

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Stroke

2.1.1 Pengertian

Stroke terjadi akibat penyumbatan mendadak yang diakibatkan oleh pembekuan darah atau penyempitan pada pembuluh darah arteri, yang menghalangi aliran darah ke bagian otak. Kondisi ini bisa dialami siapa pun dan dimana saja tidak mengenal waktu (Suwaryo et al., 2019). Stroke dapat didefinisikan sebagai sindrom dengan ciri-ciri tanda dan gejala neurologis klinis yang bersifat lokal maupun global, yang berkembang dengan cepat, disertai gangguan fungsi serebral, dengan gejala yang berlangsung melebihi dari 24 jam dapat menyebabkan kematian, tanpa ada penyebab lain selain yang berasal dari masalah vaskular (Herdianti et al., 2018). Stroke adalah kondisi yang ditandai dengan kehilangan fungsi neurologis secara cepat akibat gangguan saluran darah ke otak.

Stroke merupakan penyakit yang dapat dipicu oleh berbagai faktor, yang sering disebut sebagai faktor multifaktor. Penyebab terjadinya stroke dapat dibagi menjadi dua kategori utama. Pertama, ada faktor risiko yang tidak dapat diubah atau dimodifikasi, seperti usia, ras, jenis kelamin, faktor genetik, atau riwayat keluarga yang memiliki kondisi stroke. Kedua, terdapat faktor risiko yang dapat diubah, yaitu kondisi-kondisi yang bisa diubah atau dikendalikan, seperti tekanan darah tinggi, kebiasaan merokok, penyakit jantung, diabetes melitus, kegemukan, konsumsi alkohol, serta gangguan lipid atau dislipidemia (Nastiti, 2012 dalam Nadjamuddin, 2022).

Stroke dapat menyebabkan kerusakan pada sistem saraf yang terjadi akibat sumbatan total atau sebagian pada satu atau lebih pembuluh darah di otak. Sumbatan ini menghambat aliran darah ke area tertentu di otak. Penyebab utama hambatan ini biasanya adalah pecahnya pembuluh darah yang menyebabkan pendarahan atau terbentuknya gumpalan darah (clot) yang menyumbat pembuluh darah. Akibatnya, pasokan darah yang membawa oksigen dan nutrisi penting ke

jaringan otak terganggu. Ketika otak kekurangan oksigen dan nutrisi, sel-sel otak mulai rusak atau mati, yang menyebabkan gangguan fungsi neurologis. Kerusakan ini dapat mengakibatkan berbagai gejala dan kecacatan yang bervariasi, tergantung pada area otak yang terpengaruh (Ikawati, 2011 dalam Nadjamuddin, 2022).

2.1.2 Klasifikasi

Stroke dibagi menjadi 2 secara klinis, yaitu:

2.1.2.1 Stroke non hemoragik (iskemik).

Secara patofisiologis, stroke non-hemoragik (iskemik) disebabkan oleh matinya jaringan otak akibat pasokan darah yang tidak memadai. Secara klinis, stroke jenis ini ditandai dengan defisit neurologis fokal yang muncul secara tiba-tiba dan bertahan lebih dari 1 hari, tanpa adanya perdarahan. Stroke non-hemoragik dibagi berdasarkan gejala klinis dan penyebabnya, yaitu:

a. Berdasarkan manifestasi klinis:

- 1) Serangan iskemik Sepintas/Transient Ischemic Attack (TIA). Pada kondisi ini gejala neurologik yang timbul akibat gangguan peredaran darah di otak akan hilang dalam kurun waktu 24 jam.
- 2) Defisit Neurologik Iskemik Sepintas/Reversible Ischemic Neurological Deficit (RIND). Gejala neurologik akan menghilang dalam waktu lebih lama dari 24 jam, namun tidak lebih dari seminggu.
- 3) Stroke progresif (Progressive Stroke/Stroke in evolution). Gejala neurologis semakin memburuk seiring berjalannya waktu.
- 4) Stroke Komplit (Complete Stroke) Gejala klinis bersifat permanen.

b. Berdasarkan penyebab :

- 1) Stroke trombotik. jenis stroke ini terjadi karena penyempitan pembuluh darah dari jantung yang mengarah ke otak. Penyempitan ini biasanya disebabkan oleh aterosklerosis yang dipicu oleh kadar kolesterol dan tingginya tekanan darah yang tinggi.
- 2) Stroke emboli/non trombotik: stroke jenis ini disebabkan oleh sumbatan yang berasal dari emboli, dapat terdiri dari kolesterol, gumpalan trombosit dan fibrin, menyumbat pembuluh darah yang lebih kecil yang merupakan cabang dari pembuluh arteri utama yang menuju otak. Bagian dari otak yang tidak dialiri darah akan mengalami kerusakan dan

tidak berfungsi.

