

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Stroke

1. Definisi Stroke

Stroke merupakan gangguan pada sistem pembuluh darah otak yang ditandai oleh matinya jaringan otak akibat berkurangnya pasokan oksigen ke area tersebut (Rachmawati et al., 2019). Stroke adalah cedera otak yang disebabkan oleh penyumbatan pembuluh darah atau pendarahan pada otak. Stroke menempati peringkat kedua sebagai penyebab kematian dan kecacatan terbanyak di dunia (Utomo, 2024).

Stroke merupakan gangguan fungsi otak yang terjadi secara tiba-tiba, ditandai oleh gejala klinis fokal atau menyeluruh yang berlangsung lebih dari 24 jam, tanpa adanya indikasi penyebab non-vaskular. Kondisi ini mencakup manifestasi perdarahan subaraknoid, perdarahan intraserebral, iskemia, atau infark serebral. (Mutiarasari, 2019).

Berdasarkan uraian di atas, penulis menyimpulkan bahwa stroke gangguan fungsi otak yang terjadi secara mendadak karena gangguan aliran darah ke otak, karena penyumbatan (iskemik) atau perdarahan (hemoragik). Gangguan ini dapat menyebabkan kematian jaringan otak dan dapat menyebabkan kecacatan yang fatal jika tidak di tangani segera.

2. Etiologi

Menurut *American Stroke Association* 2018 mekanisme penyebab terjadinya stroke sebagai berikut:

a. Trombosis serebral

Penyumbatan akibat trombus terjadi ketika aliran darah ke otak terganggu karena adanya bekuan darah di dalam pembuluh otak. Faktor utama terjadinya stroke adalah trombosis yang disebabkan oleh aterosklerosis, yang dapat menutup arteri carotis interna, arteri serebral, serta pembuluh darah kecil lainnya seperti sirkel Willis dan sistem

posterior. Kondisi ini umumnya diawali oleh kerusakan pada lapisan endotel, yang memicu perlekatan trombosit dan proses pembekuan darah, hingga akhirnya terbentuk trombus. (Dewi & Fitraneti, 2024)

b. Emboli serebral

Penyumbatan karena emboli terjadi akibat adanya bekuan darah yang berasal dari jantung atau pembuluh besar di bagian atas dada dan leher. Gangguan irama jantung seperti fibrilasi atrium dapat menyebabkan darah berkumpul di dalam jantung, terutama di ventrikel, sehingga meningkatkan risiko terbentuknya emboli. Jika sebagian bekuan ini masuk ke otak kecil, dapat terjadi hambatan aliran darah yang menyebabkan obstruksi (Dewi & Fitraneti, 2024).

3. Faktor Risiko

Faktor risiko terjadinya stroke dipengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor yang dapat dimodifikasi dan tidak dapat dimodifikasi (Utama & Nainggolan, 2022)

a. Faktor Yang Tidak Dapat di Modifikasi

1) Usia

Faktor risiko stroke dipengaruhi oleh usia. Penderita stroke biasa terjadi pada usia 20-44 tahun. faktor risiko yang mempengaruhi stroke pada usia ini yaitu karena hipertensi, hiperlipidemia, obesitas dan diabetes melitus (Yahya et al., 2020)

2) Jenis Kelamin

Stroke dipengaruhi oleh jenis kelamin, penelitian menunjukkan bahwa lansia laki-laki di Indonesia lebih berisiko mengalami stroke 54,7% dibandingkan perempuan 45,3% (Darmawati et al., 2024)

3) Riwayat Keluarga

Riwayat stroke pada orang tua akan meningkatkan terjadinya stroke pada keturunannya. Hal ini disebabkan karena penurunan genetik, pola hidup dan paparan lingkungan, interaksi antar faktor genetik dan lingkungan (Sary, 2016).

b. Faktor Yang Dapat Dimodifikasi

- 1) Hipertensi
- 2) Kolesterol Tinggi (Dislipidemia)
- 3) Obesitas
- 4) Penyakit Jantung Koroner
- 5) Diabetes Melitus
- 6) Merokok
- 7) Kurangnya Aktivitas Fisik
- 8) Pola Makan Tidak Sehat

4. Manifestasi Klinis

Menurut (Dewi & Fitraneti, 2024) manifestasi klinis stroke tergantung pada beberapa faktor, termasuk lokasi penyumbatan dan seberapa banyak jaringan otak yang terpengaruh. Otak mengendalikan sisi tubuh yang berlawanan, misalnya stroke yang terjadi pada sisi kanan otak akan mempengaruhi sisi kiri tubuh. Tanda dan gejala yang akan ditimbulkan yaitu:

- a. Kelumpuhan di sisi kiri tubuh.
- b. Masalah pengelihatan.
- c. Gangguan daya ingat

Stroke yang terjadi di sisi kiri otak dapat memengaruhi fungsi sisi kanan tubuh, dengan gejala klinis yang meliputi:

- a. Kelumpuhan pada sisi kanan tubuh.
- b. Gangguan dalam berbicara atau berbahasa.
- c. Pola perilaku yang cenderung lambat dan penuh kehati-hatian.
- d. Gangguan ingatan.

