. TIA menyebabkan penurunan jangka pendek dalam aliran darah ke suatu bagian dari otak.
- b) *RIND (Reversible Ischemic Neurologic Deficit)* gejala defisit neurologi yang akan menghilang dalam waktu lebih lama dari 24 jam, tetapi gejala akan menghilang tidak lebih dari 7 hari.
- c) *Stroke evaluasi (Progressing Stroke)* kelainan atau defisit neurologi yang berlangsung bertahap dari yang ringan sampai yang berat sehingga makin lama makin berat.
- d) *Stroke komplit (Completed Stroke)* kelainan neurologis yang sudah menetap dan tidak berkembang lagi.

pembuluh darah dapat masuk kedalam jaringan otak sehingga terjadi hematoma Junaidi, 2011 dalam (Anisah & Ricky, 2023). Berdasarkan perjalanan klinisnya stroke hemoragik dikelompokkan sebagai berikut:

a) *PIS (Perdarahan intraserebral)*

Perdarahan intraserebral disebabkan karena adanya pembuluh darah intraserebral yang pecah sehingga darah keluar dari pembuluh darah dan masuk ke dalam jaringan otak. Keadaan tersebut menyebabkan peningkatan tekanan

intrakranial atau intraserebral sehingga terjadi penekanan pada pembuluh darah otak menyebabkan penurunan aliran darah otak dan sehingga berujung pada kematian sel mengakibatkan defisit neurologi (Brunner, & Suddarth. 2014) dalam (Anisah & Ricky, 2023) . Perdarahan intraserebral (PIS) adalah perdarahan yang primer berasal dari pembuluh darah dalam parenkim otak dan bukan disebabkan oleh trauma. Perdarahan ini banyak disebabkan oleh hipertensi dan penyakit darah seperti hemofilia (Pizon & Asanti, 2012) dalam (Anisah & Ricky, 2023).

b) PSA (Pendarahan subarakhnoid)

Pendarahan subarakhnoid merupakan masuknya darah ke ruang subarakhnoid baik dari tempat lain (pendarahan subarakhnoid sekunder) atau sumber perdarahan berasal dari rongga subarakhnoid itu sendiri (pendarahan subarakhnoid) (Junaidi, 2011) dalam (Anisah & Ricky, 2023) Perdarahan subarakhnoidal merupakan perdarahan yang terjadi masuknya (PSA) darah ke dalam ruangan subarakhnoid (Pizon & Asanti, 2012) dalam (Anisah & Ricky, 2023).

6. Patofisiologi Stroke

Otak sangat tergantung kepada oksigen dan otak tidak mempunyai cadangan oksigen apabila tidak adanya suplai oksigen maka metabolisme di otak mengalami perubahan, kematian sel dan kerusakan permanen dapat terjadi dalam waktu 3 sampai 10 menit. Iskemia dalam waktu lama menyebabkan sel mati permanen dan berakibat menjadi infark otak yang disertai edem otak sedangkan bagian tubuh yang terserang stroke secara permanen akan tergantung kepada daerah otak mana yang terkena. Stroke itu sendiri disebabkan oleh adanya arterosklerosis (Junaidi, 2012 dalam Anisah & Ricky, 2023). Arteriosklerosis terjadi karena adanya penimbunan lemak yang terdapat di dinding pembuluh darah sehingga

menghambat aliran darah ke jaringan otak. Arteriosklerosis dapat menyebabkan suplai darah ke jaringan serebral tidak adekuat sehingga menyebabkan ketidakefektifan perfusi jaringan pada otak (Amin & Hardhi, 2013) dalam (Anisah & Ricky, 2023). Arteriosklerosis dapat menyebabkan terbentuknya bekuan darah yang melekat pada dinding pembuluh darah sehingga menyebabkan sumbatan pada pembuluh darah. Apabila arteriosklerosis pada bagian trombus terlepas dari dinding arteri akan mengikuti aliran darah menuju arteri yang lebih kecil dan akan menyebabkan sumbatan yang mengakibatkan pecahnya pembuluh darah (Wang, 2022) dalam (Anisah & Ricky, 2023)

