

BAB II

TINAJAUN PUSTAKA

2.1 Konsep Stroke

2.1.1 Definisi Stroke

Stroke adalah suatu penyakit yg ditimbulkan lantaran adanya penyempitan dalam pembuluh darah pada otak sebagai akibatnya genre darah & oksigen ke otak terhambat bahkan terhenti. Penyumbatan tadi bisa menciptakan sistem syaraf yg terhenti suplai darah & oksigennya rusak bahkan meninggal sebagai akibatnya organ tubuh yg terkait menggunakan sistem syaraf tadi akan sulit bahkan nir sanggup pada gerakan (Maulana, 2014). Stroke merupakan gangguan sirkulasi darah otak yg mengakibatkan defisit neurologis mendadak menjadi dampak iskemia atau hemoragi aliran saraf otak (Nur Arif, 2015)

2.1.2 Faktor Risiko Stroke

Faktor risiko terjadinya stroke mencakup factor risiko yg bisa diubah & factor risiko yg nir bisa diubah.

1. Faktor risiko yg nir bisa diubah (Non Reversible)

- a. Mayor : Usia > 65 Tahun : Riwayat stroke/ penyakit jantung/ penyakit pembuluh darah perifer pada keluarga
- b. Minor : Usia 35-45 Tahun, jenis kelamin dan ras/ bangsa

2. Faktor yg bisa diubah (Reversible)

a. Mayor :

Hipertensi, diabetes melitus, merokok dan atrial fibrilasi

b. Minor :

TIA (Transient Ischemick Attack), penyakit jantung, pasca stroke dan dislipidemia, konsumsi alcohol, penyalahgunaan obat, stenosis arteri karotis asimtomatis, hiperfibrinogenemia, hiperhomosisteinemia, obesitas, pemakaian kontrasepsi oral, stres mental & fisik, migrain, terapi hormone post menopause & inaktivitas fisik (Kemenkes RI, 2013)

2.1.3 Klasifikasi Stoke

Stroke dibagi sebagai dua jenis yaitu :

1. Stroke Iskemik (Non Hemoragik) Yaitu tersumbatnya pembuluh darah yg mengakibatkan genre darah ke otak sebagian atau holistik terhenti. Penyebab stroke iskemik ini dibagi sebagai tiga jenis yaitu:

- a. Stroke trombotik Proses terbentuknya thrombus yg menciptakan penggumpalan
- b. Stroke Embolik Tertutupnya pembuluh arteri sang bekuan darah
- c. Hipoperfusi Sistemik Berkurangnya genre darah ke semua bagian tubuh lantaran adanya gangguan denyut jantung. dua.

2. Stroke Hemoragik Adalah stroke yg ditimbulkan sang pecahnya pembuluh darah otak. Penyebab stroke hemoragik terdapat dua jenis yaitu :

- a. Hemoragik Intraserebral : Perdarahan yg terjadi didalam jaringan otak.
- b. Hemoragik Subaraknoid : Perdarahan yg terjadi dalam ruang subaraknoid (ruang sempit antara bagian atas otak & lapisan jaringan yg menutupi otak) (Nur Arif, 2015).

2.1.4 Manifestasi klinis Stroke

Menurut Nur Arif (2015), manifestasi yg akan timbul dalam penderita stroke merupakan menjadi berikut :

1. Tiba-datang mengalami kelemahan atau kelumpuhan separuh badan
2. Tiba- datang hilang rasa peka
3. Bicara cadel atau pelo
4. Gangguan bicara & bahasa
5. Gangguan penglihatan
6. Mulut mencong atau nir simetris waktu menyeringai
7. Gangguan daya ingat
8. Nyeri ketua hebat
9. Vertigo
10. Kesadaran menurun
11. Proses kencing terganggu
12. Gangguan fungsi otak

2.1.5 Patofisiologi Stroke

Patofisiologi stroke menurut (Caplan, 2013) yaitu:

1. Stroke Iskemik

Iskemia ditimbulkan adanya penyumbatan genre darah ke otak sang trombus atau embolus. Trombus umumnya terjadi lantaran meningkatnya aterosklerosis dalam dinding pembuluh darah, sebagai akibatnya arteri sebagai tersumbat, genre darah ke thrombus sebagai berkurang. Hal ini mengakibatkan iskemia sebagai kompleks iskemia & akhirnya sebagai infark dalam jaringan otak. Emboli yg berjalan menuju arteri serebral melalui arteri karotis akan mengakibatkan iskemia yg tiba-tiba, berkembang cepat & terjadi gangguan neurologist fokal. Perdarahan dalam otak bisa ditimbulkan sang pecahnya dinding pembuluh darah sang emboli.

