

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Stroke Hemoragik

2.1.1 Definisi

Stroke hemoragik terjadi ketika pembuluh darah di otak mengalami pecah, menyebabkan darah mengalir ke area sekitarnya secara tidak normal. Akibatnya, darah yang keluar dapat menekan jaringan otak di sekitarnya dan membentuk gumpalan yang berpotensi menghambat aliran darah ke bagian lain dari otak. (Tamburion et al., 2020)

Beberapa faktor dapat memicu stroke hemoragik. Salah satu penyebab utamanya adalah kelemahan pada dinding pembuluh darah yang rapuh, seperti *aneurisme* yang mudah membesar dan pecah, terutama pada orang lanjut usia. Jika pembuluh darah tidak mampu menahan tekanan darah maka darah akan keluar dari pembuluh tersebut. Hipertensi merupakan faktor risiko utama yang memicu perdarahan otak. Individu yang secara genetik memiliki *aneurisme* berisiko tinggi mengalami stroke hemoragik, terutama jika mereka juga menderita hipertensi. Selain itu, cedera di kepala atau leher serta adanya tumor di otak juga dapat menyebabkan perdarahan otak (Lanny, L.2013). Stroke hemoragik terbagi menjadi dua jenis, yaitu:

a. Perdarahan Intracerebral (*Intra Cerebral Hemorrhage/ICH*)

Perdarahan intracerebral merupakan salah satu jenis perdarahan di dalam rongga kepala yang terjadi akibat pecahnya pembuluh darah di dalam jaringan otak. Kondisi ini dapat disebabkan oleh regangan rotasional, cedera laserasi pada pembuluh darah intraparenkimial, atau dalam beberapa kasus akibat cedera penetrasi. (Ibrahim et al., 2021).

b. Perdarahan Subarahnoid (*Sub Arachnoid Hemorrhage/SAH*)

Perdarahan subaraknoid terjadi ketika darah mengalir ke dalam ruang subaraknoid di sekitar otak. Kondisi ini merupakan masalah kesehatan global yang memiliki tingkat kematian tinggi serta dapat menyebabkan kecacatan permanen. (Putri et al., 2019).

2.1.2 Etiologi Stroke Hemoragik

Pendarahan di dalam tengkorak atau otak, termasuk di ruang subarachnoid maupun jaringan otak itu sendiri, dapat terjadi akibat aterosklerosis dan hipertensi. Kondisi ini disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di otak, yang mengakibatkan darah merembes ke dalam parenkim otak. Akibatnya, tekanan meningkat, jaringan otak bergeser, serta terjadi pemisahan jaringan di sekitarnya, yang berujung pada pembengkakan dan penekanan jaringan otak.

Akibat dari kondisi ini, dapat terjadi infark otak, pembengkakan, dan kemungkinan herniasi otak (Dwi, 2020).

Beberapa penyebab umum perdarahan otak yang sering terjadi antara lain:

- a. *Aneurisma berry*, yaitu pelebaran abnormal pada pembuluh darah otak.
- b. *Aneurisma fusiformis*, yang berkembang akibat aterosklerosis.
- c. *Aneurisma mykotis*, yang disebabkan oleh vaskulitis dan emboli septik.
- d. *Malformasi arteriovenous*, yaitu kondisi ketika arteri dan vena terhubung secara langsung tanpa perantara kapiler.
- e. *Ruptur arteriol serebral*, yang terjadi akibat tekanan darah tinggi (hipertensi).

2.1.3 Patofisiologi Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik memiliki bentuk yang heterogen. Pecahnya pembuluh otak memulai patologi. Namun, ada kontras yang mencolok antara lokus yang mungkin robek, sebagian besar stroke hemoragik diklasifikasikan sebagai perdarahan intrakranial (ICH) dan melibatkan perdarahan ke dalam parenkim otak. Pecahnya biasanya terjadi pada ujung pembuluh darah yang berangsur-angsur melemah akibat tekanan darah tinggi.

Selain itu, pecahnya yang pertama memicu pecahnya pembuluh darah lain melalui mekanisme adhesi. Pada akhirnya, ruptur ini menyebabkan ruptur lain

dengan mekanisme yang sama, dan dengan demikian ruptur tersebut berulang saat hematoma tumbuh. Lokasi kaskade pada ICH biasanya adalah arteri kecil yang menembus parenkim otak.

Pada perdarahan subaraknoid dengan aneurisma prekursor, beberapa penyakit, termasuk kerusakan sel endotelial dan kerusakan septum arteri, mungkin berinteraksi dengan respon inflamasi untuk memicu ruptur. Aneurisma timbul terutama dari sirkulasi anterior cabang arteri lingkaran Willis, terutama arteri komunikans anterior (Change et al., 2021).