Patofisiologi utama stroke adalah penyakit jantung atau pembuluh darah. Manifestasi sekunder di otak adalah hasil dari satu atau lebih dari penyakit yang mendasari atau faktor resiko. Patologi utama termasuk hipertensi, aterosklerosis yang mengarah ke penyakit arteri koroner, dislipidemia, penyakit jantung, dan hiperlipemia (Haryono & Utami, 2019). Patofisiologi stroke non hemoragik atau iskemik merupakan penyumbatan yang disebabkan oleh oklusi cepat dan mendadak pada pembuluh darah otak sehingga aliran darah terganggu. Jaringan otak yang kekurangan oksigen selama lebih dari 60 sampai 90 detik akan menurun fungsinya. Trombus atau penyumbatan seperti aterosklerosis menyebabkan iskemia pada jaringan otak dan membuat kerusakan jaringan neuron sekitarnya akibat proses hipoksia dan anoksia. Sumbatan emboli yang terbentuk di daerah sirkulasi lain dalam sistem peredaran darah yang biasa terjadi di dalam jantung atau sebagai komplikasi dari fibrilasi atrium yang terlepas dan masuk ke sirkulasi darah otak, dapat pula mengganggu sistem sirkulasi otak (Haryono & Utami, 2019).

Oklusi akut pada pembuluh darah otak membuat darah otak terbagi menjadi dua daerah keparahan derajat otak, yaitu daerah inti dan daerah penumbra. Daerah inti adalah daerah atau bagian otak yang memiliki aliran darah kurang dari 10cc/100g jaringan otak tiap menit. Daerah ini beresiko

menjadi nekrosis dalam hitungan menit. Daerah penumbra adalah daerah otak yang aliran darahnya terganggu tetapi masih lebih baik dikarenakan daerah ini masih masih mendapat suplai perfusi dari pembuluh darah (Haryono & Utami, 2019).

7. Faktor Resiko Stroke

(Anisah & Ricky, 2023) berpendapat bahwa ada beberapa macam faktor resiko yang menyebabkan terjadinya stroke *non hemoragic* yaitu :

1. Faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi Faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi merupakan faktor resiko yang tidak dapat dicegah walaupun dilakukan intervensi, faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi yaitu :

a) Usia

Usia merupakan faktor resiko stroke, semakin tua usia seseorang maka resiko terkena stroke pun semakin tinggi. Namun penderita stroke saat ini tidak terbatas pada seseorang dengan usia lanjut, kaum usia produktif pun perlu waspada terhadap ancaman stroke. Pada usia produktif, stroke dapat menyerang terutama pada mereka yang memiliki gaya hidup yang buruk (Anisah & Ricky, 2023).

b) Jenis Kelamin

Laki-laki lebih beresiko terkena stroke. Hal ini terkait gaya hidup laki-laki yang kebanyakan merokok, hal tersebut dapat memicu terjadinya stroke dan gaya hidup tidak sehat juga dapat menyebabkan stroke berulang karena laki-laki lebih cenderung mempunyai kebiasaan suka memakan makanan siap saji disaat makan siang saat bekerja dan selesai bekerja. Hormon juga mempengaruhi laki-laki lebih banyak terkena stroke daripada perempuan, karena laki-laki tidak memiliki hormon estrogen. Hormon estrogen berperan dalam mempertahankan kekebalan tubuh sampai

menopause sebagai proteksi pada proses aterosklerosis, hormon yang berperan penting dalam perkembangan organ dan sistem reproduksi wanita (Anisah & Ricky, 2023).

c) Genetik

Orang dengan riwayat stroke pada keluarga biasanya memiliki resiko lebih besar untuk terkena stroke dibanding dengan tanpa riwayat stroke pada keluarganya. Faktor genetik telah sejak lama menjadi salah satu faktor risiko stroke yang tidak dapat dimodifikasi. Selain karena susunan genetik, paparan lingkungan dan gaya hidup dalam keluarga juga menjadi alasan potensial kecenderungan genetik terkena stroke.

2. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi adalah hipertensi, merokok, dislipidemia, diabetes melitus, obesitas, alkohol dan *atrial fibrillation*. (Anisah & Ricky, 2023).