2. Stroke Hemoragik

Hemoragik bisa ditimbulkan sang hipertensi berat, pendarahan diatesis, & trauma. Pembuluh darah otak yg pecah mengakibatkan darah mengalir ke substansi yg menyebabkan perubahan komponen intracranial yg seharusnya kontan. Perubahan komponen intracranial yg nir bisa dikompensasi tubuh akan mengakibatkan herniasi otak sebagai akibatnya akan muncul kematian. Di samping itu, darah yg mengalir ke substansi otak akan menyebabkan edema, spasme pembuluh darah & menyebabkan fokus dalam wilayah tadi menyebabkan genre darah berkurang atau nir terdapat sebagai akibatnya terjadi nekrosis jaringan otak

2.1.6 Komplikasi Stroke

Pasien stroke yang nir teratasi segera akan mengalami perubahan status mental, bicara tidak lancar dampak kelumpuhan wajah, gangguan persepsi penglihatan dan akan mengalami kelemahan atau kelumpuhan sebagai akibatnya wajib menjalani tirah baring selama perawatan yang bisa berdampak dalam ulkus decubitus (Faridah, 2019). Dekubitus merupakan kerusakan jaringan yang ditimbulkan lantaran adanya kompresi jaringan lunak diatas tulang yang menonjol dan adanya luka tekan menurut luar pada jangka saat yang usang . Pada fase ini akan mengakibatkan gangguan dalam suplai darah dalam wilayah yang tertekan. Jika hal ini berlangsung usang akan mengakibatkan insufiensi genre darah, anoksia atau iskemi jaringan dan akhirnya bisa terjadi kematian sel (Nursalam, 2014).

2.1.7 Mekanisme terjadinya Dekubitus pada Pasien Stroke

Stroke merupakan defisit neurologis yang memiliki awitan tiba-tiba, berlangsung lebih menurut 24 jam, dan ditimbulkan sang penyakit serebrovaskuler (Patricia, 2011). Stroke merupakan penyebab primer kecatatan dalam orang dewasa. Defisit kemampuan jangka panjang motorik yang paling generik terjadi lantaran stroke merupakan hemiparesis. Hemiparesis dan hemiplegia bisa mengakibatkan pasien mengalami penurunan gerak. Lantaran penurunan gerak ini maka pasien stroke umumnya mengalami tirah baring. Salah satu bahaya yang tebesar dalam tirah baring merupakan terjadinya decubitus (Marlina, 2014). Kejadian dekubitus

ditemukan terbanyak dalam diagnosa medis stroke hemoragik, lantaran dalam stroke hemoragik terjadi gangguan dalam neurologis dan prognosis sebagai akibatnya responden mengalami perubahan persepsi sensorik terhadap nyeri dan tekanan beresiko tinggi mengalami gangguan integritas kulit menurut dalam responden yang sensasinya normal.

Dekubitus adalah nekrosis jaringan lokal yang cenderung terjadi lantaran adanya fokus jaringan lunak pada antara tonjolan tulang menggunakan bagian atas eksternal pada jangka ketika yg usang . Pasien yang berbaring atau duduk pada ketika yang usang akan terjadi perpindahan berat badan ke penonjolan tulang pasien dan mengakibatkan tekanan. Luka dekubitus yang ditimbulkan sang lantaran adanya tekanan dalam kulit tidak usang lalu akan terlihat dalam loka-loka yg menerima tekanan, rona-rona kulit yang memutih. apabila fokus ini hanya berlangsung buat ketika sementara, maka tidak terdapat dampak-dampak yang merugikan bagi genre darah. Pada fokus yang berlangsung ketika yg usang , maka ada kasus pada sirkulasi zat-zat kuliner dan zat asam yang wajib disalurkan dalam bagian-bagian kulit, dan yang mengalami fokus tersebut, jaringan-jaringan yang tidak menerima relatif kuliner dan zat asam tersebut perlahan akan meninggal dan menurut sinilah lalu ada luka-luka dekubitus (Tarihoran, 2010).