2.1.2.2 Stroke hemoragik terjadi akibat perdarahan non-traumatik di otak.

Berdasarkan klasifikasi internasional penyakit oleh WHO (International Classification of Disease/ICD), stroke hemoragik dibagi menjadi dua jenis, yaitu:

- a. Perdarahan Intra Serebral (PIS): PIS merupakan perdarahan primer yang terjadi di dalam jaringan otak, berasal dari pembuluh darah, dan bukan akibat trauma. Penyebab paling umum dari PIS adalah hipertensi. Pada kondisi hipertensi kronis, dapat terbentuk aneurisma mikro sepanjang arteri yang pada akhirnya bisa pecah atau robek.
- b. Perdarahan Sub Arachnoidal (PSA): PSA adalah kondisi akut yang terjadi ketika darah masuk atau berada di ruang subaraknoid. Penyebab utama PSA adalah aneurisma intrakranial (Hutagaluh, 2019).

2.1.3 Faktor Risiko

Faktor risiko adalah kondisi atau elemen tertentu yang dapat meningkatkan kemungkinan seseorang mengalami stroke. Faktor-faktor ini umumnya dibagi dalam dua kelompok besar sebagai berikut:

2.1.3.1 Faktor Risiko Internal (yang tidak dapat dikendalikan atau dimodifikasi):

- a. Usia: Semakin tua usia seseorang, semakin tinggi pula risiko untuk mengalami stroke.
- b. Ras/Suku Bangsa: Ras Afrika/Negro, Jepang, dan Cina lebih sering terkena stroke. Selain itu, orang dari Sumatra, Sulawesi, dan Madura, juga lebih rentan terkena stroke karena memiliki pribadi yang keras dan cenderung terburu-buru
- c. Jenis Kelamin: Pria lebih berisiko mengalami stroke dibandingkan wanita.
- d. Riwayat Keluarga: risiko seseorang mengalami stroke sangat tinggi jika dalam riwayat keluarga ada yang memiliki riwayat sakit stroke

2.1.3.2 Faktor Risiko Eksternal (yang dapat dikendalikan atau dimodifikasi):

- a. Hipertensi
- b. Diabetes melitus/kencing manis.
- c. Transient ischemic attack (TIA) serangan lumpuh sementara.
- d. Fibrilasi atrial jantung.
- e. Pascastroke. Mereka yang pernah terserang stroke.