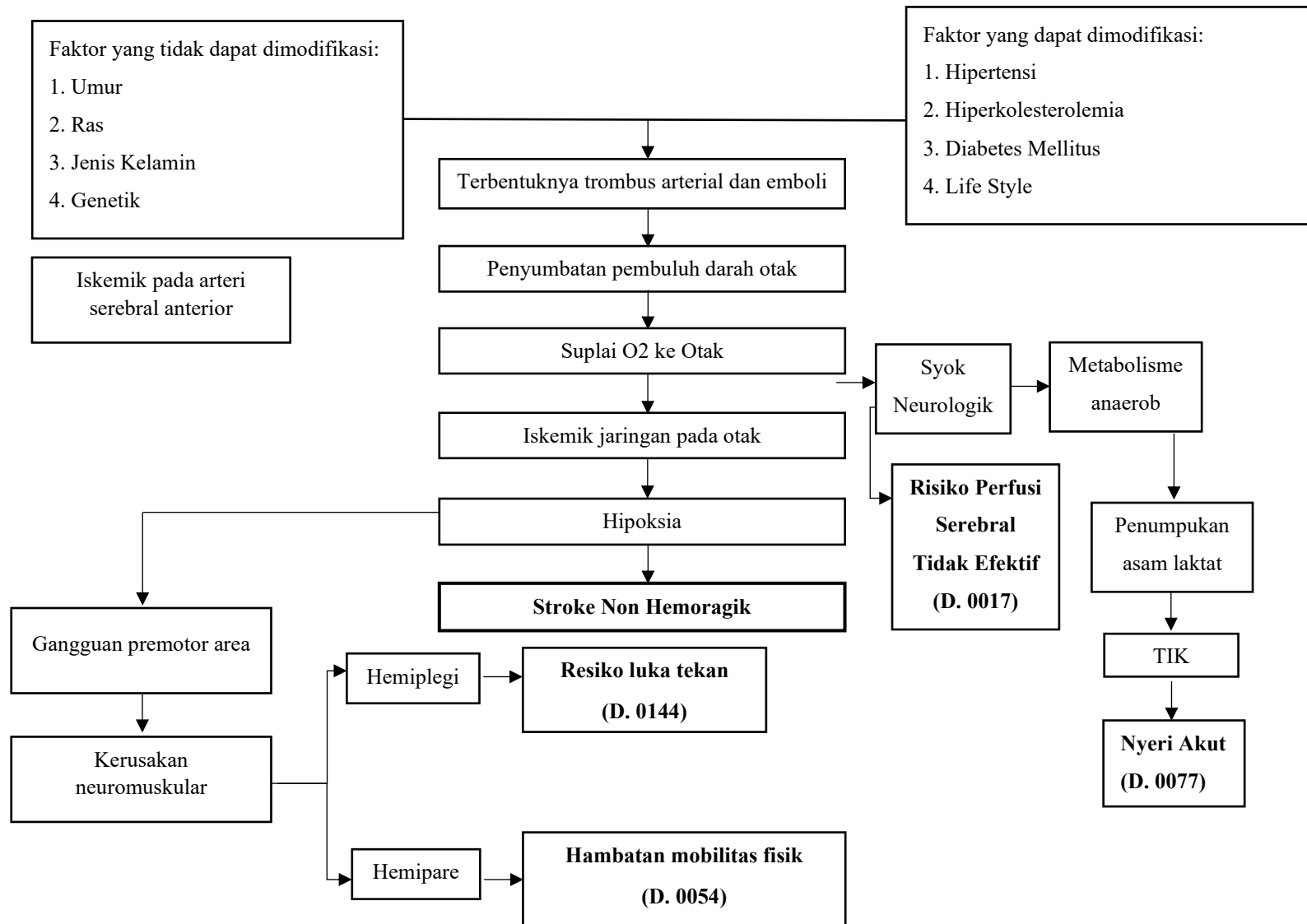
5. Patofisiologi

Stroke iskemik terjadi akibat penyumbatan pembuluh darah oleh tromboemboli, yang menyebabkan area di sekitar sumbatan mengalami kekurangan suplai darah (iskemia). Proses aterotrombotik pada pembuluh darah ekstrakranial mengalami peluruhan melalui mekanisme fibrinolitik pada dinding arteri dan aliran darah, sehingga menghasilkan emboli yang kemudian menyumbat arteri kecil di bagian distal. Pembentukan trombus juga dapat terjadi karena adanya kerusakan atau ulserasi pada endotel, yang menyebabkan plak menjadi tidak stabil dan memicu pembentukan emboli. Emboli ini selanjutnya dapat menutup aliran darah di pembuluh yang terkena (Dewi & Fitraneti, 2024).

Stroke embolik terjadi akibat berkurangnya aliran darah ke area otak, yang menyebabkan terbentuknya emboli. Penurunan suplai darah ini memicu stres seluler yang berat dan berujung pada kematian sel secara dini (nekrosis). Nekrosis disertai dengan kerusakan membran plasma, pembesaran organel, keluarnya isi sel ke ruang sekitarnya, serta hilangnya fungsi neuron. Berbagai mekanisme lain yang juga berperan dalam proses patologi stroke meliputi reaksi inflamasi, kegagalan metabolisme energi, ketidakseimbangan homeostasis, kondisi asidosis, peningkatan kalsium intraseluler, eksitotoksisitas, efek toksik akibat radikal bebas, sitotoksisitas oleh sitokin, aktivasi sistem komplemen, gangguan pada sawar darah-otak, aktivasi sel glial, stres oksidatif, dan masuknya sel leukosit ke jaringan otak. (Kuriakose & Xiao, 2020).

Stroke hemoragik adalah jenis stroke dengan angka kematian tinggi, mencakup 10–15% dari semua kasus. Kondisi ini terjadi akibat pecahnya pembuluh darah di otak, yang menyebabkan penumpukan darah dan tekanan pada jaringan otak, serta dapat memengaruhi fungsi jantung dan memicu infark. Stroke hemoragik dibagi menjadi dua jenis: perdarahan intraserebral (ICH) dan subaraknoid. ICH merupakan penyebab utama, sementara perdarahan subaraknoid umumnya terjadi akibat trauma kepala atau ruptur aneurisma (Kuriakose & Xiao, 2020).