2.1.4 Manifestasi Klinis Stroke Hemoragik

Gejala dan tanda lain dapat ditemukan pada individu yang mengalami atau telah terserang stroke. Penyakit ini menyebabkan berbagai gangguan fisik yang membatasi aktivitas sehari-hari penderitanya. Beberapa gangguan fisik tersebut antara lain:

- a. Penurunan kemampuan pendengaran.
- b. Kelumpuhan fokal atau defisit neurologis, seperti kelumpuhan pada satu sisi tubuh, baik kanan maupun kiri.
- c. Gangguan kesadaran, mulai dari pingsan hingga koma.
- d. Kesulitan dalam makan dan minum akibat gangguan fungsi menelan yang dipengaruhi oleh saraf di kedua hemisfer otak.
- e. Kesulitan berbicara, serta gangguan artikulasi seperti pelo, rero, sengau, atau ucapan yang sulit dipahami.
- f. Gangguan koordinasi gerakan, kehilangan keseimbangan, atau pergerakan yang tidak terkontrol pada satu sisi tubuh.
- g. Mati rasa atau kesemutan pada satu sisi tubuh.
- h. Kekakuan dan kesulitan dalam berjalan.
- i. Keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Glempangpasir, 2022).

2.1.5 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Fabiana Meijon Fadul (2019), terdapat beberapa pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien stroke hemoragik, antara lain:

a. Angiografi serebral

Pemeriksaan ini membantu mengidentifikasi penyebab spesifik stroke, seperti perdarahan arteriovena atau ruptur pembuluh darah, serta menentukan sumber perdarahan, seperti aneurisma atau malformasi vaskular.

b. Lumbal pungsi

Peningkatan tekanan dan adanya bercak darah dalam cairan serebrospinal dapat menunjukkan perdarahan subaraknoid atau intrakranial. Kadar protein yang tinggi menandakan adanya proses inflamasi. Jika hasil pemeriksaan menunjukkan cairan serebrospinal berwarna merah, kemungkinan terjadi perdarahan masif, sedangkan perdarahan kecil mungkin tidak langsung mengubah warna cairan (xantokrom) dalam beberapa hari pertama.

c. CT Scan

Pemindaian ini membantu menentukan lokasi dan tingkat keparahan perdarahan, mendeteksi pembengkakan, hematoma, serta jaringan otak yang mengalami infark atau iskemia. Hasilnya sering kali menunjukkan hipertensi fokal, pepadatan di ventrikel, atau penyebaran perdarahan ke permukaan otak.

d. MRI (*Magnetic Resonance Imaging*)

Menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan lokasi dan luas perdarahan di otak. Pemeriksaan ini juga dapat menunjukkan area yang mengalami lesi dan infark akibat stroke hemoragik.

e. USG Doppler

Digunakan untuk mendeteksi gangguan pada sistem karotis.

f. EEG (*Elektroensefalografi*)

Pemeriksaan ini bertujuan untuk menilai aktivitas listrik otak, mendeteksi masalah yang muncul akibat infark, serta mengidentifikasi area otak yang mengalami gangguan impuls listrik.

2.1.6 Penatalaksanaan Stroke Hemoragik

Menurut Unnithan & Mehta (2021), penatalaksanaan stroke hemoragik meliputi beberapa aspek berikut:

a. Manajemen Tekanan Darah

Tekanan darah perlu diturunkan secara bertahap hingga mencapai 150/90 mmHg. Obat yang dapat digunakan meliputi beta-blocker (seperti labetalol dan esmolol), ACE inhibitor (enalapril), antagonis kalsium (nicardipine), atau hydralazine.

b. Penanganan Peningkatan Tekanan Intrakranial (TIK)

Langkah awal dalam mengatasi peningkatan tekanan intrakranial adalah meninggikan posisi kepala tempat tidur hingga 30 derajat serta pemberian agen osmotik seperti manitol atau salin hipertonik. Manitol 20% diberikan dengan dosis 1,0–1,5 g/kg untuk membantu mengurangi tekanan dalam otak.

c. Terapi Hemostatik

Terapi ini bertujuan untuk mencegah perkembangan hematoma dan memperbaiki gangguan pembekuan darah, terutama pada pasien yang sedang menggunakan antikoagulan.

d. Terapi Antiepilepsi

Kejang dapat terjadi pada 3–17% pasien stroke hemoragik dalam dua minggu pertama, sementara sekitar 30% pasien menunjukkan aktivitas kejang listrik berdasarkan pemantauan EEG. Pasien dengan kejang klinis atau elektrografik perlu diberikan obat antiepilepsi guna mencegah komplikasi lebih lanjut.

2.1.7 Komplikasi Stroke Hemoragik

Menurut Hutagalung (2020), terdapat beberapa komplikasi yang dapat terjadi pada stroke hemoragik, terutama dalam fase akut, yaitu:

a. Fase Akut.

1. Hipoksia Serebral Dan Gangguan Sirkulasi Darah Di Otak.

Ketika terjadi perdarahan di otak, aliran darah ke area yang terdampak menjadi terhambat, menyebabkan gangguan perfusi jaringan. Pada tahap awal, yaitu dalam 24-48 jam pertama setelah stroke, pasokan darah dan oksigen yang tidak memadai dapat menyebabkan hipoksia pada jaringan otak.