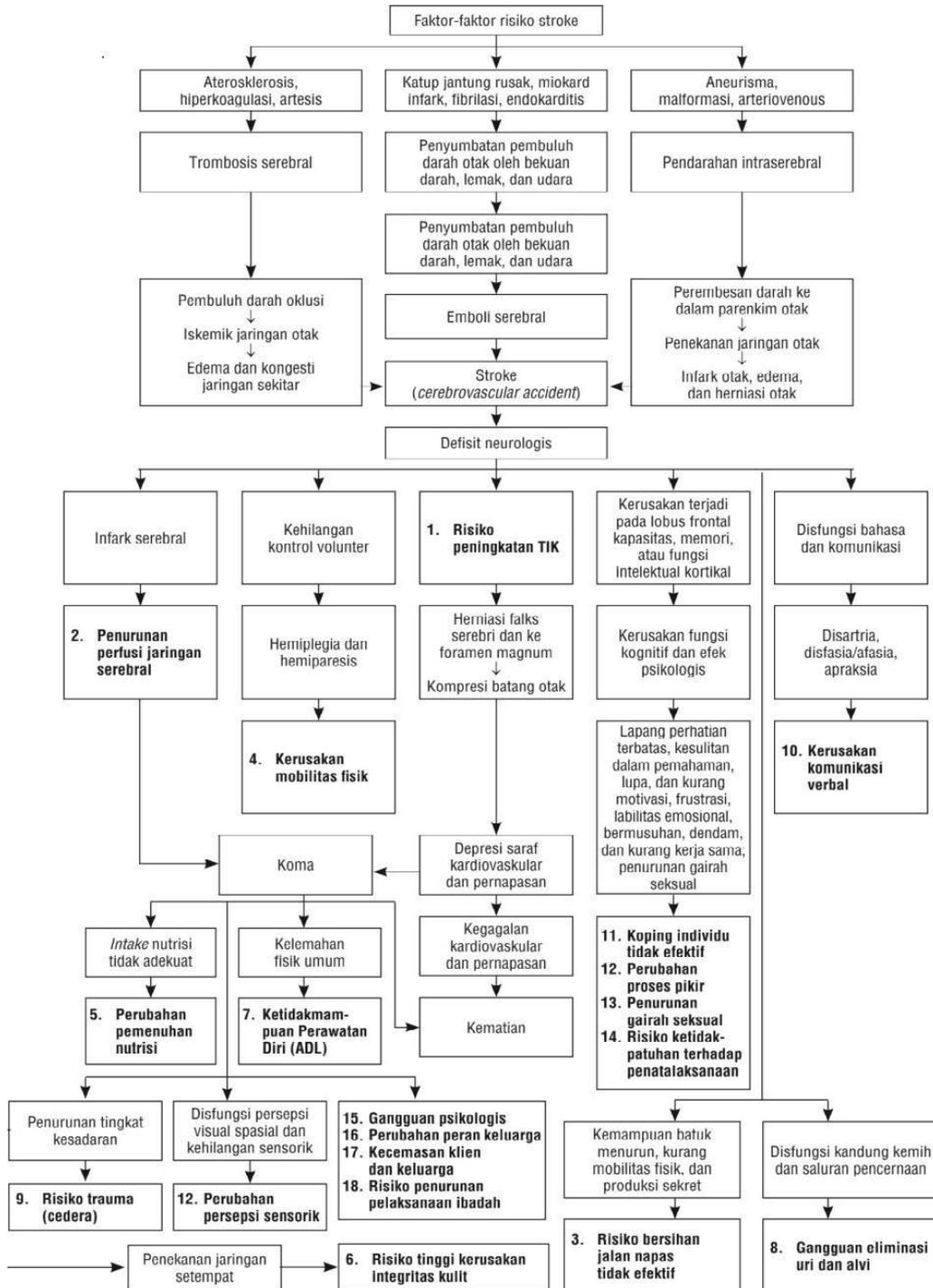
- f. Abnormalitas lemak: lipoprotein.
- g. Fibrinogen tinggi dan perubahan hemoreologikal lain.
- h. Orang yang merokok (utamanya rokok sigaret).
- i. Orang yang suka mengkonsumsi alkohol.
- j. Hiperhomosisteinemia.
- k. Infeksi, virus dan bakteri
- l. Terapi yang diminum, seperti obat kontrasepsi oral/pil KB.
- m. Berat badan berlebih
- n. Kurang aktifitas fisik.
- o. Kolesterol tinggi
- p. Stres fisik dan mental.

2.1.3.3 Faktor risiko generasi baru:

- a. Defisiensi atau kurangnya hormon wanita (estrogen).
- b. Homosistein tinggi.
- c. Fibrinogen plasma.
- d. Faktor VII pembekuan darah.
- e. Aktivator plasminogen jaringan (t - PA).
- f. Inhibitor aktivator plasminogen tipe I.
- g. Lipoprotein (a).
- h. C-reactive protein (CRP), yang terjadi saat inflamasi/ infeksi.
- i. Chlamydia pneumonia (infeksi).
- j. Virus herpes/sitomegalovirus, helicobacter pylori.
- k. Dan setiap infeksi yang meningkatkan heat shock protein (HSP) yang merupakan pertanda adanya proses auto-immun.
- l. Genetik atau bawaan (ACE polymorphisms, human leucocyte antigen/HLA-DR, class II genotype) sebagai genetik markers pada aterosklerosis

2.1.4 Patofisiologi Stroke

2.1 Gambar Patofisiologi Stroke



Sumber: Mutaqqin, 2008

2.1.3 Pemeriksaan Diagnostik

Deteksi dini pelacakan etiologi dan faktor risiko stroke perdarahan dengan melakukan tindakan berikut ini:

- a. Darah lengkap Hitung Darah Lengkap (CBC) dengan trombosit.
- b. Prothrombin Time (PT)/activated Partial Thromboplastin Time (aPTT) untuk mengidentifikasi adanya koagulopati.
- c. Elektrolit dan osmolaritas.
- d. Skrining toksikologi dan alkohol serum.
- e. Skrining hematologis, infeksi, dan etiologi vaskulitis.
- f. CT-Scan.
- g. MRI.
- h. Pencitraan kapal:
 1. CT angiography: AVMs, vasculitis, dan arteriopati lainnya
 2. Angiografi MRI

2.1.4 Komplikasi dan perjalanan penyakit Stroke

Pasien dengan gejala yang parah, seperti imobilisasi disertai hemiplegia berat, berisiko tinggi mengalami komplikasi yang dapat mempercepat kematian. Beberapa komplikasi tersebut antara lain:

- a. Pneumonia dan sepsis, yang bisa disebabkan oleh ulkus dekubitus atau infeksi saluran kemih.
- b. Trombosis vena dalam (deep vein thrombosis/DVT) serta emboli paru yang dapat mempengaruhi aliran darah ke paru-paru.
- c. Infark miokard (serangan jantung), gangguan irama jantung (aritmia), serta gagal jantung yang berhubungan dengan kelainan fungsi jantung.
- d. Ketidakseimbangan cairan tubuh yang dapat mempengaruhi berbagai fungsi tubuh.

Sekitar 10% pasien yang mengalami infark serebri (stroke) meninggal dalam waktu 1 bulan pertama setelah kejadian. Di sisi lain, hingga 50% pasien yang berhasil bertahan hidup akan bergantung pada orang lain dalam menjalankan kegiatan sehari-hari. Beberapa penyebab yang dapat berkontribusi terhadap disabilitas jangka panjang antara lain:

- a. ulkus dekubitus
- b. epilepsi

- c. sering jatuh dan patah tulang
- d. spastisitas, dengan nyeri, kekakuan otot dan kaku sendi bahu (frozen shoulder)
- e. stress fisik dan mental

2.2 Dekubitus

2.2.1 Pengertian

Kerusakan jaringan yang terjadi pada daerah tertentu akibat tekanan yang diberikan pada jaringan lunak di bagian tulang yang menonjol, yang berlangsung dalam waktu lama. Tekanan ini menghambat aliran darah ke area yang tertekan (Suradi 2004 dalam Mahmuda, 2019).

2.2.2 Faktor Resiko Dekubitus

a. Mobilitas dan aktivitas.

Mobilitas mengarah pada kemampuan untuk perubahan posisi tubuh, sementara aktivitas mengarah pada kemampuan untuk berpindah tempat. Pasien yang sudah lama berbaring di tempat tidur dan tidak dapat mengubah posisi tubuhnya beresiko tinggi mengalami decubitus. Imobilitas merupakan factor utama penyebab decubitus.

b. Penurunan sensori persepsi.

Pasien dengan gangguan persepsi sensori cenderung kehilangan kemampuan untuk merasakan sakit yang dirasakan karena penekanan pada tulang yang menonjol. Jika tekanan berlangsung lama, risiko untuk terkena decubitus menjadi tinggi.

c. Kelembapan

Kelembapan yang ditimbulkan oleh inkontinensia dapat menyebabkan maserasi pada kulit, di mana jaringan kulit menjadi lembek dan lebih mudah terkelupas. Kulit yang mengalami maserasi lebih rentan terhadap perlukaan. Selain itu, kelembapan juga meningkatkan risiko gesekan dan kerusakan jaringan. Inkontinensia pada area anus memiliki pengaruh yang lebih besar dan urine yang mengandung bakteri dan enzim pada feces dapat menyebabkan kerusakan pada permukaan kulit.

d. Tenaga yang merobek (shear).