6. WOC Stroke Non Hemoragik



7. Klasifikasi

Menurut American Heart Association (AHA) mengklasifikasi stroke berdasarkan kelainan patologis yaitu stroke iskemik yang disebabkan karena adanya sumbatan pada pembuluh darah dan stroke hemoragik disebabkan karena pecahnya pembuluh darah di otak (Haiga et al., 2022).

Stroke iskemik/non hemoragik merupakan stroke yang paling umum terjadi dibandingkan dengan stroke hemoragik. Klasifikasi yang umum digunakan pada stroke non hemoragik adalah klasifikasi TOAST (*Trial of ORG 10172 in Acute Stroke Treatment*) yaitu:

- a. Atherosklerosis pembuluh darah besar (LAA).
- b. Stroke Kardioembolik (CE).
- c. Lakuner.
- d. Stroke karena sebab lain yang ditentukan.
- e. Stroke yang penyebabnya tidak diketahui (Pinzon, 2016).

Stroke hemoragik diakibatkan oleh pecahnya pembuluh darah sehingga merusak otak dan mengganggu fungsi saraf. Terdapat dua kategori stroke hemoragik:

- a. Stroke Perdarahan Intraserebral (PIS) yaitu stroke yang disebabkan oleh perdarahan primer pada arteri darah parenkim otak.
- b. Stroke Perdarahan Subarachnoid (PSA), yaitu stroke yang disebabkan oleh kebocoran darah ke dalam ruang subarachnoid akibat aneurisma, ruptur AVM, atau akibat PIS (Made & Martini, 2024).

8. Penatalaksanaan

Pedoman nasional penatalaksanaan stroke non hemoragik menurut Kementerian Kesehatan (2019), meliputi:

- a. Cairan
 - 1) Berikan cairan isotonis seperti cairan NaCl 0,9%. Tekanan vena sentral dipertahankan antara 5-12 mmHg.
 - 2) Cairan parenteral maupun enteral diberikan 30 ml/kgBB/hati.

- 3) Hitung intake output harian (Jumlah urin harian ditambah 500 ml untuk mengganti cairan yang hilang tanpa terlihat, serta tambahan 300 ml untuk setiap kenaikan 1°C suhu tubuh pada pasien demam).
 - 4) Periksa elektrolit (natrium, kalsium, kalium dan magnesium).
 - 5) Periksa pH darah melalui pemeriksaan analisa gas darah.
 - 6) Hindari cairan yang mengandung glukosa kecuali pada keadaan hipoglikemia.
- b. Nutrisi
- 1) Pemberian nutrisi enteral, baik dengan maupun tanpa NGT, dilakukan setelah evaluasi fungsi menelan. Jika tidak ada kontraindikasi, maka nutrisi diberikan maksimal dalam 48 jam. Namun, bila terdapat Kontraindikasi seperti pendarahan lambung harus ditangani dengan pemberian makanan enteral sesuai anjuran dokter spesialis penyakit dalam, atau tidak boleh diberikan cairan lebih dari 150 cc melalui NGT dalam dua jam pertama.
 - 2) Jika pasien mengalami gangguan menelan atau penurunan kesadaran, maka asupan makanan diberikan melalui NGT.
 - 3) Kebutuhan kalori pada keadaan akut 25-30 kkal/kg/hari.
 - 4) Asupan kalori pada pasien obesitas dapat diberikan dengan pendekatan *permissive underfeeding*.
 - 5) Penggunaan NGT > 6 minggu, pertimbangkan untuk gastrotomi.
 - 6) Pemberian nutrisi yang tidak memungkinkan secara enteral, dapat diberikan secara parenteral.
 - 7) Perhatikan diet pasien yang bertentangan dengan obat-obatan yang diberikan (hindari makanan yang banyak mengandung vitamin K pada pasien yang mendapat warfarin).
- c. Mencegah dan mengatasi komplikasi
- 1) Mobilisasi dan penilaian dini mencegah komplikasi subakut.
 - 2) Berikan antibiotik sesuai indikasi dan usahakan sesuai dengan tes kultur dan sensitivitas kuman atau minimal terapi empiris sesuai dengan pola kuman.

- 3) Penggunaan matras dekubitus atau mobilisasi untuk mencegah dekubitus.
- 4) Pencegahan emboli paru dan TVD.
- 5) LMWH atau heparinoid (kelas I, tingkat bukti A) atau heparin subkutan 5000 IU dua kali sehari harus diberikan kepada pasien yang berisiko TVD. Kenali kemungkinan perdarahan intraserebral dan sistemik. Pencegahan dekubitus dengan mobilisasi atau menggunakan kasur dekubitus.

d. Tata laksana medis lainnya

- 1) Pantau kadar gula darah Anda; normoglikemia adalah tujuannya. Pada kasus stroke akut, titrasi insulin (kelas I, dikonfirmasi derajat C) harus digunakan untuk mengobati hiperglikemia (kadar glukosa darah >180 mg/dl). Penanganan hipoglikemia berat (kurang dari 50 mg/dl) harus melibatkan infus intravena glukosa 10%–20% atau dekstrosa 40%.
- 2) Pendekatan psikologis dilakukan dengan pemberian obat penenang, baik golongan minor maupun mayor, seperti benzodiazepin kerja pendek atau propofol.
- 3) Pemberian antiemetik dan analgesik dilakukan sesuai kebutuhan klinis.
- 4) H₂ antagonis diberikan bila terdapat indikasi perdarahan pada saluran cerna bagian atas.
- 5) Perlu kehati-hatian saat melakukan pergerakan, suction, atau memandikan pasien karena tindakan tersebut dapat meningkatkan tekanan intrakranial.
- 6) Mobilisasi dilakukan secara bertahap apabila kondisi hemodinamik dan respirasi pasien sudah stabil.
- 7) Kandung kemih yang penuh perlu dikosongkan melalui tindakan kateterisasi.