2. Edema Serebri

Edema serebri merupakan respons alami tubuh terhadap trauma jaringan. Ketika suatu area otak mengalami hipoksia atau iskemia, tubuh akan meningkatkan aliran darah ke area tersebut melalui pelebaran pembuluh darah (vasodilatasi) dan peningkatan tekanan

3. Peningkatan Tekanan Intrakranial (TIK)

Adanya perdarahan atau edema serebral dapat menyebabkan peningkatan tekanan di dalam rongga kepala (intrakranial). Kondisi ini ditandai dengan gangguan neurologis, seperti masalah motorik dan sensorik, sakit kepala, serta penurunan tingkat kesadaran.

4. Aspirasi

Pasien stroke yang mengalami koma atau penurunan kesadaran berisiko tinggi mengalami aspirasi akibat refleks batuk dan menelan yang melemah atau tidak berfungsi dengan baik.

b. Komplikasi pada Masa Pemulihan atau Lanjut

1. Komplikasi yang sering terjadi selama fase pemulihan pada tahap penyembuhan, pasien sering mengalami komplikasi akibat imobilitas, seperti pneumonia, luka tekan (dekubitus), kontraktur otot, trombosis vena dalam, atrofi otot, serta inkontinensia urin.

2. Kejang Kejang dapat terjadi sebagai akibat dari kerusakan pada jaringan otak akibat stroke.

3. Sakit kepala kronis

Pasien stroke juga dapat mengalami berbagai jenis sakit kepala kronis, seperti migrain, sakit kepala tegang (tension headache), dan sakit kepala cluster.

4. Malnutrisi

Asupan nutrisi yang tidak mencukupi selama masa pemulihan dapat menyebabkan malnutrisi pada pasien stroke.

2.2 Konsep Mobilisasi

2.2.1 Pengertian Mobilisasi

Mobilisasi adalah kemampuan seseorang bergerak secara bebas, mudah dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Setiap orang butuh untuk bergerak. Kehilangan kemampuan untuk bergerak menyebabkan ketergantungan dan ini membutuhkan tindakan keperawatan. Mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kemampuan diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit khususnya penyakit degeneratif dan untuk aktualisasi diri harga diri dan citra tubuh (Haswita,2017).

Mobilisasi merupakan suatu kebutuhan dasar manusia yang diperlukan oleh individu untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang berupa pergerakan sendi, sikap, gaya berjalan, latihan maupun kemampuan aktivitas (Perry & Potter, 2010). Mobilisasi adalah kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya (Alimul, 2009).

2.2.2 Manfaat Mobilisasi

Mobilisasi memiliki berbagai manfaat yang telah dibahas dalam berbagai literatur.

Beberapa manfaat utama meliputi:

a. Meningkatkan Sirkulasi Darah

Membantu mencegah terjadinya stagnasi darah, sehingga dapat mengurangi risiko terbentuknya trombosis vena dalam dan komplikasi terkait.

b. Meningkatkan Fungsi Pernapasan

Membantu meningkatkan kapasitas paru-paru serta mencegah komplikasi seperti pneumonia akibat imobilisasi.

c. Mencegah Luka Tekan (Dekubitus)

Mengurangi tekanan pada area tubuh tertentu, sehingga mencegah terjadinya kerusakan jaringan kulit

d. Mempertahankan Fungsi Otot dan Sendi

Mobilisasi dini dapat mencegah penurunan massa otot (*atrofi*) serta mengurangi risiko kekakuan sendi akibat tirah baring yang berkepanjangan.

e. Meningkatkan Stabilitas Hemodinamik

Studi menunjukkan bahwa mobilisasi bertahap dapat membantu menstabilkan tekanan darah dan meningkatkan fungsi jantung pada pasien stroke di ICU (Rasyid, 2015).

2.2.3 Indikasi Mobilisasi

Menurut Potter, P. (2006), terdapat beberapa kondisi yang memungkinkan seseorang untuk menjalani latihan rentang gerak, yaitu:

a. Stroke atau Penurunan Kesadaran

Satu dampak dari anestesi umum adalah hilangnya kesadaran, yang disertai dengan efek analgesia (Zunlida dalam Sulistia, 2007).

b. Kelemahan Otot

Zunlida dalam Sulistia (2007) menyebutkan bahwa salah satu efek dari trias anestesi adalah relaksasi otot, yang dapat menyebabkan kelemahan otot.

c. Fase Rehabilitasi Fisik

Dalam proses rehabilitasi, beberapa fisioterapis menggunakan latihan gerak pasif sebagai latihan awal sebelum pasien menjalani terapi pemulihan fungsi motorik (Irfan, 2012).

d. Pasien dengan Tirah Baring Lama

Latihan mobilisasi pasif sangat bermanfaat untuk mempertahankan fungsi fisiologis otot dan sendi pada pasien yang harus menjalani tirah baring dalam

waktu lama. Terapi ini sebaiknya diberikan sejak dini untuk mencegah komplikasi akibat kurang gerak, seperti kontraktur dan kekakuan sendi (Irfan, 2012).