Tenaga yang merobek adalah kekuatan mekanis yang dapat menarik dan merusak jaringan, pembuluh darah, serta bagian tubuh yang lebih dalam yang dekat pada tulang yang timbul. Salah satu contoh umum dari tenaga merobek ini adalah saat pasien diletakkan pada posisi setengah duduk yang lebih dari 30 derajat. Dalam posisi ini, tubuh pasien dapat turun ke bawah, menyebabkan tulang bergerak ke bawah, sementara kulit tetap berada di tempatnya. Hal ini dapat menekan pembuluh darah di kulit dan dapat merusak jaringan dalam seperti otot, meskipun kerusakan pada permukaan kulit akan relative sedikit.

e. Pergesekan (friction).

Gesekan terjadi saat dua permukaan bergerak saling berlawanan arah. Gesekan ini dapat menyebabkan gesekan yang merusak lapisan epidermis kulit. Salah satu penyebab pergesekan adalah dapat muncul pada saat dilakukan penggantian laken pada pasien dengan tidak pelan-pelan.

f. Nutrisi.

Kondisi seperti hipoalbuminemia, berat badan yang turun, dan nutrisi yang tidak tercukupi seringkali menjadi faktor resiko terjadinya dekubitus. Pada stadium ke tiga dan empat dari dekubitus pada lansia, factor ini biasanya terkait dengan berat badan yang turun, rendahnya kadar albumin, dan nutrisi yang tidak memadai.

g. Usia.

Pasien yang sudah lanjut usia memiliki risiko yang lebih tinggi untuk terkena dekubitus karena berubahnya lapisan kulit kulit dan jaringan akibat penuaan. Penuaan menimbulkan hilangnya otot, hipoalbumin dalam darah, menurunnya respon inflamasi, berkurangnya elastisitas kulit, dan lemahnya kohesi antara epidermis dan dermis.

h. Tekanan arteriolar yang rendah.

Tekanan arteriolar yang rendah akan mengurangi toleransi kulit terhadap tekanan sehingga mampu mengakibatkan jaringan menjadi iskemia.

i. Stres emosional.

Pasien dengan gangguan psikiatri yang mengalami depresi dan stress emosional terus menerus dapat menjadi salah satu factor penyebab terjadinya dekubitus.

j. Merokok.

Nikotin pada rokok memiliki efek toksik yang dapat menurunkan aliran darah terhadap endotelium pembuluh darah.

k. Temperatur kulit.

Suhu tubuh yang meningkat merupakan salah satu faktor yang signifikan dengan kemungkinan terjadi dekubitus. (Nursalam, 2018)

2.2.3 Stadium dekubitus.

Menurut National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), dekubitus dibagi menjadi empat tahapan

a. Tahapan satu.

Terdapat perubahan yang bisa diamati pada kondisi kulit. Jika dibandingkan dengan kulit yang sehat, akan terlihat beberapa tanda yang berbeda. Tanda-tanda ini meliputi perubahan suhu kulit (yang bisa terasa lebih dingin atau lebih hangat), perubahan tekstur jaringan (yang menjadi lebih keras atau lebih lembut), serta perubahan pada sensasi yang dirasakan (seperti gatal atau nyeri).

b. Tahapan dua.

Kerusakan sebagian lapisan kulit, baik epidermis, dermis, atau keduanya. Ciri-cirinya termasuk luka yang bersifat superfisial, abrasi, lecet, atau terbentuknya lubang dangkal.

c. Tahapan tiga.

Kerusakan total pada lapisan kulit, yang mencakup kerusakan atau nekrosis jaringan subkutan atau lebih dalam, tetapi tidak mencapai lapisan fascia. Luka pada stadium ini terlihat seperti lubang yang dalam.

d. Tahapan empat.

Kehilangan seluruh struktur kulit dengan kerusakan yang parah, termasuk nekrosis jaringan, serta kerusakan pada otot, tulang, atau tendon. Perluasan yang dalam serta adanya saluran sinus juga merupakan karakteristik dari stadium empat decubitus.