B. Konsep Dasar Ulkus Dekubitus

1. Defenisi Ulkus Dekubitus

Dekubitus merupakan kerusakan atau kematian jaringan kulit sampai jaringan dibawah kulit bahkan dapat menembus otot sampai mengenai tulang akibat adanya penekanan pada suatu area yang terjadi secara terus menerus dan mengakibatkan terjadinya gangguan sirkulasi darah pada daerah setempat. Dekubitus biasanya berupa luka kronis yang terjadi di daerah yang mendapat tekanan pada pasien yang tidak dapat bergerak di tempat tidur atau tidak dapat melakukan aktifitas secara mandiri. Ulkus dekubitus atau *ulcus pressure* (luka tekan), yang dapat terjadi pada daerah kulit yang menutupi tulang menonjol dipengaruhi beberapa oleh faktor yaitu, karena immobilitas ditempat tidur, pergesekan, perubahan posisi yang kurang sehingga mengakibatkan paraplegia atau penurunan fungsi sensorik .(Akbar dkk.,2020).

Ulkus dekubitus , juga disebut luka baring atau ulkus dekubitus, adalah cedera kulit dan jaringan lunak yang terbentuk akibat tekanan terus menerus atau berkepanjangan pada kulit. Ulkus ini terjadi pada area tulang tubuh seperti ishium, trokanter mayor, sacrum, tumit, malleolus, (lateral dari pada medial dan oksiput. Lesi ini sebagian besar terjadi pada orang dengan kondisi yang menurunkan mobilitas sehingga membuat perubahan postur tubuh menjadi sulit. (Faswita, 2022)

2. Patofisiologi Ulkus Dekubitus

Secara normal tekanan kapiler berkisar antara 16 mmHg-33 mmHg. Kulit akan tetap utuh karena sirkulasi darah terjaga, bila tekanannya masih berkisar pada batas-batas tersebut. Tekanan tersebut akan meningkat terjadi kondisi tetap tekanan pada kulit, misalnya klien yang berbaring lama /imobilisasi di atas kasur busa maka tekanan daerah sakrum akan mencapai 60-70 mmHg dan daerah tumit mencapai 30-45 mmHg (Faswita, 2022).

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 dakubitus selama dapat mengganti posisi beberapa kali perjamnya.

Selain faktor tekanan, ada beberapa faktor mekanik tambahan yang dapat memudahkan terjadinya dekubitus yaitu pergeseran kulit dan adanya gesekan antara kulit dan tempat tidur (Faswita, 2022).

Sebagai tambahan dari shearing forces ini, pergerakan dari tubuh diatas alas tempatnya berbaring, dengan fiksasi kulit pada permukaan alas akan menyebabkan terjadinya lipatan-lipatan kulit (*skin folding*). Terutama terjadi pada penderita yang kurus dengan kulit yang kendur. Lipatan-lipatan kulit yang terjadi ini dapat menarik/mengacaukan (*distorsi*) dan menutup pembuluh-pembuluh darah (Faswita, 2022)

Sebagai tambahan dari efek iskemia langsung dari faktor-faktor diatas, masih harus diperhatikan terjadinya kerusakan edotel, penumpukan trombosit dan edema. Semua inidapat menyebabkan nekrosis jaringan akibat lebih terganggunya aliran darah kapiler. Bahan bila endotel yang rusak menyebabkan pembuluh darah mudah rusak bila terkena trauma (Faswita, 2022).

3. Faktor Yang Mempengaruhi Ulkus Dekubitus

Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya ulkus dekubitus pada pasien stroke sangatlah kompleks dan melibatkan baik faktor intrinsik maupun ekstrinsik. Faktor intrinsik, seperti usia, status gizi, dan tingkat kesadaran pasien, memiliki peran penting dalam mempengaruhi kecenderungan pasien untuk mengembangkan ulkus dekubitus. Pasien yang berusia lebih dari 60 tahun dan memiliki kondisi kesehatan penyerta seperti diabetes atau hipertensi, lebih rentan terhadap terjadinya ulkus dekubitus. Sedangkan Faktor ekstrinsik, seperti lama rawat inap dan frekuensi perubahan posisi tubuh, juga berkontribusi terhadap risiko ini. Penurunan mobilitas yang sering dialami oleh pasien stroke, ditambah dengan ketidakmampuan untuk mengubah posisi tubuh secara mandiri, meningkatkan kerentanannya terhadap luka tekan. Selain itu, status gizi yang buruk, seperti rendahnya kadar albumin serum, juga berhubungan erat dengan peningkatan risiko ulkus dekubitus, mengingat kondisi ini menghambat pemulihan jaringan dan memperburuk kerusakan kulit. (Safitri dkk.,2022).