- 8) Pemeriksaan penunjang seperti laboratorium, MRI, sonografi dupleks karotis, transkranial doppler, TEE, TTE, dan lainnya dilakukan sesuai indikasi medis.
- 9) Dilakukan program rehabilitasi.
- 10) Pemberian edukasi kepada keluarga pasien.
- 11) Discharge planning (rencana penggolongan pasien di luar rumah sakit) (KemenKes, 2019).

9. Pemeriksaan Penunjang

Pasien dengan suspek *stroke* harus dilakukan beberapa pemeriksaan saat masuk ke unit gawat darurat yang meliputi pemeriksaan jantung, otak dan darah (KemenKes, 2019).

1. Elektromagnetik.
2. Pemeriksaan otak melalui CT-scan tanpa kontras (kelas I, tingkat bukti A) atau MRI dengan teknik difusi dan perfusi (kelas I, tingkat bukti A).
3. Pemeriksaan laboratorium:
 - 1) Pemeriksaan darah meliputi gula darah sewaktu, fungsi ginjal (ureum dan kreatinin), hematologi rutin, waktu tromboplastin parsial teraktivasi (APTT), waktu protrombin (PT), INR, serta kadar fibrinogen.
 - 2) Pemeriksaan lanjutan di ruang perawatan mencakup gula darah puasa dan dua jam setelah makan, profil lipid, protein C-reaktif (CRP), laju endap darah, serta pemeriksaan berdasarkan indikasi seperti enzim jantung (troponin atau CKMB), elektrolit serum, dan fungsi hati. Pemeriksaan tambahan lain yang bisa dilakukan antara lain elektrolit darah, viskositas darah, dan kadar homosistein.

10. Komplikasi

Komplikasi medis yang umum terjadi pada pasien stroke meliputi infeksi saluran kemih, pneumonia, sepsis, dan trombosis vena. Pasien stroke yang dirawat di rumah sakit memiliki tingkat kematian dan morbiditas berkisar antara 7,6% hingga 30%. Tingkat komplikasi selama periode akut stroke adalah 42,9% di negara-negara Asia. Komplikasi stroke non-hemoragik dapat meliputi kelumpuhan, infark miokard, gangguan vaskuler dan masalah neurologis seperti kesulitan berbicara, menelan dan gangguan emosional (KemenKes, 2019).

Komplikasi resiko luka tekan meliputi infeksi (seperti selulitis dan sepsis), nyeri jangka Panjang, gangguan mobilitas, dan peningkatan durasi rawat dapat muncul akibat luka tekan. Luka tekan juga dapat menyebabkan kematian pada kasus berat, terutama pada pasien dengan kondisi jangka Panjang atau usia lanjut akibatnya, pencegahan dan penanganan yang tepat sangat penting. (NPIAP, 2019)

B. Konsep Terapi Komplementer *Massage Effleur VCO*

1. Definisi

Massage Effleurage merupakan gerakan mengusap dengan bantalan jari tangan atau telapak tangan tanpa terjadi gerakan otot bagian dalam. Gerakan ini dilakukan sesuai dengan peredaran darah menuju jantung maupun kelenjar-kelenjar getah bening, *massage Effleurage* adalah Teknik pijat untuk memperlancar sirkulasi darah dan mencegah terjadinya luka tekan, *massage Effleurage* memerlukan pelumas untuk menghindari gesekan. Pelumas yang digunakan adalah minyak kelapa murni VCO (Nanda et al., 2019).

VCO (*virgin coconut oil*) merupakan minyak kelapa murni yang mengandung asam lemak dan oleat, minyak ini dihasilkan dari santan buah kelapa segar tanpa pemanasan dan tanpa penambahan apapun. VCO mengandung senyawa antimikroba yaitu asam laurat dan asam miristat yang berfungsi untuk memperbaiki jaringan luka granulasi, proliferasi dan

kontraksi luka dengan indikator adanya penutupan jaringan pada luka terbuka (Setyorini et al., 2022).

2. Tujuan *Massage Effleurage* VCO

Pasien Stroke non hemoragik pada umumnya mengalami keterbatasan mobilitas akibat gangguan neurologis seperti hemiparesis yang mengakibatkan peningkatan risiko komplikasi sekunder salah satunya adalah luka tekan (*pressure ulcer*). Penggunaan media *Virgin coconut oil* dalam terapi *massage effleurage* berperan penting sebagai emolien alami yang membantu untuk menjaga kelembapan kulit. Berikut tujuan dari *massage effleurage* menggunakan VCO:

- a. Meningkatkan sirkulasi darah perifer
- b. Menjaga kelembapan dan elastisitas kulit
- c. Mengurangi tekanan pada area luka
- d. Meningkatkan kenyamanan dan relaksasi pasien
- e. Mencegah terjadinya luka tekan (Putra et al., 2024).

Penting untuk memahami indikasi dan kontraindikasi yang dapat memengaruhi efektivitas serta keamanan tindakan. Penilaian yang cermat membantu mencegah komplikasi lebih lanjut dan memastikan perawatan yang sesuai dengan kondisi pasien. Adapun indikasi dan kontraindikasi sebagai berikut:

a. Indikasi

Penerapan *massage effleurage* dengan *Virgin coconut oil* pada pasien stroke non-hemoragik memiliki beberapa indikasi klinis, yaitu:

1) Klien dengan imobilitas atau tirah baring jangka Panjang:

Klien stroke non-hemoragik sering mengalami hemiparesis atau hemiplegia menyebabkan keterbatasan mobilitas, meningkatkan resiko luka tekan. *Massage effleurage* meningkatkan sirkulasi darah dan mencegah kerusakan integritas kulit.