Luka dekubitus bisa terjadi pada ketika tiga hari semenjak terpaparnya kulit akan tekanan. Hal ini ditentukan sang faktor-faktor resiko yang diduga berkaitan menggunakan terjadinya dekubitus yakni usia diatas 70 tahun, riwayat merokok,

kulit yang kering, indeks massa tubuh (IMT) yang rendah, gangguan gerak, perubahan status mental, inkontinensia, malnutrisi, keganasan, restrain fisik, dan riwayat mengalami dekubitus (Ivana, 2013)

2.1.8 Faktor Risiko Dekubitus

Menurut (Nursalam, 2014), faktor risiko terjadinya dekubitus antara lain :

1. Mobilitas dan aktifitas

Mobilitas merupakan kemampuan buat membarui posisi tubuh, sedangkan kegiatan sendiri merupakan kemampuan buat berpindah. Pasien yg monoton ditempat tidur tanpa berpindah atau membarui posisi berisiko tinggi buat terkena dekubitus. Imobilisasi merupakan faktor yang paling signifikan pada insiden dekubitus.

2. Penurunan persepsi sensoris.

Pasien menggunakan penurunan persepsi sensoris akan mengalami penurunan kemampuan buat mencicipi sensasi nyeri dampak tekanan diatas tulang yang menonjol. Jika ini terjadi pada saat lama, pasien akan lebih gampang terkena dekubitus.

3. Kelembaban

Kelembaban yg ditimbulkan lantaran inkontenensia bisa menyebabkan terjadinya maserasi dalam kulit. Jaringan yang mengalami maserasi akan gampang erosi. Selain itu kelembaban juga menyebabkan kulit gampang tergesek (friction) dan

perobekan jaringan (shear). Inkontinensia lebih signifikan pada perkembangan dekubitus lantaran adanya bakteri dan enzim dalam feses bisa Mengganggu perkembangan kulit.

4. Tenaga yang Mengganggu (shear)

Merupakan kekuatan mekanis yang merenggangkan dan merobek jaringan, pembuluh darah, dan struktur jaringan yang lebih pada berdekatan menggunakan tulang yang menonjol.

5. Pergesekan (friction)

Terjadi ke 2 pembuluh darah berkecimpung berlawanan, pergesekan bisa menyebabkan pengikisan & Mengganggu bagian atas epidermis kulit. Pergesekan mampu terjadi waktu pergantian sprei penderita yang tidak hati-hati.

6. Nutrisi

Kehilangan berat badan dan malnutrisi umumnya diidentifikasi menjadi faktor-faktor terjadinya dekubitus. Stadium 3 dan 4 berdasarkan dekubitus dalam orang tua herbi penurunan berat badan, rendahnya kadar albumin dan asupan kuliner yang tidak mencukupi.

7. Usia

Pasien yang telah tua mempunyai risiko lebih tinggi buat terjadinya dekubitus lantaran kulit dan jaringan akan berubah seiring menggunakan penuaan.

8. Tekanan arteriolar rendah

Tekanan arteriolar yang rendah mengurangi toleransi kulit terhadap tekanan sebagai akibatnya menyebabkan jaringan sebagai iskemia.

9. Stres emosional

Stres emosional kronik, contohnya pasien psikiatrik juga adalah faktor risiko buat terjadinya perkembangan dekubitus.

10. Merokok

Nikotin yang masih ada dalam rokok akan menurunkan aliran darah dan akan mempunyai dampak terhadap endotelium pembuluh darah.