2.2.4 patofisiologi mobilisasi

Patofisiologi mobilisasi berkaitan dengan gangguan pada sistem muskuloskeletal, neuromuskular, atau saraf pusat yang memengaruhi kemampuan individu untuk bergerak dengan leluasa. Beberapa aspek utama yang berperan dalam gangguan ini meliputi:

- a. Gangguan pada Sistem Muskuloskeletal
 1. Cedera atau kerusakan pada tulang, sendi, dan otot dapat membatasi pergerakan, seperti pada kasus fraktur, osteoporosis, atau artritis.
 2. Imobilisasi dalam jangka waktu lama dapat menyebabkan penurunan massa otot (atrofi), yang berakibat pada berkurangnya kekuatan dan fleksibilitas.
- b. Gangguan pada Sistem Neuromuskular
 1. Penyakit seperti stroke, cedera pada medula spinalis, atau multiple sclerosis dapat menghambat koordinasi antara saraf dan otot, sehingga mengurangi kemampuan mobilisasi.
 2. Gangguan dalam transmisi sinyal saraf ke otot dapat menyebabkan kelemahan otot hingga kelumpuhan.
- c. Gangguan pada Sistem Saraf Pusat
 1. Cedera otak atau gangguan pada otak kecil (cerebellum), yang berperan dalam keseimbangan dan koordinasi, dapat mengganggu kemampuan bergerak.
 2. Trauma atau penyakit yang menyerang medula spinalis dapat mengakibatkan hilangnya kendali motorik.

Gangguan mobilisasi ini dapat memicu berbagai komplikasi, termasuk luka tekan (dekubitus), trombosis vena dalam, serta pneumonia akibat kurangnya pergerakan.

2.2.5 Indikasi mobilisasi

Indikasi dilakukan latihan mobilisasi adalah pasien dengan keterbatasan mobilisasi (Sholihan, et al; 2021) Berikut beberapa indikasi mobilisasi yang dapat diterapkan:

- a. Meningkatkan Sirkulasi Darah
Mobilisasi membantu mencegah trombosis vena dalam akibat imobilisasi yang berkepanjangan.
- b. Mencegah Komplikasi Neuromuskular
Latihan Range of Motion (ROM) pasif dapat membantu mengurangi kekakuan sendi dan kontraktur.
- c. Mempercepat Pemulihan Motorik
Mobilisasi bertahap dapat membantu pasien dalam rehabilitasi untuk mengembalikan fungsi gerak.
- d. Mengurangi Risiko Dekubitus
Pergantian posisi secara berkala mencegah luka tekan akibat terlalu lama berbaring.
- e. Meningkatkan Keseimbangan dan Koordinasi
Mobilisasi bertahap membantu pasien dalam mengontrol postur tubuh dan mencegah jatuh.

2.2.6 Kontraindikasi

Kontraindikasi mobilisasi yaitu dapat mengganggu proses penyembuhan berikut beberapa kontraindikasi utama:

- a. Trombus atau Emboli
Pasien dengan risiko tinggi trombosis vena dalam atau emboli paru sebaiknya tidak dimobilisasi secara agresif.
- b. Instabilitas Hemodinamik
Jika pasien mengalami tekanan darah yang tidak stabil atau gangguan jantung berat, mobilisasi dapat meningkatkan risiko komplikasi
- c. Cedera Tulang atau Sendi

Adanya fraktur atau gangguan muskuloskeletal yang dapat memperburuk kondisi pasien jika dipaksakan untuk bergerak.

d. Gangguan Kesadaran Berat

Pasien dengan koma atau kesadaran yang sangat rendah mungkin tidak dapat mengikuti terapi mobilisasi.

e. Infeksi Akut atau Sepsis

Kondisi infeksi sistemik yang dapat memperburuk kondisi pasien jika dipaksakan untuk mobilisasi.

2.2.7 Jenis Latihan Mobilisasi

a. Mobilisasi Pasif

Gerakan yang dilakukan oleh tenaga medis untuk pasien yang tidak dapat bergerak sendiri.

b. Mobilisasi Aktif

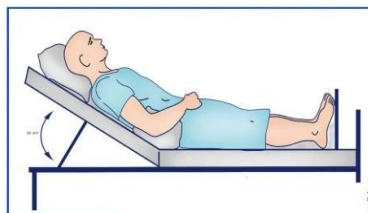
Pasien melakukan gerakan sendiri untuk meningkatkan fungsi tubuh.

c. Mobilisasi Dini

Upaya untuk menggerakkan pasien sesegera mungkin setelah operasi atau penyakit serius guna mencegah komplikasi.