2) Klien dengan resiko tinggi terhadap luka tekan:

Klien dengan skor Braden rendah (≤ 16) kategori risiko tinggi terhadap luka tekan. Intervensi *massage effleurage* dapat meningkatkan elastisitas kulit untuk menjaga kelembapan, sehingga dapat efektif dalam pencegahan luka tekan.

3) Klien dengan gangguan integritas kulit ringan:

Beberapa klien yang menunjukkan tanda-tanda awal kerusakan kulit, seperti kemerahan atau iritasi ringan, *massage effleurage* dengan VCO dapat membantu memperbaiki kulit agar tidak meningkatnya luka tekan lebih lanjut.

4) Klien yang memerlukan relaksasi tambahkan:

Massage effleurage dapat memberikan efek relaksasi, mengurangi ketegangan otot, dan meningkatkan kenyamanan klien selama masa pemulihan.

b. Kontraindikasi

Meskipun memiliki manfaat, terdapat beberapa kondisi dimana *massage effleurage* dengan VCO sebaiknya dihindari atau dilakukan secara kehati-hatian:

1) Adanya luka terbuka atau infeksi pada area yang akan dipijat

Pijat pada bagian luka terbuka atau infeksi dapat memperburuk kondisi dan meningkatkan risiko penyebaran infeksi

2) Alergi terhadap *Virgin coconut oil*

Klien adanya riwayat alergi terdapat produk berbahan dasar kelapa sebaiknya tidak menerima terapi ini untuk menghindari reaksi terjadinya alergi.

3) Klien dengan gangguan pembekuan darah atau penggunaan antikoagulan

Massage juga dapat meningkatkan resiko perdarahan pasien dengan gangguan pembekuan darah atau yang sedang menjalani terapi antikoagulan

4) Kondisi medis tertentu yang kontraindikatif terhadap pijat

Beberapa kondisi medis, seperti trombosis vena dalam, fraktur yang belum stabil, atau penyakit kulit tertentu, dapat menjadi kontraindikasi untuk terapi pijat.

3. Manfaat

Manfaat implementasi *massage effleurage* dengan VCO antara lain:

- a. Melancarkan sirkulasi darah terutama peredaran darah vena dan peredaran getah bening
- b. Membantu penyerapan pada peradangan bekas luka.
- c. Membantu pembentukan sel-sel baru dalam perkembangan tubuh.
- d. Memberikan perasaan rileks dan menurunkan ketegangan otot
- e. Memperbaiki kulit akibat luka bakar sehingga cepat kering dan tidak meninggalkan bekas.
- f. Menghaluskan kulit bersisik dan mengembalikan elastisitas kulit (Tomasoa et al., 2024).

4. Pengaruh *massage effleurage* dan VCO terhadap resiko luka tekan

Massage effleurage merupakan teknik pijat dengan gerakan menggosok secara lembut yang bertujuan untuk memperlancar sirkulasi darah, sehingga oksigen dapat terpenuhi untuk mencegah terjadinya dekubitus (Risa Dewi et al., 2022). *Massage effleurage* memerlukan pelumas untuk menghindari gesekan sehingga dapat memperlancar sirkulasi darah. Salah satu pelumas yang dapat digunakan yaitu VCO (*virgin coconut oil*) mengandung vitamin E dan antioksidan yang bermanfaat sebagai pelembab untuk mencegah kulit kering dan dekubitus (Diana Sari et al., 2018).

Virgin coconut oil dapat digunakan sebagai pelindung kulit, melembutkan dan melembabkan kulit karena asam lauratnya yang tinggi dan mengandung antioksidan dan vitamin E yang dapat bertahan lama. *Massage Effleurage* yang dikombinasikan dengan virgin Coconut memiliki banyak manfaat untuk kulit, seperti memperlancar peredaran darah dan

memberikan kulit kelembapan. Ini karena mengandung vitamin E dan medium fatty acid, serta merupakan lemak ilmiah yang berfungsi sebagai antimicrobial dan melindungi dan kulit infeksi (Santiko dan Faidah, 2020).

Studi sebelumnya oleh Darmareja, Kosasih, dan Priambodo (2020) menemukan bahwa pijat *massage effleurage* berdampak signifikan terhadap Tingkat resiko decubitus pada pasien imobilisasi di ICU; uji-t dependen diperoleh dengan tingkat signifikansi 95% dan nilai p 0,0001. Ini menunjukkan bahwa pijat *effleurage* memiliki dampak yang signifikan pada resiko decubitus pada pasien di ICU. Penelitian yang dilakukan Adevia et al., (2022), menyatakan bahwa skor skala Braden untuk subjek 1 meningkat dari 9 menjadi 11 dan untuk subjek II DARI 15 menjadi 21. Ada perbedaan antara skor skala Braden sebelum dan setelah penerapan.