2.2.4 Penatalaksanaan Pencegahan Dekubitus (Andriyanto et al, 2024)

a. Penilaian luka

1. Ukuran, kedalaman dan stadium luka
2. Karakteristik jaringan
3. Tanda-tanda infeksi

b. Perawatan luka

1. Pembersihan luka dengan larutan salin atau antiseptic ringan
2. Debridemen (pengangkatan jaringan mati) jika diperlukan
3. Penggunaan balutan sesuai jenis luka (misalnya hidrokoloid, alginate, foam)

c. Manajemen tekanan

1. Penggunaan matras khusus (misalnya matras udara)
2. Perubahan posisi secara teratur (setiap 2-4jam)
3. Penggunaan bantal atau bantalan untuk mengurangi tekanan

d. Nutisi

1. Penilaian status nutrisi
2. Pemberian diet tinggi protein dan kalori
3. Suplementasi vitamin dan mineral jika diperlukan

e. Manajemen nyeri

1. Pemberian analgesik sesuai tingkat nyeri
2. Teknik non- farmakologis (misalnya relaksasi, distraksi)

f. Penanganan infeksi

1. Pemberian antibiotik jika ada tanda infeksi
2. Kultur luka jika diperlukan

g. Edukasi pada pasien dan keluarga

1. Tentang perawatan luka
2. Pentingnya perubahan posisi
3. Tanda-tanda komplikasi yang perlu diwaspadai

- h. Rehabilitasi
 - 1. Fisioterapi untuk mencegah kontraktur
 - 2. Terapi okupasi untuk meningkatkan kemandirian
- i. Dukungan psikososial
 - 1. Konseling jika diperlukan
 - 2. Dukungan emosional
- j. Dokumentasi
 - 1. Pencatatan perkembangan luka
 - 2. Evaluasi efektivitas intervensi
- k. Kolaborasi tim multidisiplin
 - 1. melibatkan dokter, perawat, ahli gizi, fisioterapi, dll)
- l. Penggunaan teknologi
 - 1. Terapi tekanan negatif (negative pressure wound therapy)
- m. Penanganan penyakit penyerta
 - 1. Kontrol diabetes, penyakit kardiovaskuler, dll
- n. Pencegahan dekubitus baru
 - 1. Penilaian risiko berkala
 - 2. Implementasi strategi pencegahan

2.3 Skala Braden

Tabel 2.1 Skala Braden

PERSEPSI SENSORI	TERBATAS SECARA MENYELURUH	SANGAT TERBATAS	SEDIKIT TERBATAS	TIDAK ADA KERUSAKAN
(Kemampuan untuk merespon tekanan untuk merespon ketidaknyamanan)	1. Tidak responsif (tidak mengerang, menyentak, menggenggam) terhadap respon stimulasi nyeri terhadap penurunan tingkat kesadaran atau efek sedasi atau keterbatasan kemampuan untuk merasakan nyeri hampir diseluruh permukaan tubuh	2. Hanya berespon pada stimulus nyeri saja. Gangguan sensoris pada bagian ½ permukaan tubuh atau hanya berespon pada stimuli nyeri, tidak dapat mengkomunikasikan ketidaknyamanan.	3. Merespon secara verbal terhadap perintah tetapi tidak selalu dapat mengatakan ketidaknyamanan. Gangguan sensoris pada 1 atau 2 ekstremitas	4. Tidak ada gangguan sensoris atau penurunan sensoris untuk merasakan atau menyatakan rasa sakit atau ketidaknyamanan, berespon penuh terhadap perintah verbal

<p>KELEMBABAN</p> <p>(derajat/tingkata diana kulit terekspos oleh kelembaban)</p>	<p>LEMBAB TERUS MENERUS</p> <p>1. Kulit selalu lembab hampir secara terus menerus akibat dari peluh / keringat, urine, dll. Kelembaban sering ditemukan setiap saat saat pasien bergerak atau membalikkan badan</p>	<p>SERING LEMBAB</p> <p>2. Kulit sering lembab tapi tidak selalu lembab. Linen harus diganti minimal sekali dalam satu shift kerja</p>	<p>KADANG-KADANG LEMBAB</p> <p>3. Kulit kadang-kadang lembab, permintaan ekstra satu linen untuk diganti kurang lebih sehari sekali.</p>	<p>JARANG LEMBAB</p> <p>4. Kulit biasanya kering, linen hanya diminta diganti pada interval sesuai waktu yang teratur</p>
<p>AKTIVITAS</p> <p>(Derajat aktivitas fisik)</p>	<p>BADFAST</p> <p>1. Tergeletak di tempat tidur</p>	<p>CHAIRFAST</p> <p>2. Kemampuan berjalan cenderung sangat terbatas atau bahkan tidak ada. Tidak mampu untuk menahan BB sendiri / harus dibantu berpindah ke kursi / kursi roda</p>	<p>KADANG-KADANG BERJALAN</p> <p>3. Berjalan secara kadang-kadang selama sehari tetapi dengan jarang yang paling dekat, dengan / tanpa penolong. Menghabiskan waktunya di tempat tidur atau kursi</p>	<p>SERING BERJALAN</p> <p>4. Dapat berjalan di luar ruangan setidaknya dua kali dalam sehari dan didalam ruangan setidaknya sekali setiap 2 jam selama masa waktu berjalan</p>