4. Klasifikasi Ulkus Dekubitus

Adapun satu cara untuk mengklasifikasikan dekubitus adalah dengan menggunakan sistem nilai atau tahapan. Menurut *National Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP-NPUAP-PPPIA)*,(2016) membagi derajat dekubitus menjadi enam dengan karakteristik sebagai berikut:

1) Stadium I

Zona tekanan dengan kemerahan yang tidak memucat dengan tekanan ujung jari, dengan kulit yang masih utuh.

2) Stadium II

Ulkus dekubitus dengan erosi kulit, lepuh, hilangnya sebagian epidermis dan/atau dermis, atau kehilangan kulit.

3) Stadium III

Ulkus dekubitus dengan hilangnya semua lapisan kulit dan kerusakan atau nekrosis jaringan subkutan, yang dapat meluas hingga ke fasia di bawahnya.

4) Stadium IV

Ulkus dekubitus dengan nekrosis otot, tulang, atau struktur pendukung seperti tendon atau kapsul sendi



Gambar 1 Stadium Luka Tekan Berdasarkan NPUAP

5. Area Yang Biasa Terjadi Dekubitus

Area yang bisa terjadi dekubitus adalah tempat diatas tonjolan tulang dan tidak dilindungi oleh cukup dengan lemak sub kutan, misalnya daerah sakrum, daerah trokanter mayor dan spina ischiadica superior anterior, daerah tumit dan siku (Dr. Neny dkk., 2025).

Usia lanjut mempunyai potensi besar untuk terjadi dekubitus karena perubahan kulit berkaitan dengan bertambahnya usia antara lain:

- 1) Berkurangnya jaringan lemak subkutan.
- 2) Berkurangnya jaringan kolagen dan elastin.
- 3) Menurunnya efesiensi kolateral kapiler pada kulit sehingga kulit menjadi lebih tipis dan rapuh.

6. Komplikasi Ulkus Dekubitus

Komplikasi sering timbul pada ulkus dekubitus. Masalah yang paling umum adalah infeksi. Ulkus derajat III dan IV memerlukan penanganan intensif karena komplikasinya dapat mengancam jiwa. Analisis mikroba menunjukkan bahwa bakteri aerob dan anaerob terdapat pada lesi. Jika infeksi menyebar ke jaringan yang lebih dalam dan tulang, hal ini dapat mengakibatkan; periostitis (infeksi pada lapisan penutup tulang), osteomyelitis (infeksi pada tulang), septic arthritis (infeksi pada sendi), dan pembentukan sinus (rongga abnormal akibat hilangnya jaringan). Invasi agen infeksi berakibat fatal karena septikemia sulit ditangani pada pasien yang sudah lemah.(Faswita, 2022)

7. Pencegahan Ulkus Dekubitus

Pencegahan ulkus decubitus, terutama pada pasien stroke, sangat penting dilakukan. Langkah pencegahan yang baik akan meningkatkan kualitas hidup pasien.(Amirsyah dkk.,2020)

- a. Hal pertama yang harus dilakukan adalah edukasi pasien mengenai kemungkinan munculnya ulkus dekubitus akibat imobilitas yang lama.
- b. Pasien diajarkan untuk melakukan pemindahan posisi pasien secara berkala. Pemindahan posisi dilakukan setiap 2 jam dengan durasi minimal 5 menit. Pasien dimiringkan ke kanan dan ke kiri dan selanjutnya dibaringkan kembali. Disarankan untuk menggunakan alarm sebagai pengingat kapan pasien harus melakukan pemindahan posisi pasien.
- c. Kondisi yang mungkin menimbulkan gesekan antara alas dan

bagian tubuh pasien (seperti saat menarik sprai untuk mengganti sprai) harus dihindari seminimal mungkin. Kelembapan bagian tubuh pasien juga harus diperhatikan. Setelah buang air besar dan buang air kecil, area yang basah harus dikeringkan. Jika menggunakan kateter, harus diganti secara berkala