11. Temperatur kulit

Peningkatan temperatur adalah faktor yang sangat menghipnotis risiko terjadinya dekubitus

2.1.9 Stadium Dekubitus

Dekubitus akan terjadi apabila pasien tidak dilakukan mobilisasi selama 6 jam. Menurut NPUAP (Panel, 2015) dekubitus dibagi sebagai 4 stadium yaitu :

1. Stadium 1

Epidermis dan dermis dalam kulit penderita menggunakan sensibilitas yang baik akan mengeluhkan nyeri. Adanya perubahan menurut kulit yang bisa diobservasi. Jika kulit pasien dibandingkan menggunakan kulit normal, akan tampak keliru satu perindikasi menjadi berikut : perubahan temperatur kulit (lebih dingin atau lebih hangat), perubahan konsistensi jaringan (lebih keras atau lunak), perubahan

sensasi (gatal atau nyeri). Pada penderita yg memiliki kulit bening luka akan kelihatan kemerahan namun apabila penderita berkulit gelap maka luka akan keliatan menjadi warna merah yang menetap, biru dan ungu. Stadium ini umumnya akan sembuh pada 5-10 hari.

2. Stadium 2

Hilangnya sebagian lapisan kulit epidermis atau dermis cirinya merupakan lukanya superficial, abrasi, melepuh atau membangun lubang yang dangkal. Ulserasi tentang dermis dan meluas hingga jaringan adipose, terlihat eritema dan indurasi (melepuh). Stadium ini akan sembuh pada saat 10-15 hari.

3. Stadium 3

Ulserasi meluas hingga ke lapisan lemak subkutis dan otot, pada fase ini telah adanya edema, inflamasi, infeksi dan hilangnya struktur jaringan. Tepi ulkus tidak teratur dan terlihat hiper atau hipopigmentasi menggunakan fibrosis. Hilangnya lapisan kulit secara lengkap, mencakup kerusakan atau nekrosis menurut jaringan subkutan atau lebih pada, akan tetapi nir hingga fascia. Luka terlihat seperti lubang yang pada. Dapat sembuh pada saat 3-8 minggu. 4. Stadium 4 Ulserasi dan nekrosis meluas hingga tentang fascia, otot, tulang, dan sendi. Hal ini bisa terjadi arthritis septic atau osteomelitis dan tak jarang disertai anemia. Hilangnya lapisan kulit secara lengkap menggunakan kerusakan yang luas, nekrosis jaringan, kerusakan dalam otot, tulang atau tendon. Adanya lubang yang pada dan saluran sinus juga termasuk pada stadium IV menurut luka tekan. bisa sembuh pada saat kurang lebih 3-6 bulan.

2.1.10 Pencegahan Awal Pasien Dengan Dekubitus

Pencegahan awal pasien dengan dekubitus menurut (Nursalam, 2014) yaitu:

1. Risiko individu terhadap insiden dekubitus
2. Faktor risiko dalam pasien waktu terdapat perubahan yang signifikan dalam pasien misalnya dalam pembengkakan atau penurunan status kesehatan.
3. Melihat keadaan kulit secara teratur setidaknya sehari sekali
4. Kaji status mobilisasi
5. Minimalkan terjadinya tekan
6. Minimalkan ukiran dan hal yang mampu merobek
7. Kaji inkontinensia
8. Kaji faktor yang menahan kesembuhan
9. Evaluasi apabila terjadi luka

Untuk tindakan pencegahan lain disebutkan juga *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) (2016)* :

1. Perawatan kulit
 - a. Periksa seluruh kulit sesegera mungkin (akan tetapi pada 8 jam).
 - b. Periksa kulit minimal setiap hari buat perindikasi-perindikasi luka tekan, eritema terutama nonblanchable (sebuah lesi eritematososa yang tidak kehilangan seluruh kemerahan ketika ditekan).

- c. Menilai titik-titik tekanan, misalnya sacrum, tulang ekor, pantat, tumit, iskiem, trochanters, siku dan pada bawah alat-alat medis.
- d. Ketika mempelajari kulit berpigmen gelap, mencari perubahan warna kulit, suhu kulit dan konsistensi jaringan dibandingkan menggunakan kulit yang berdekatan. Bantu membasahi kulit pada mengidentifikasi perubahan warna.
- e. Bersihkan kulit segera selesainya episode inkontinensia.
- f. Gunakan pembersih kulit yang pH seimbang buat kulit.
- g. Gunakan pelembab kulit sehari-hari dalam kulit yang kering.
- h. Hindari posisi seseorang individu pada atas lahan seluas eritema atau luka tekan.