<p>MOBILITAS</p> <p>(Kemampuan untuk mengubah dan mengontrol posisi tubuh)</p>	<p>KESELURUHAN TIDAK MAMPU DIGERAKKAN</p> <p>1. Tidak mampu bahkan sedikit ataupun tidak mampu sama sekali mengubah posisi ekstremitas tanpa bantuan</p>	<p>SANGAT TERBATAS</p> <p>2. Kadang-kadang mampu membuat sedikit gerakan pada posisi ekstremitas tubuh</p>	<p>SEDIKIT TERBATAS</p> <p>3. Membuat perubahan kecil bagian tubuh yang sulit atau merubah posisi ekstremitas secara mandiri</p>	<p>TIDAK ADA BATASAN</p> <p>4. Mampu membuat perubahan posisi tubuh secara menyeluruh dan sering tanpa bantuan</p>
<p>NUTRISI</p> <p>(Pola asupan makanan biasa : NPO: Nothing by mouth IV: Intravenously TPN: Total Parenteral Nutrition)</p>	<p>SANGAT BURUK</p> <p>1. Tidak pernah makan makanan secara komplit. Jarang mampu makan lebih dari 1/3 porsi makanan yang diberikan. Makan 2 hidangan atau kurang protein (daging atau produk susu) selama</p>	<p>KEMUNGKINAN TIDAK ADEKUAT</p> <p>2. Jarang mampu makan makanan komplit dan umumnya makan hanya sekitar 1/2 porsi makanan. Asupan protein termasuk dalam 3 hidangan saja atau daging atau produk susu perhari. Kadang-kadang</p>	<p>ADEKUAT</p> <p>3. Mampu makan setengah atau keseluruhan. Total makanan dalam 4 hidangan protein (daging, produk susu) setiap hari. Kadang-kadang akan menolak makanan, tapi akan selalu mengkonsumsi</p>	<p>LUAR BIASA</p> <p>4. Mampu menghabiskan semua makanan setiap harinya. Tidak pernah menolak makanan. Biasanya total makanan 4 hidangan daging atau lebih dan produk susu. Kadang-kadang makan makanan</p>

	sehari. Asupan cairan yang buruk. Tidak mengkonsumsi diet cairan suplemen, ATAU NPO dan/atau pemberian cairan atau menggunakan IV selama lebih dari 5 hari secara	mengonsumsi diet suplemen atau mendapatkan kurang dari jumlah optimal diet cairan atau makanan melalui selang	suplemen jika ditawarkan, ATAU makanan melalui selang atau rigimen TPN, dimana biasanya mengandung besar daging sebagai nutrisi makanan	kecil disela2 makanan utama. Tidak membutuhkan suplemen
GESEKAN DAN GESERAN PERMUKAAN KULIT	MASALAH 1. Membutuhkan bantuan sedang sampai maksimal untuk bergerak Pengangkatan penuh tanpa menggeser linen adalah tidak mungkin. Sering melorot di Kasur atau kursi, membutuhkan bantuan untuk mereposisi	POTENSIAL MASALAH 2. Mampu bergerak lemah atau membutuhkan bantuan minimal. Selama bergerak, kemungkinan kulit bergesekan dengan jangkauan luas terhadap linen, kursi, restrain, atau alat2 lain. Sebagian besar waktu mempertahankan	TIDAK ADA MASALAH YANG NAMPAK 3. Mampu bergeak di tempat tidur dan kursi dengan mandiri dan mempunyai cukup kekuatan otot untuk mengangkat dengan komplit selama bergerak. Selalu mempertahankan posisi yang baik selama di	

	dengan bantuan maksimal. Spatisitas, kontraktur, atau agitasi hampir selalu menyebabkan gesekan	posisi relatif yang baik di kursi atau tempat tidur tapi kadang-kadang juga melorot.	tempat tidur dan kursi.	
--	---	--	-------------------------	--