2.2.8 Prosedur

Posisi mobilisasi miring kanan dan kiri dilakukan selama 2 jam



Gambar 2.1

Contoh posisi 30 derajat

a. Pasien dalam kondisi berbaring dengan posisi kepala 30 derajat



Gambar 2.2

Contoh posisi mobilisasi

- b. Lakukan posisi miring kanan pada pasien



Gambar 2.3

Contoh posisi mobilisasi

- c. Lakukan posisi miring kiri pada pasien

2.3 Konsep *Massage*

2.3.1 Pengertian *massage*

Menurut Bambang (2015), Pengertian *Massage* dengan *Virgin Coconut Oil* (VCO) adalah teknik pemijatan yang menggunakan minyak kelapa murni (VCO) sebagai media pijat untuk meningkatkan kenyamanan, relaksasi, dan kesehatan kulit. VCO adalah minyak kelapa yang diekstraksi tanpa proses pemanasan tinggi atau bahan kimia, sehingga tetap mengandung asam lemak rantai menengah (MCT), antioksidan, vitamin E, dan sifat antimikroba yang bermanfaat bagi tubuh.

2.3.2 Manfaat *Massage*

Massage memiliki berbagai manfaat bagi sistem tubuh manusia, salah satunya adalah membantu melancarkan aliran darah pada kondisi seperti pembengkakan, cedera, kelelahan otot, kelemahan otot, serta gangguan seperti arthritis dan sinovitis. Selain itu, pijat juga berperan dalam mempercepat penyerapan sisa peradangan pada sendi. Teknik *effleurage* yang dilakukan secara lembut dapat memberikan efek menenangkan, terutama bagi pasien yang mengalami gangguan saraf seperti neuritis, neuralgia, neurasthenia, dan insomnia (Wijanarko, 2015).

2.3.3 Tujuan *Massage*

- a. Melembapkan dan Menjaga Kesehatan Kulit
- b. Meningkatkan Relaksasi
- c. Meningkatkan Sirkulasi Darah
- d. Meredakan Nyeri Otot dan Sendi
- e. Mencegah luka tekan

2.3.4 Tahap Pelaksanaan

Dalam melakukan massage masing-masing gerakan dilakukan selama 4-5 menit.



Gambar 2.4

Gambar VCO

- a. Massage menggunakan VCO, VCO dapat melembabkan kulit serta meningkatkan sirkulasi darah.



Gambar 2.5

Gerakan *massage* pertama

- b. Letakan kedua tangan punggung pasien, mulai dengan gerakan memijat dari bagian bahu menuju sacrum.



Gambar 2.6

Gerakan *Massage* kedua

- c. Lakukan gerakan seperti kupu-kupu dengan menggunakan telapak tangan dan melingkar dengan menggunakan ibu jari menuruni area tulang belakang, gerakan secara perlahan berikan penekanan ke arah penekanan bawah sehingga tidak mendorong pasien kedepan.

2.4 Konsep Luka Tekan

2.4.1 Pengertian Luka Tekan

Luka tekan adalah kondisi di mana terjadi kerusakan pada kulit hingga jaringan di bawahnya akibat tekanan berkepanjangan pada area tubuh yang menonjol di atas tulang. Tekanan ini umumnya berasal dari faktor eksternal, seperti berbaring terlalu lama di tempat tidur atau duduk di kursi roda tanpa perubahan posisi. Secara global, kejadian luka tekan di unit perawatan intensif diperkirakan berkisar antara 1% hingga 56%.

Luka dekubitus menjadi masalah umum bagi pasien yang menjalani perawatan di rumah atau fasilitas kesehatan lainnya. Pasien-pasien ini berisiko mengalami luka dekubitus selama masa perawatan. Di Amerika Serikat, tingkat kejadian dan prevalensi luka dekubitus pada kelompok ini cukup tinggi sehingga mendapat perhatian serius dari tenaga medis.

2.4.2 Faktor Resiko Luka Tekan

Faktor risiko terjadinya luka tekan meliputi gangguan pada sistem saraf vasomotorik, sensorik, dan motorik, kontraktur sendi serta spastisitas, gangguan sirkulasi darah di area perifer, malnutrisi dan kadar protein rendah dalam darah (hipoproteinemia), anemia, serta kondisi patologis kulit akibat gangguan hormonal seperti edema. Selain itu, luka tekan juga dapat dipicu oleh laserasi, infeksi, kebersihan kulit yang buruk, inkontinensia urine dan feses, serta penurunan tingkat kesadaran. Ulkus dekubitus sendiri merupakan cedera lokal pada kulit maupun jaringan di bawahnya yang umumnya terjadi di area yang menonjol, akibat tekanan yang berlebihan atau kombinasi antara tekanan dan gesekan (NPUAP, et al, 2014).

Tekanan yang terus-menerus menghambat aliran darah, sehingga menyebabkan kematian sel, nekrosis jaringan, dan akhirnya berkembang menjadi luka dekubitus (NPUAP, 2016). Proses penyembuhan ulkus dekubitus berlangsung cukup lama dan menjadi masalah serius karena

berdampak pada kualitas hidup pasien, menghambat program rehabilitasi, memperburuk penyakit yang sudah ada, serta menimbulkan beban finansial bagi keluarga akibat tingginya biaya perawatan. Selain itu, komplikasi yang dapat muncul meliputi sepsis, selulitis, infeksi kronis, hingga kematian, terutama pada usia lanjut (Coleman et al., 2014).