2. Nutrisi

- a. Pertimbangkan individu dirawat pada tempat tinggal sakit sebagai kurang gizi dan gizi jelek berdasarkan nir sakit atau sebagai nil per os (tidak diberi kuliner dan cairan) buat pengujian diagnostik.
- b. Gunakan indera skrining yg sah dan bonafide buat memilih risiko kekurangan gizi, misalnya dugaan mini mengenai gizi.
- c. Periksakan seluruh individu yang berisiko buat luka tekan berdasarkan kekurangan gizi dalam seseorang pakar diet terdaftar / pakar gizi.
- d. Membantu individu dalam saat makan buat mempertinggi asupan oral.
- e. Mengajukan seluruh individu yang berisiko luka tekan buat mengkonsumsi cairan yang relatif & diet seimbang.

- f. Menilai perubahan berat badan tiap saat.
 - g. Menilai kecukupan asupan oral, enteral dan parenteral.
 - h. Memberikan suplemen gizi antara kuliner dan menggunakan obat oral, kecuali kontraindikasi.
3. Reposisi dan mobilisasi
- a. Pindahkan dan reposisikan seluruh individu yang berisiko buat luka tekan, kecuali kontraindikasi lantaran syarat medis atau perawatan medis.
 - b. Pertimbangkan memperpanjang jadwal berputar dalam malam hari buat memungkinkan supaya tidur tidak terganggu.
 - c. Pindahkan individu ke sisi berbaring posisi 30 derajat, dan pakai tangan anda buat memilih apakah sacrum berada dalam tempat tidur.
 - d. Hindari posisi individu dalam area tubuh menggunakan luka tekan.
 - e. Pastikan bahwa tumit bebas berdasarkan tempat tidur.
 - f. Pertimbangkan taraf imobilitas, gambaran geser, kelembaban kulit, perfusi, berukuran badan dan berat individu saat menentukan bantalan pendukung.
 - g. Lanjutkan buat memposisikan seseorang individu saat ditempatkan dalam setiap bantalan pendukung.
 - h. Gunakan bantal kursi buat individu duduk pada kursi atau kursi roda.
 - i. Reposisi individu lemah atau tidak berkecimpung pada kursi per jam.

- j. Apabila individu nir bisa dipindahkan atau diposisikan menggunakan ketua loka tidur ditinggikan lebih berdasarkan 30 derajat, menempatkan sandang busa menggunakan polyurethane dalam sakrum.
- k. Gunakan perangkat yang memuat lebih buat tumit atau sandang busa polyurethane dalam individu yang berisiko tinggi buat luka dalam tumit.
- l. Tempatkan busa tipis atau sandang yang longgar pada bawah alat-alat medis.

2.2 Alih Baring / Posisi Miring 30 Derajat

2.2.1 Definisi Posisi Miring 30 derajat

Alih baring diartikan sebagai tinggal di tempat tidur untuk jangka waktu yang lama dan diharuskan untuk beristirahat. Alih baring dilakukan dengan cara memiringkan pasien dari terlentang ke miring ataupun sebaliknya serta harus dilakukan sedini mungkin dan terus menerus. Saat ini telah dikembangkan bentuk pengaturan posisi yang dikenal sebagai posisi miring 30 derajat. (Ivana 2013)



Gambar 2.1
Posisi Miring 30 derajat

2.2.2. Manfaat Posisi Miring 30 Derajat

Posisi ini terbukti menjaga pasien terbebas menurut fokus dalam area trokanter dan sacral. Pengaturan posisi miring 30 derajat mempunyai tekanan yang paling minimal dibandingkan posisi menggunakan derajat kemiringan yang lainnya. Tekanan yang minimal ini akan memperlambat terjadinya perkembangan luka tekan lantaran memfasilitasi suplai oksigen menjadi nutrisi jaringan kulit dan kelembaban sebagai akibatnya nir terjadi luka dekubitus. Tekanan yang normal dalam kapiler merupakan 32 mmHg, bila tekanan kapiler melebihi menurut tekanan darah dan struktur pembuluh darah dalam kulit, maka akan terjadi kolaps. Jika terjadi kolaps akan menghalangi oksigenasi dan nutrisi ke jaringan, selain itu area yg stress mengakibatkan terhambatnya aliran darah. Hal ini sinkron menggunakan yg dikemukakan sang Tarihoran (2010) yang menyatakan ketika pasien diposisikan miring hingga menggunakan 90 derajat, akan mengakibatkan kerusakan suplai oksigen yang dramatis dalam area trokanter dibandingkan menggunakan pasien yang diposisikan miring 30 derajat.