- d. Memberikan pelembab (seperti minyak kelapa atau minyak zaitun) pada bagian tubuh pasien juga penting untuk mencegah gesekan pada kulit yang timbul akibat perubahan posisi pasien.
- e. Pemberian nutrisi yang adekuat akan mendukung kondisi tubuh pasien tetap seimbang. Makronutrien dan mikronutrien esensial harus terpenuhi, terutama protein sebagai zat pembangun dan sumber energi. Rekomendasi protein harian yang dibutuhkan adalah 0.8 hingga 1 gram/kilogram berat badan tiap hari.

C. Konsep Dasar Alih Baring Posisi Miring Kanan Dan Miring Kiri

1. Defenisi Perubahan Posisi Miring Kanan Dan Miring Kiri

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 (Janssens, 2024)

Salah satu untuk mencegah dekubitus dengan pengaturan posisi. Saat ini telah dikembangkan bentuk pengaturan posisi yang di kenal sebagai posisi miring kanan dan miring kiri (mika miki). Posisi miring kanan dan miring kiri merupakan posisi yang diberikan pada pasien koma untuk mengurangi tekanan yang terlalu lama dan gaya gesekan pada kulit,

di samping itu juga mencegah terbentuknya dekubitus, kemudian mengubah posisi setiap 2 jam sekali (Effendi, 2022).

Tujuan dari teknik merubah posisi adalah untuk mengurangi penonjolan pada tulang serum dan trochanter mayor otot pinggang, meningkatkan drainage dari mulut pasien dan mencegah aspirasi, memasukkan obat supositoria dan mencegah decubitus (Effendi, 2022) Hasil dari jurnal penelitian menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan pemberian posisi miring kanan dan miring kiri untuk pencegahan terjadinya dekubitus. Posisi miring sangat efektif karena dapat memperlancar sirkulasi darah terutama pada bagian tulang-tulang yang menonjol yang mengalami penekanan yang terlalu lama (Effendi , 2022).

Pengaturan posisi miring memiliki tekanan yang paling minimal sehingga 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 bertujuan untuk membebaskan tekanan sebelum terjadi iskemia jaringan serta tidak terjadi luka tekan. (Suwardianto , 2020).

Dengan posisi miring 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 , 2023).

(Mustika, 2020) menunjukkan bahwa ada pengaruh pemberian alih baring terhadap kejadian dekubitus pada pasien stroke. Pemberian tindakan alih baring antara miring kekanan dan ke kiri secara teratur dapat mengurangi terjadinya tekanan yang dapat mengakibatkan luka tekan atau

dekubitus. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Sarwanto, Kriatyawati dan (Sarwanto dkk., 2017) menunjukkan bahwa posisi miring 30 derajat yang lebih efektif dibandingkan 90 derajat dalam menurunkan risiko dekubitus.

2. Tujuan Alih Baring

Menurut (Susi dkk ,2025) tujuan alih baring yaitu :

- 1) Mencegah kerusakan kulit: Mengurangi tekanan dan gesekan yang terus-menerus pada area tubuh tertentu, terutama pada tonjolan tulang seperti tumit, pinggul, dan tulang ekor, yang dapat menyebabkan luka tekan (dekubitus).
- 2) Melancarkan sirkulasi darah: Memastikan sirkulasi darah ke seluruh tubuh tetap baik, yang penting untuk perfusi dan suplai oksigen ke jaringan.
- 3) Mencegah masalah pernapasan: Mengurangi penumpukan lendir di paru-paru akibat terlalu lama berbaring dalam satu posisi.
- 4) Mencegah kekakuan sendi dan otot: Menjaga fleksibilitas dan mencegah pengerasan otot yang sering dialami pasien imobilisasi.
- 5) Meningkatkan kenyamanan: Membantu pasien merasa lebih nyaman dan dapat tidur lebih nyenyak.