Menurut Potter & Perry, 2010), terdapat beberapa faktor risiko yang dapat menyebabkan berkembangnya dekubitus, yaitu:

a. Gangguan Persepsi Sensorik

Klien yang mengalami gangguan dalam merasakan nyeri dan tekanan memiliki risiko lebih tinggi mengalami gangguan integritas kulit dibandingkan dengan mereka yang memiliki sensasi normal.

b. Gangguan Mobilisasi

Klien yang tidak dapat mengubah posisi secara mandiri berisiko mengalami ulkus tekan. Contohnya, pasien dengan cedera tulang belakang yang mengalami penurunan atau kehilangan sensasi motorik dan sensorik, sehingga tidak mampu mengubah posisi tubuhnya, terutama pada area yang menonjol.

c. Perubahan Tingkat Kesadaran

Klien yang mengalami disorientasi atau perubahan kesadaran tidak dapat melindungi dirinya sendiri dari risiko terbentuknya ulkus tekan.

d. Gaya Geser Tekanan sejajar pada kulit yang disebabkan oleh gaya gravitasi dapat meningkatkan risiko dekubitus. Tekanan ini timbul akibat gesekan antara tubuh klien dan permukaan tempat tidur atau kursi.

2.4.3 Klasifikasi Luka Tekan

a. Derajat 1: Terjadi kemerahan pada kulit yang memudar ketika diberikan tekanan ringan dan singkat menggunakan jari. Kondisi ini disebabkan oleh tekanan berkepanjangan pada kulit, yang dalam waktu lama dapat menyebabkan kulit menjadi pucat.

- b. Derajat 2 : Kemerahan pada kulit yang tidak menghilang meskipun diberikan tekanan ringan dengan jari. Hal ini menunjukkan adanya gangguan pada mikrosirkulasi darah.
- c. Derajat 3: Luka sudah berkembang dan menembus lapisan dermis, mencapai batas pemisah dengan jaringan subkutan.
- d. Derajat 4 : Luka semakin dalam hingga mencapai lapisan lemak. Otot di bawahnya mengalami pembengkakan dan peradangan. Luka ini cenderung menyebar ke samping, sementara penyebaran ke bawah terhambat oleh fascia profunda.
- e. Derajat 5 : Infeksi nekrotik menyebar lebih dalam hingga mencapai fascia profunda. Pada tahap ini, kerusakan otot terjadi dengan cepat. (Vaughans, 2013)

2.4.4 Lokasi Luka Tekan

1. *Tuberositas Ischium* (Tulang duduk)

Bagian ini merupakan lokasi paling sering terjadi luka tekan, dengan frekuensi mencapai 30%. Luka tekan terjadi akibat tekanan langsung saat duduk. Selain itu, posisi *foot rest* pada kursi roda yang terlalu tinggi juga dapat menyebabkan daerah ischium menjadi tumpuan utama berat badan.

2. *Trochanter Mayor* (tonjolan tulang besar)

Luka tekan di area ini memiliki frekuensi sekitar 20% dari lokasi yang paling sering terkena. Kondisi ini dapat terjadi saat seseorang berbaring terlalu lama dengan bertumpu pada satu sisi, menggunakan kursi roda yang terlalu sempit, mengalami skoliosis, atau osifikasi heterotropik, yang menyebabkan pergeseran berat badan ke sisi panggul lainnya.

3. *Sacrum* (Tulang punggung)

Luka tekan pada *sacrum* memiliki frekuensi sekitar 15% dari kasus yang umum terjadi. Kondisi ini sering dialami oleh penderita yang berbaring terlentang dalam waktu lama tanpa perubahan posisi, duduk dalam posisi yang salah di kursi roda, atau mengalami pergeseran tubuh saat berbaring di tempat tidur dengan sandaran miring. Selain itu, kontak berkepanjangan dengan urin, keringat, atau feses juga dapat memicu terjadinya luka tekan di area ini.

4. Tumit

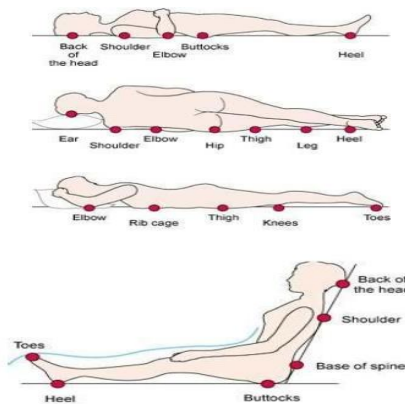
Sekitar 10% luka tekan terjadi di area tumit. Tekanan dan gesekan yang muncul akibat posisi diam pada tungkai bawah dapat menyebabkan luka tekan, terutama saat tumit bersentuhan dengan tempat tidur atau sandaran kaki pada kursi roda.

5. *Malleolus* (tonjolan pergelangan kaki)

Luka tekan pada *Malleolus lateralis* dapat terjadi akibat berbaring terlalu lama pada satu sisi, cedera saat memindahkan pasien, atau posisi sandaran kaki yang tidak tepat. Selain itu, gesekan antara *malleolus* kanan dan kiri akibat kekakuan otot juga dapat menyebabkan luka tekan.