2.2.3 Pelaksanaan Posisi Miring 30 Derajat

Penelitian Huda, (2013) terkait efek posisi miring buat mengurangi luka tekan dalam pasien menggunakan gangguan persyarafan menerangkan bahwa mekanisme pertama pasien diposisikan miring 30 derajat yaitu menggunakan pasien ditempatkan persis pada tengah tempat tidur, menggunakan memakai bantal dalam

sudut antara bokong dan matras, menggunakan cara miringkan panggul dengan tinggi 30 derajat. Bantal berikutnya ditempatkan memanjang pada antara ke 2 kaki. Intervensi pengaturan posisi diberikan buat mengurangi tekanan dan gaya gesek dalam kulit. Dengan menjaga bagian kepala tempat tidur dengan tinggi 30 derajat atau kurang akan menurunkan peluang terjadinya dekubitus dampak gaya gesek.

Nursalam (2011) berkata bahwa pasien menggunakan posisi semi fowler yang melebihi 30 derajat, pasien tadi bisa merosot ke bawah, sebagai akibatnya menyebabkan tulangnya bergerak kebawah tetapi kulitnya masih tertinggal. Hal ini bisa mengakibatkan impitan pembuluh darah kulit, dan bisa mengakibatkan kerusakan dalam jaringan bagian pada misalnya otot tetapi hanya menyebabkan sedikit kerusakan dalam bagian atas kulit. Posisi klien immobilisasi wajib diubah sinkron menggunakan taraf aktivitas, kemampuan persepsi, dan rutinitas sehari-hari.

Menurut Jaul, (2010) pengaturan reposisi setiap dua jam sekali dalam posisi berbaring terlentang, dimana posisi kepala tempat tidur tidak lebih tinggi berdasarkan 30 derajat dan reposisi tiap 15 – 30 mnt dalam posisi duduk. Perubahan posisi setiap dua jam dan periode diperpanjang setiap 4 jam dalam malam hari, sebagai akibatnya pasien bisa tidur malam tanpa terganggu. Tidur bisa mendukung proses anabolik penyembuhan, sebagai akibatnya penyembuhan luka bisa difasilitasi. Jadi, dibutuhkan keluarga bisa ikut dan pada upaya peningkatan gerak dalam pasien stroke menggunakan terapi nonfarmakologis yaitu melatih alih baring setiap dua jam

sekali. Sebab, tindakan yang bisa mendukung proses penyembuhan merupakan alih baring setiap dua jam sekali, buat mencegah adanya penekanan.

Hasil Penelitian Huda (2015) sebesar 20 responden, dimana responden dilakukan perubahan posisi secara terencana setiap dua jam, yaitu pada miringkan kearah kiri, selanjutnya terlentang dan ke arah kanan. Observasi dilakukan setiap hari dimana hingga selama 6 hari. Hasil penelitian tadi dihasilkan bahwa 20 responden yang dilakukan posisi miring 30 derajat, 19 responden bebas berdasarkan risiko terjadinya luka tekan, sedangkan 1 responden luka tekan, disimpulkan bahwa terdapat interaksi yang signifikan antara pengaturan posisi menggunakan peristiwa luka tekan.

2.2.4 Mekanisme Posisi Miring 30 Derajat

Tirah baring yang lama dan tidak adanya kemampuan tubuh untuk dapat bergerak menimbulkan adanya daya gravitasi yang akan memberikan tekanan pada area yang dibawahnya. Faktor tekanan ini dapat bervariasi pada setiap orang dan bisa dipengaruhi oleh proporsi tubuh yang akan berdistribusi pada saat berbaring. Tekanan yang dibiarkan terus menerus akan menyebabkan toleransi jaringan terhadap tekanan menjadi buruk. Tekanan yang tidak dapat ditoleransi tersebut akhirnya menyebabkan terhambatnya pembuluh darah dan akhirnya menyebabkan hipoksia jaringan. Akibatnya terjadi kebocoran kapiler disebabkan permeabilitas yang meningkat. Lama-kelamaan jaringan yang mengalami hipoksia tersebut bila

dibiarkan terus menerus akan menyebabkan jaringan menjadi iskemik. Metabolisme anaerob pun berlangsung sehingga akumulasi sampah metabolik menumpuk dan menyebabkan akumulasi protein di ruang intersisial dan mendukung terjadinya edema jaringan (Tarihoran, 2010).