5. Prosedur Kerja

Standar operasional prosedur *massage Effleurage* dengan VCO untuk mencegah resiko luka tekan pada klien stroke sebagai berikut:

- a. Fase pra interaksi
 - 1) Persiapan alat dan bahan:
 - a) Minyak (virgin coconut oli) VCO
 - b) Tissue
 - c) Handuk mandi besar dan handuk kecil
 - d) Bantal
 - e) Selimut
 - f) Handscoon
 - 2) Persiapan lingkugan
 - a) Pastikan ruang terapi dalam keadaan tenang dan minim distraksi
 - b) Atur pencahayaan dan suhu ruangan agar nyaman bagi pasien
- b. Fase orientasi
 - 1) Mengucapkan salam, memperkenalkan diri dan identifikasi pasien.
 - 2) Menjelaskan prosedur tindakan yang akan dilakukan, berikan kesempatan pada klien untuk bertanya

3) Siapkan alat dan bahan

c. Fase kerja

- 1) Melakukan 6 cuci tangan
- 2) Bantu melepaskan baju klien
- 3) Identifikasi resiko terjadinya luka tekan pada klien dengan tirah baring lama menggunakan skala braden
- 4) Atur posisi klien miring ke kanan dan kiri
- 5) Oleskan minyak VCO secara perlahan pada bagian punggung, sacrum, dan scapula.
- 6) Lakukan *massage* pada punggung, sacrum, dan scapula (menggosok dan mengusap) dengan telapak tangan secara lembut.
- 7) Arah pijat dari bawah ke atas, kedua dari atas ke bawah, ketiga dari kanan ke kiri, terakhir dari kiri ke kanan
- 8) Lakukan pemijatan selama 4 menit sambil mengkaji kenyamanan klien
- 9) Pakaikan Kembali baju klien
- 10) Beritahu tindakan sudah selesai

d. Fase terminasi dan evaluasi

- 1) Evaluasi respon klien
- 2) Berikan reinforcement positif
- 3) Kontrak pertemuan selanjutnya

C. Konsep Resiko Luka Tekan

1. Definisi

Beresiko mengalami cedera local pada kulit dan atau jaringan, biasanya pada tonjolan tulang akibat tekanan dan gesekan (SDKI, 2017). Resiko luka tekan merupakan keadaan dimana seseorang, khususnya pasien dengan kondisi seperti stroke yang mengalami kelemahan pada sebagian atau seluruh anggota gerak tubuh, berpotensi mengalami kerusakan jaringan lokal pada kulit dan jaringan di sekitar tonjolan tulang. Hal ini disebabkan

oleh tirah baring dalam waktu lama yang menimbulkan tekanan terus-menerus pada bagian tubuh tertentu (Nanda,2020).

2. Faktor risiko luka tekan

Faktor risiko luka tekan meliputi skor Braden/Braden Q rendah, gangguan kognitif/sensasi, imobilisasi berkepanjangan (>2 jam di permukaan keras), malnutrisi (albumin rendah), anemia, dehidrasi, edema, gangguan perfusi/oksigenasi jaringan, inkontinensia, kulit kering, hipertermia, usia >65 tahun, obesitas, fraktur, riwayat stroke/luka tekan/trauma, serta skor RAPS atau klasifikasi NYHA yang buruk. Deteksi dini dan manajemen komprehensif diperlukan untuk pencegahan optimal (SDKI, 2017)

3. Kondisi klinis

Luka tekan dapat disebabkan oleh beberapa kondisi medis, seperti anemia, yang mengakibatkan penurunan oksigenasi jaringan; gagal jantung kongestif, yang mengakibatkan gangguan perfusi; trauma, stroke, dan cedera medula spinalis atau kepala, yang mengakibatkan gangguan sensasi dan mobilitas. Selain itu, berbagai faktor dapat menyebabkan integritas kulit berkurang, seperti malnutrisi, yang merupakan kekurangan protein, obesitas, yang merupakan peningkatan tekanan mekanis, fraktur tungkai, dan imobilisasi berkepanjangan (SDKI, 2017).

D. Konsep Asuhan Keperawatan Stroke

1. Pengkajian

a. Pengumpulan data

Pengumpulan data yang tepat dan terstruktur memudahkan penentuan status kesehatan serta pola pertahanan pasien, sekaligus mengidentifikasi kebutuhan dan kekuatannya melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, laboratorium, dan penunjang lainnya. Berikut pengkajian yang diperlukan dalam asuhan keperawatan:

1) Anamnesa

a) Identifikasi pasien

Meliputi usia, jenis kelamin, agama, tingkat pendidikan, pekerjaan, alamat, status pernikahan, etnis, nomor registrasi, tanggal masuk rumah sakit, serta diagnosis medis.

b) Keluhan utama

Keluhan utama Pasien masuk tempat tinggal sakit menggunakan keluhan utama meliputi keluhan yang seringkali ditemukan yaitu penurunan berat badan, lemas, tidak nafsu makan, gula darah yg tak stabil. keluhan yg dikemukakan hingga dibawa ke RS dan masuk ke ruang perawatan, komponen ini terdiri berasal PQIRST ialah: (1) P: Palliative artinya faktor pemicu penyakit, keadaan hal yg meringankan atau memperberat gejala, pasien dengan Diabetes Melitus mengeluh mual dan mual, muntah, diare, dan adanya luka ganggren. (2) Q: Qualiative suatu keluhan atau penyakit yang dirasakan. (3) R: Region sejauh mana lokasi penyebarana keluhan yang dirasakan (4) S: Severity derajat keganasan atau intensitas asal keluhan tersebut. (5) T: Time ketika dimana keluhan yg dirasakan, lamanya serta frekuensinya, ketika tak menentu.

c) Riwayat kesehatan sekarang

Adanya keluhan seperti mengalami tidak nafsu makan, penurunan berat badan, mual muntah. Semuanya terjadi karena gangguan metabolik, sehingga dapat muncul masalah keperawatan defisit nutrisi.

d) Riwayat kesehatan dahulu

Kaji apakah pasien pernah mengalami penyakit sebelumnya, apakah pasien perokok aktif atau perokok pasif, kaji apakah pasien pernah mengkonsumsi obat serta kaji Riwayat alergi pasien.

e) Riwayat kesehatan keluarga

Kaji apakah terdapat anggota keluarga pasien yang mempunyai penyakit yg sama atau apakah ada penyakit keturunan pada keluarga.

f) Riwayat psikososial

Kaji informasi terkait respons emosional dan perasaan pasien terhadap penyakitnya, serta reaksi keluarga terhadap kondisi pasien.

2) Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

2) Pemeriksaan persistem

a) Sistem persepsi sensori: pemeriksaan Lima indera yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan sentuhan diperiksa dalam sistem persepsi sensorik. Pemeriksaan fungsi panca indra: penglihatan (kemampuan fokus, penglihatan ganda), pendengaran, penciuman, pengecap, dan perasa. Pasien stroke bisa mengalami gangguan sensasi (baal, kesemutan, atau kehilangan rasa di sisi tubuh tertentu).

b) Sistem persarafan: bagaimana tingkat kesadaran, GCS, reflek bicara, pupil, orientasi waktu dan tempat.

c) Sistem pernafasan: nilai frekuensi nafas, kualitas, suara dan jalan nafas.

d) Sistem kardiovaskuler: nilai tekanan darah, nadi dari irama, kualitas dan frekuensi.

e) Sistem gastrointestinal: nilai kemampuan menelan, nafsu makan/minum, pristaltik, eliminasi.

f) Sistem integumen: nilai warna, tugor, tekstur dari kulit pasien.

g) Sistem reproduksi dan sistem perkemihan: nilai adanya gangguan reproduksi dan frekuensi BAK/BAB, volume BAK/BAB

3) Pola fungsi kesehatan

- a) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan: Pengetahuan pasien tentang stroke, pengobatan, dan pencegahan sekunder, riwayat merokok, alkohol, diet tinggi lemak/garam, kepatuhan terhadap terapi antihipertensi atau antikoagulan
 - b) Pola aktivitas latihan: Penurunan aktivitas fisik karena kelemahan otot, ketergantungan pada orang lain dalam aktivitas sehari-hari (ADL).
 - c) Pola nutrisi dan metabolisme: Asupan nutrisi terganggu karena disfagia, mual, muntah, dan risiko aspirasi makanan.
 - d) Pola eliminasi: Oliguria, inkontinensia, atau retensi urine, konstipasi karena imobilitas.
 - e) Pola tidur dan istirahat: Gangguan tidur karena nyeri, kecemasan, atau posisi tidur tidak nyaman.
 - f) Pola kognitif dan perceptual: Gangguan memori, perhatian, persepsi terhadap lingkungan, apraxia, agnosia, dan afasia.
 - g) Persepsi diri dan konsep diri: Gangguan citra diri akibat perubahan fisik atau ketergantungan, depresi atau rendah diri.
 - h) Pola toleransi dan koping stress: Pasien sering merasa cemas, takut, atau frustrasi terhadap kondisinya, perlu dukungan emosional dan psikososial
 - i) Pola seksual reproduktif: Gangguan fungsi seksual pasca stroke, perubahan relasi intim
 - j) Pola hubungan dan peran: Perubahan peran dalam keluarga atau pekerjaan.
 - k) Pola Nilai dan kenuakinan: Perubahan pandangan hidup, spiritualitas, meningkatnya kebutuhan untuk dukungan religius atau makna hidup
- 4) Gerakan, kekuatan dan koordinasi
- Tanda dari terjadinya gangguan neurologis yaitu terjadinya kelemahan otot yang menjadi tanda penting dalam stroke.

Pemeriksaan kekuatan otot dapat dilakukan oleh perawat dengan menilai ekstremitas dengan memberikan tahanan bagi otot dan juga perawat bisa menggunakan gaya gravitasi

Tabel 2. 1 Skala penilaian otot

0	Tidak tampak ada kontraksi otot.
1	Tidak ada kontraksi otot yang terlihat.
2	Gerakan yang tidak mampu melawan gravitasi tetapi menunjukkan tanda-tanda kontraksi.
3	Bergerak melawan gravitasi tetapi tidak mampu menahan resistensi otot pemeriksa.
4	Bergerak lemah melawan resistensi otot pemeriksa. Peregangan dan kekuatan normal.
5	Kekuatan dan regangan yang normal

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu pasien mencapai kesehatan yang optimal (SDKI, 2017). Diagnosa Keperawatan yang muncul pada pasien stroke non hemorogik berdasarkan SDKI (2017)

- a. Resiko luka tekan (D.0144)
- b. Hambatan mobilitas fisik (D.0054)
- c. Resiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)
- d. Nyeri akut berhubungan dengan (D.007)

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah suatu proses yang harus dilakukan dalam asuhan keperawatan sesuai diagnosa keperawatan yang mencakup langkah-langkah apa yang harus dilakukan untuk memecahkan masalah, mencapai tujuan dan membuat perencanaan.

Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi keperawatan
1.	Resiko luka tekan	L.14125 Integritas kulit dan jaringan Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 7 x kunjungan diharapkan masalah keperawatan resiko luka tekan dapat teratasi dengan kriteria hasil: - Elastisitas meningkat - Hidrasi meningkat - Perkusi jaringan meningkat - Kerusakan jaringan menurun - Kerusakan lapisan menurun - Kemerahan menurun - Hematoma menurun - Pigmentasi abnormal menurun - Nekrosis menurun - Suhu kulit membaik - Tekstur membaik	Observasi - Lakukan identifikasi terhadap faktor penyebab terganggunya integritas kulit, seperti: gangguan sirkulasi, penurunan status nutrisi, kulit yang kurang lembap, suhu lingkungan yang ekstrem, dan keterbatasan mobilitas. Terapeutik - Lakukan perubahan posisi setiap 2 jam bagi pasien yang tirah baring. - Lakukan pijatan ringan pada area yang menonjol di tubuh bila diperlukan. - Bersihkan area perineal dengan air hangat, terutama selama episode diare. - Aplikasikan pelembap berbahan dasar petroleum atau minyak kelapa (seperti VCO) pada kulit yang kering. - Gunakan produk perawatan kulit yang ringan atau berbahan alami dan hipoalergenik pada kulit sensitif. - Hindari penggunaan produk yang mengandung alkohol pada kulit yang cenderung kering. Pendidikan Kesehatan (Edukasi) - Sarankan penggunaan pelembap seperti lotion, serum, atau minyak kelapa murni. - Anjurkan konsumsi cairan yang cukup setiap hari. - Dorong peningkatan asupan makanan bergizi.

			d. Anjurkan konsumsi buah dan sayur secara rutin. e. Ingatkan pasien untuk menghindari paparan suhu ekstrem. f. Sarankan penggunaan tabir surya dengan SPF minimal 30 jika beraktivitas di luar ruangan. g. Anjurkan mandi secara teratur dengan penggunaan sabun secukupnya.
2.	Gangguan mobilitas fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7x kunjungan diharapkan masalah mobilitas fisik (L.05042) dapat teratasi dengan kriteria hasil: a. Pergerakan ekstremitas meningkat b. Kekuatan otot meningkat c. Rentang gerakan (ROM) meningkat d. Nyeri menurun e. Kecemasan menurun f. Kaku sendi menurun g. Gerakan terbatas menurun h. Kelemahan fisik menurun	Dukungan untuk Mobilisasi (I.05173) Observasi a. Kenali ketidaknyamanan atau keluhan fisik b. Tentukan toleransi fisik terhadap aktivitas c. Periksa tekanan darah sebelum memulai gerakan d. Pantau kesehatan secara keseluruhan selama mobilisasi Teurapetik e. Gunakan alat bantu, seperti pegangan tempat tidur, untuk memfasilitasi aktivitas mobilisasi; f. Dorong gerakan, jika diperlukan g. Libatkan anggota keluarga untuk membantu pasien bergerak lebih baik. Edukasi h. Jelaskan tujuan dan metode mobilisasi i. Dorong mobilisasi dini j. Instruksikan mobilisasi dasar yang harus dilakukan (misalnya, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, berpindah dari tempat tidur ke kursi).

3.	Resiko perfusi serebral tidak efektif D.0017	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 7x pertemuan diharapkan masalah perfusi serebral (L.02014) dapat teratasi dengan kriteria hasil; a. Tekanan darah membaik b. Tekanan arteri rata-rata membaik c. Tekanan intra kranial membaik	Pemantauan tanda vital (I.02060) Observasi a. Monitor tekanan darah b. monitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama) c. Monitor suhu tubuh d. Monitor tekanan nadi e. identifikasi penyebab perubahan tanda vital Terapeutik a. Atur interpal pemantauan sesuai kondisi pasien b. dokumentasi hasil pemantauan Edukasi a. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan b. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
4.	Nyeri akut D.0077	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 7 x pertemuan diharapkan masalah tingkat nyeri (L.08066)) dapat teratasi dengan kriteria hasil: a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. Sikap protektif menurun d. Gelisah menurun e. Kesulitan tidur menurun	Menejemen Nyeri (I.08238) Observasi a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Respon nyeri non verbal d. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri f. Identifikais pengaruh g. Budaya terhadap respon nyeri h. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup i. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan Terapeutik a. Berikan teknik, non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis,

-
- akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain)
 - b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
 - c. Fasilitas istirahat dan tidur
 - d. Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.
-

4. Implementasi keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan merupakan rangkaian aktivitas yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dalam mengatasi permasalahan kesehatan yang sedang dialami, guna mencapai kondisi kesehatan yang lebih baik dan optimal. Tindakan keperawatan ini terbagi menjadi tiga jenis, yaitu tindakan keperawatan mandiri (independen), yaitu tindakan yang dilakukan perawat secara otonom berdasarkan wewenang dan kompetensinya, seperti melakukan *massage effleurage* menggunakan *virgin coconut oil* pada klien yang berisiko mengalami luka tekan; tindakan keperawatan dependen, yaitu tindakan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan instruksi atau arahan dari tenaga kesehatan lain, misalnya dokter; serta tindakan keperawatan kolaboratif, yaitu bentuk tindakan yang melibatkan kerja sama antara perawat dan anggota tim kesehatan lain, seperti dokter, fisioterapis, atau ahli gizi, untuk memberikan intervensi yang menyeluruh kepada pasien. (Patriyani et al., 2021)

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah prosedur tahap akhir didalam asuhan keperawatan yang bertujuan untuk menilai seberapa efektif tindakan atau intervensi keperawatan yang telah dilakukan oleh perawat. Pada tahap ini, perawat dapat mengkaji dan membandingkan hasil dari implementasi keperawatan dengan tujuan dan kriteria hasil yang sebelumnya sudah ditetapkan, serta mendokumentasikannya menggunakan menggunakan format SOAP. Evaluasi keperawatan dilakukan secara sistematis dan saling berkesinambungan untuk menentukan apakah tujuan pada asuhan keperawatan yang dibuat tercapai, dan untuk mengidentifikasi kebutuhan akan modifikasi rencana keperawatan apabila diperlukan (Rahmayanti et al., 2024).