6. Siku

Siku sering mengalami luka tekan karena sering digunakan sebagai penopang tubuh saat seseorang mengubah posisi.



Gambar 2.3 Lokasi luka tekan Sumber :
dikutip dari Soedjana (2016)

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Stroke Hemoragik

2.5.1 pengkajian

Menurut Yustiana & Ghofur (2016), pengkajian adalah proses pengumpulan informasi dari pasien untuk menghasilkan data dasar mengenai klien dan merekam respons kesehatan klien. Hasil pengkajian ini sangat penting dalam mengidentifikasi masalah kesehatan klien dengan akurat. Tujuan dokumentasi adalah untuk memperoleh data yang cukup guna merencanakan strategi perawatan yang tepat.

Dalam pengkajian, terdapat dua jenis data, yaitu data objektif dan subjektif. Perawat harus memahami metode pengumpulan data serta mengantisipasi masalah yang mungkin muncul. Dokumentasi hasil pengkajian harus dilakukan dengan cermat, antara lain:

a. Identitas Klien

Meliputi identitas klien (nama, umur, jenis kelamin, status, suku, agama, alamat, pendidikan, diagnosa medis, tanggal MRS, dan tanggal pengkajian diambil) dan identitas penanggung jawab (nama, umur, pendidikan, agama, suku, hubungan dengan klien, pekerjaan, alamat).

b. Keluhan Utama

Adapun keluhan utama yang sering di jumpai yaitu klien mengalami kelemahan anggota gerak sebelah badan, biasanya klien mengalami bicara pelo, biasanya klien kesulitan dalam berkomunikasi dan penurunan tingkat kesadaran.

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Keadaan ini berlangsung secara mendadak baik sedang melakukan aktivitas ataupun tidak sedang melakukan aktivitas. Gejala yang muncul seperti mual, nyeri kepala, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

d. Riwayat Kesehatan Dahulu

Adapun riwayat kesehatan dahulu yaitu memiliki riwayat hipertensi, riwayat DM, memiliki penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, riwayat kotrasepsi oral yang lama, riwayat penggunaan obat-obat anti koagulasi, aspirin, vasodilator, obat- obat adiktif, kegemukan.

e. Riwayat Penyakit Keluarga

Adanya riwayat keluarga dengan hipertensi, adanya riwayat DM, dan adanya riwayat anggota keluarga yang menderita stroke.

f. Riwayat Psikososial

Adanya keadaan dimana pada kondisi ini memerlukan biaya untuk pengobatan secara komprehensif, sehingga memerlukan biaya untuk pemeriksaan dan pengobatan serta perawatan yang sangat mahal dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran klien dan keluarga.

g. Pemeriksaan Fisik

1. Tingkat Kesadaran

(Gonce 2022) tingkat kesadaran merupakan parameter utama yang sangat penting pada penderita stroke. Perlu dikaji secara teliti dan secara komprehensif untuk mengetahui tingkat kesadaran dari klien dengan stroke. Macam-macam tingkat kesadaran terbagi atas:

- a. Composmentis : kondisi seseorang yang sadar sepenuhnya, baik terhadap dirinya maupun terhadap dirinya maupun terhadap

lingkungannya dan dapat menjawab pertanyaan yang dinyatakan pemeriksa dengan baik.

- b. Apatis : yaitu kondisi seseorang yang tampak segan dan acuh tak acuh terhadap lingkungannya.
- c. Derilium : yaitu kondisi seseorang yang mengalami kekacauan gerakan, siklus tidur bangun yang terganggu dan tampak gaduh gelisah, kacau, disorientasi serta meronta-ronta.
- d. Somnolen : yaitu kondisi seseorang yang mengantuk namun masih dapat sadar bila dirangsang, tetapi bila rangsang berhenti akan tertidur Kembali.
- e. Sopor : yaitu kondisi seseorang yang mengantuk yang dalam, namun masih dapat dibangunkan dengan rangsang yang kuat, misalnya rangsang nyeri, tetapi tidak terbangun sempurna dan tidak dapat menjawab pertanyaan dengan baik.
- f. Semi-Coma : yaitu penurunan kesadaran yang tidak memberikan respon terhadap pertanyaan, tidak dapat dibangunkan sama sekali, respon terhadap rangsang nyeri hanya sedikit, tetapi refleks kornea dan pupil masih baik.
- g. Coma : yaitu penurunan kesadaran yang sangat dalam, memberikan respon terhadap pernyataan, tidak ada gerakan, dan tidak ada respon terhadap rangsang nyeri.