Edema jaringan akan menghalangi perfusi, sehingga perfusi yang ada sangat buruk. Perfusi yang buruk tersebutlah yang mencetuskan terjadinya luka tekan. Sebagai salah satu intervensi keperawatan, pemberian posisi miring 30 derajat bertujuan untuk membebaskan adanya tekanan sebelum terjadi iskemia jaringan, sehingga terjadi reaktif hiperemia, dan mengatasi hipoksia jaringan. Sehingga iskemik jaringan tidak sempat terjadi dan luka tekan pun tidak akan pernah ada (Tarihoran, 2010).

Mekanisme menurut pemberian posisi tidur miring 30 derajat yaitu membebaskan tekanan sebelum terjadi iskemia jaringan sampai terjadi reaktif hiperemia dan mengatasi hipoksia jaringan, maka iskemik jaringan tidak sempat terjadi dan luka tekan pun tidak akan pernah terdapat. Hasil penelitian Huda (2012) mengungkapkan bahwa hadiah posisi miring/lateral 30 derajat yg dilakukan secara kontinyu dan benar akan memberikan dampak yang bagus terhadap pasien yang mengalami kelemahan anggota mobilitas yaitu mencegah & mengurangi adanya luka tekan. Hasil Penelitian Ivana (2015) menggunakan judul “Pengaruh alih baring posisi miring 30 derajat terhadap indikator kejadian dekubitus pada pasien stroke pada ruang rawat inap rsud soreang kabupaten bandung tahun 2015” menampilkan

terdapat imbas menurut pengaturan alih baring posisi miring 30° terhadap indikator peristiwa dekubitus mencakup warna kulit, konsistensi kulit, dan suhu kulit area belakang.

2.1.17 Fase Stroke dengan Pemberian Posisi Miring 30 Derajat

Berdasarkan patogenesis stroke, maka perjalanan sakit akan dijabarkan dibawah ini sebagai:

1. Stadium prapatogenesis, yaitu stadium sebelum terjadi tanda-tanda stroke. Stadium ini biasanya penderita telah memiliki faktor risiko atau mempunyai gaya hidup yang menyebabkan penderita menderita penyakit degenerative.
2. Stadium patogenesis, yaitu stadium ini dimulai waktu terbentuk lesi patologik hingga waktu lesi tadi menetap. Gangguan fungsi otak disini merupakan dampak adanya lesi dalam otak. Lesi ini biasanya mengalami pemulihan hingga akhirnya masih ada lesi yang menetap. Secara klinis defisit neurologik yang terjadi juga mengalami pemulihan hingga tingkat tertentu.
3. Stadium pascapatogenesis, yaitu stadium ini secara klinis ditandai menggunakan defisit neurologik yang cenderung menetap. Usaha yang bisa dilakukan merupakan mengusahakan adaptasi menggunakan lingkungan atau sedapat mungkin lingkungan mengikuti keadaan menggunakan keadaan penderita

Sehubungan menggunakan penatalaksanaanya maka stadium patogenoesis bisa dibagi menjadi 3 fase, yaitu :

1. Fase hiperakut atau fase emergensi. Fase ini berlangsung selama 0 – 3 / 12 jam pasca onset. Penatalaksanaan fase ini lebih ditunjukkan buat menegakkan diagnosis dan usaha buat membatasi lesi patologik yang terbentuk.
2. Fase akut. Fase ini berlangsung sehabis 12 jam - 14 hari pasca onset. Penatalaksanaan dalam fase ini ditunjukkan buat prevensi terjadinya komplikasi, usaha yang sangat penekanan dalam restorasi/rehabilitasi dini dan usaha preventif sekunder.
3. Fase subakut. Fase ini berlangsung sehabis 14 hari – kurang menurut 180 hari pasca onset dan kebanyakan penderita telah nir dirawat pada rumah sakit dan penatalaksanaan lebih ditunjukkan buat usaha preventif sekunder dan usaha yang penekanan dalam neuro restorasi / rehabilitasi dan usaha menghindari komplikasi.