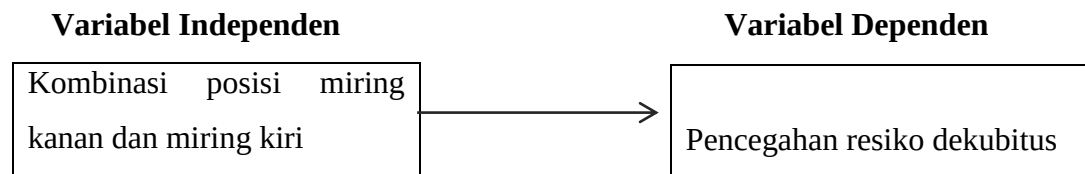
3. Manfaat Alih Baring

Menurut (Laraswati dkk, 2021)manfaat alih baring yaitu :

Alih baring memiliki manfaat mengganti titik tumpu berat badan yang tertekan pada area tubuh yang lain, mempertahankan sirkulasi darah pada daerah yang tertekan, dan dapat menurunkan tekanan pada tonjolan tulang. Alih baring dapat mencegah dekubitus pada daerah tulang yang menonjol Hal ini dikarenakan alih baring mengurangi penekanan akibat tertahannya pasien pada satu posisi yang diberikan untuk mengurangi tekanan dan gaya gesek kulit. Menjaga bagian kepala tempat tidur setinggi 30 derajat atau kurang akan menurunkan peluang terjadinya dekubitus akibat gaya gesek.

D. Kerangka Konsep

Kerangka konsep pada penelitian yang berjudul “Pengaruh Kombinasi Posisi Miring Kanan dan Miring Kiri terhadap Pencegahan Risiko Dekubitus pada Pasien Stroke”.



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

Sumber: (EPUAP., 2016) , (Potter & Perry, 2020)

E. Variabel Penelitian

1. Variabel Independen (Bebas)

Variabel independen dalam penelitian ini adalah Kombinasi posisi miring kanan dan miring kiri pada pasien stroke.

2. Variabel Dependen (Terikat)

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah pencegahan risiko dekubitus pada pasien stroke.

F. Defenisi Operasional

Tabel 2.1 Defenisi Operasional

NO	Variabel	Defenisi operasional	Alat ukur/ instrumen	Skala ukur	Hasil
1.	Variabel Independen Kombinasi Posisi Miring Kanan dan Miring Kiri	Perubahan posisi pasien miring kanan dan miring kiri secara bergantian setiap 2 jam dalam kurun waktu 7 jam.	1. SOP 2. Lembar Observasi	Ordinal	Dilakukan 4-7 kali perubahan posisi Tidak dilakukan 0-3 kali perubahan posisi.
2.	Variabel Dependen Risiko Dekubitus	Kemungkinan terjadinya luka tekan pada area tonjolan akibat imobilisasi / tirah baring, aktivitas, nutrisi, dan Gesekan.	1. Lembar Penilaian Braden Scale 2. Lembar Penilaian Npiap/Npuap	Ordinal	resiko ringan 15 – 18 resiko sedang 13 – 14 resiko tinggi 10 – 12 resiko berat < 9
3.	Variabel Dependen Stroke	kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh,	Rekam medis pasien	-	-

		kesulitan berbicara, dan keterbatasan gerak yang menyebabkan imobilisasi			
--	--	---	--	--	--

Sumber: (EPUAP , 2016), (Potter & Perry, 2020)

G. Hipotesis Penelitian

Hipotesis atau hipotesa adalah pernyataan atau jawaban sementara terhadap masalah penelitian yang masih perlu diuji kebenarannya. Hipotesis penelitian merupakan respon sementara terhadap tujuan penelitian dan berfokus pada hubungan atau pengaruh antar variabel yang diteliti serta dapat diterima atau ditolak berdasarkan hasil penelitian (Notoatmodjo, 2018).

Ha : Terdapat pengaruh kombinasi posisi miring kanan dan miring kiri terhadap pencegahan risiko dekubitus pada pasien stroke.

H0 : Tidak terdapat pengaruh kombinasi posisi miring kanan dan miring kiri terhadap pencegahan risiko dekubitus pada pasien stroke.