Berikut tingkat kesadaran berdasarkan skala nilai dari skor yang didapat dari penilaian Glasgow Coma Scale (GCS) klien :

- a. Nilai GCS Composmentis : 15–14
- b. Nilai GCS Apatis : 13–12
- c. Nilai GCS Derilium : 11–10
- d. Nilai GCS Somnolen : 9–7
- e. Nilai GCS Semi Coma : 4
- f. Nilai GCS Coma : 3

1.5.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada pasien stroke hemoragik menurut Burner & Sudrat (2017)

1. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan perdarahan intraserebral, oklusi otak, vasospasme, dan edema otak.
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler ditandai oleh kekuatan otot menurun, sendi kaku, Gerakan terbatas dan fisik lemah.
3. Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan imobilisasi fisik ditandai oleh
4. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuscular ditandai oleh tidak mampu berbicara atau mendengar.
5. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan neuromuskuler, menurunnya kekuatan dan kesadaran, kehilangan kontrol otot atau koordinasi ditandai oleh kelemahan untuk ADL.

1.5.3 Intervensi

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran yang diharapkan SKI DP PPNI 2018.

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)

Tujuan : perfusi serebral meningkat (L.02014)

Setelah diberikan intervensi 3x24 jam diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil:

1. Tingkat kesadaran meningkat
2. Sakit kepala menurun
3. Gelisah menurun
4. Tekanan intrakraniar membaik

Intervensi Keperawatan : manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.06194).

1. Observasi

- identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)
- Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)
- Monitor MAP (mean arterial pressure)

2. Terapeutik

- Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
- Berikan posisi semi fowler
- Hindari manuver valsava
- Cegah terjadinya kejang

3. Edukasi

- Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu
- Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu
- Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu

b. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskuler, kelemahan anggota gerak (D.0054).

Tujuan :

Setelah diberikan intervensi 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:

1. Pergerakan ekstremitas meningkat
2. Kekuatan otot meningkat
3. Rentang gerak (ROM) meningkat
4. Kecemasan menurun

Intervensi keperawatan : Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial

1. 1. Observasi

- Identifikasi penyebab peningkatan TIK
- Monitor tanda/gejala peningkatan TIK
- Monitor status pernapasan
- Monitor intake dan output cairan.

2. Terapeutik

- Berikan posisi semifowler
- Cegah terjadinya kejang
- Atur ventilator agar PaCO₂ optimal
- Pertahankan suhu tubuh normal.

3. Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu

c. Resiko Gangguan Integritas kulit (D0139)

Tujuan : Integritas kulit/jaringan meningkat L.14125

Setelah diberikan intervensi 3x24 jam diharapkan Intoleransi aktivitas membaik dengan kriteria hasil:

1. Kerusakan jaringan menurun
2. Kerusakan lapisan kulit menurun

Intervensi keperawatan : Perawatan Integritas Kulit (I.11353)

1. Observasi

- Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas)

2. Tarapetik

- Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring
- Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu
- Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode

diare

- Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering

3. Edukasi

- Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum)
- Anjurkan minum air yang cukup
- Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur
- Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim

d. Gangguan komunikasi verbal (D.0119)

Tujuan : Komunikasi verbal meningkat L.13118

Setelah diberikan intervensi 3x24 jam diharapkan gangguan komunikasi verbal membaik dengan kriteria hasil:

1. Kemampuan berbicara meningkat
2. Kemampuan mendengar meningkat
3. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat

Intervensi keperawatan : Promosi Komunikasi: Defisit Bicara (I.13492)

i. Observasi

- Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara
- Monitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis: memori, pendengaran, dan Bahasa)
- Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara
- Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi

4. Tarapetik

- Gunakan metode komunikasi alternatif (mis: menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer)
- Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis: berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)
- Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan

5. Edukasi

- Anjurkan berbicara perlahan
- Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara

3.5.2 Implementasi Keperawatan

Implementasi pada tahanan ini dilakukan pelaksanaan dari perencanaan keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan klien secara optimal. Pelaksanaan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Azizah, 2021).

Pencatatan pendokumentasian ini terfokus pada metode Dar yaitu data (D) adalah data yang berisi tentang data subjektif dan objektif yang mendukung dokumentasi asuhan keperawatan, action/tindakan (A) adalah tindakan keperawatan yang dilakukan berdasarkan masalah, dan response (R) adalah menyediakan keadaan respon klien terhadap tindakan keperawatan. (Azizah, 2021).

3.5.3 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah akhir dalam proses keperawatan. Evaluasi adalah kegiatan yang disengaja dan terus-menerus dengan melibatkan klien, perawat dan anggota tenaga kesehatan lain. Tujuan evaluasi adalah untuk menilai apakah tujuan dalam rencana keperawatan tercapai atau tidak. Terdapat jenis-jenis evaluasi dalam keperawatan yaitu, evaluasi formatif (proses) merupakan aktivitas dari proses keperawatan dan hasil kualitas pelayanan asuhan keperawatan. Selanjutnya evaluasi sumatif (hasil) yaitu rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan. Penentuan masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi adalah dengan cara membandingkan antara soap dengan kriteria hasil. (Azizah, 2021)

Evaluasi proses menggunakan metode soap yaitu, subjektif adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan. objektif adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan setelah dilakukan tindakan. Analisa adalah membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian atau tidak teratasi. Dan yang terakhir planning adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan diagnosis (Azizah, 2021).