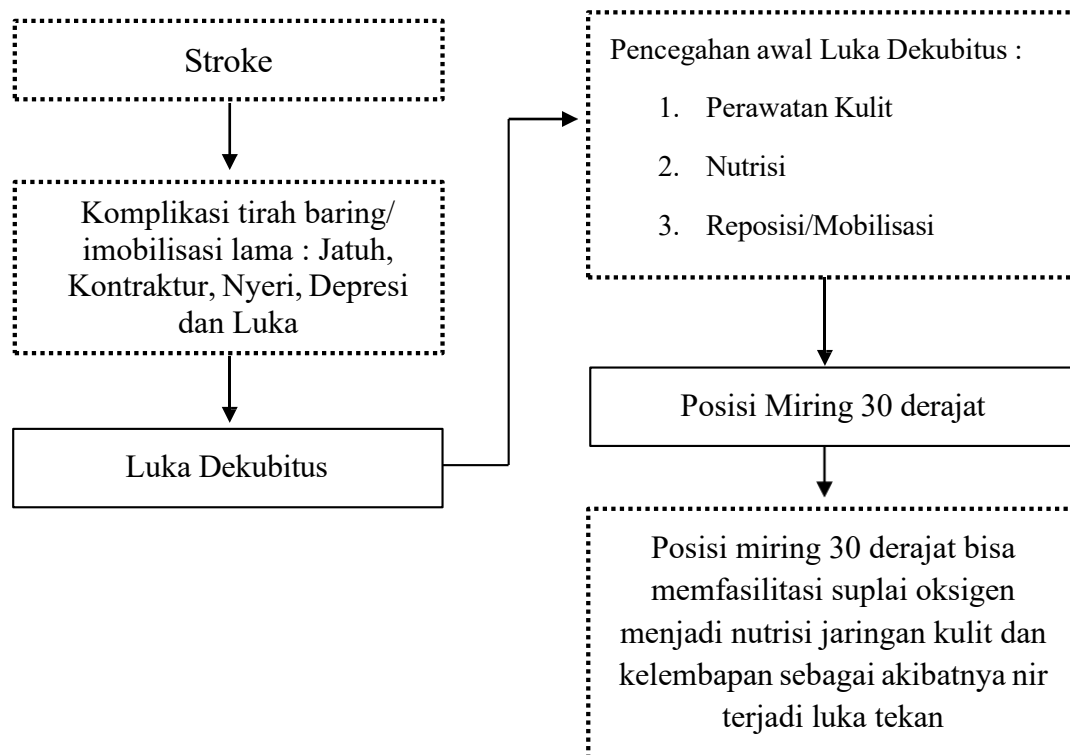
Jadi, dalam pasien stroke bisa dilakukan mobilisasi posisi miring 30 derajat dalam seluruh fase mulai menurut hiperakut atau fase emergensi lantaran berdasarkan NPUAP (Panel, 2015) dekubitus akan terjadi apabila pasien tidak dilakukan mobilisasi selama 6 jam. Serta khususnya fase fase akut, dan fase sub akut yang serius dalam pencegahan sekunder dan timbulnya komplikasi. Oleh lantaran itu, tindakan pencegahan luka tekan wajib dilakukan sedini mungkin dan terus menerus. Rekomendasi *Institute For Healthcare Improvement* (2011) pada pencegahan terjadinya luka tekan yaitu pengkajian terhadap resiko luka tekan,

menjaga kelembaban kulit, pemberian nutrisi dan mengurangi tekanan terhadap pasien menggunakan alih baring dan penggunaan bantalan.

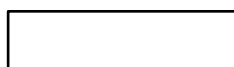
2.3 Kerangka konsep

Bagan 2.1 Kerangka Konsep

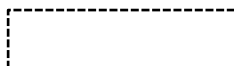
Pengaruh Posisi Miring 30 Derajat Terhadap Luka Dekubitus Pada Pasien Stroke:
Literature Riview



Keterangan :



Diteliti



Tidak diteliti