(Sumber : Perry, et al 2019)

2.3.1 Keterangan pengisian Skala *Braden*:

2.3.1.1 Nilai karakteristik Persepsi Sensori :

- a. Nilai 1 untuk pasien yang tidak mampu merasakan respon rangsang nyeri, dan pasien dalam kondisi penurunan kesadaran.
- b. Nilai 2 untuk pasien yang mengalami keterbatasan sensori pada ½ permukaan tubuh atau hanya memberikan respon pada stimulasi nyeri.
- c. Nilai 3 untuk pasien yang mendapat gangguan sensori pada 1 atau 2 ekstremitas atau berespon pada perintah namun pasien tidak selalu bisa mengungkapkan ketidaknyamanan.
- d. Nilai 4 untuk pasien yang tidak ada keterbatasan sensori, pasien mampu mengikuti instruksi dengan baik.

2.3.1.2 Nilai karakteristik kelembaban :

- a. Nilai 1 diberikan jika pasien terus menerus terpapar oleh keringat atau urine basah.
- b. Nilai 2 diberikan jika kondisi kulit pasien sangat lembab.
- c. Nilai 3 diberikan jika kondisi kulit pasien kadang lembab.
- d. Nilai 4 diberikan jika kulit pasien dalam keadaan kering.

2.3.1.3 Nilai karakteristik aktivitas :

- a. Nilai 1 pada pasien yang terbaring ditempat tidur
- b. Nilai 2 pada pasien yang tidak bisa berjalan.
- c. Nilai 3 pada pasien yang berjalan dengan atau tanpa bantuan.
- d. Nilai 4 pada pasien yang dapat beraktivitas di sekitar ruangan.

2.3.1.4 Nilai karakteristik mobilitas : 20

- a. Nilai 1 bila pasien tidak dapat menggerakkan tubuh.
- b. Nilai 2 bila pasien tidak dapat merubah posisi secara tepat dan teratur.
- c. Nilai 3 bila pasien dapat membuat perubahan posisi tubuh atau ekstremitas dengan mandiri.
- d. Nilai 4 bila pasien dapat merubah posisi dengan mandiri

2.3.1.5 Nilai karakteristik nutrisi :

- a. Nilai 1 bila pasien tidak dapat menghabiskan 1/3 porsi makannya, hanya minum sedikit, puasa atau minum air putih, atau mendapat terapi cairan dalam 5 hari atau lebih.
- b. Nilai 2 bila pasien jarang menghabiskan ½ porsi makanannya atau asupan cairan kurang dari jumlah seharusnya
- c. Nilai 3 bila pasien mampu menghabiskan lebih dari ½ porsi makannya.
- d. Nilai 4 bila pasien dapat menghabiskan porsi makannya, tidak memerlukan suplementasi nutrisi.

2.3.1.6 Nilai karakteristik gesekan :

- a. Nilai 1 bila pasien tidak mampu mengangkat badannya sendiri, atau mengalami keterbatasan
- b. Nilai 2 bila pasien membutuhkan bantuan orang lain minimal mengangkat tubuhnya.
- c. Nilai 3 bila pasien membutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya.

2.3.1.7 Penentuan nilai skala Braden dengan skor terendah 6 dan skor tertinggi 23.

2.3.1.8 Analisa skor skala *Braden* yang didapat dengan kriteria :

- a. Resiko ringan dengan nilai 15-23
- b. Resiko sedang dengan nilai 13-14
- c. Resiko berat dengan nilai 10-12
- d. Resiko sangat berat dengan nilai kurang dari 10

2.4 *Massage effleurage*

2.4.1 Pengertian

Effleurage adalah teknik pijat yang melibatkan Gerakan mengusap yang dilakukan secara perlahan dan teratur dengan Gerakan mengusap ke arah atas tubuh (Rosyaria & Khairoh, 2019). Melakukan *Effleurage* pada punggung selama 3-10 menit dapat membantu menstabilkan tekanan darah, yang dapat menurun, berperan dalam memperlambat laju detak jantung, meningkatkan frekuensi pernapasan, serta merangsang tubuh untuk menghasilkan hormon endorfin yang berfungsi sebagai penghilang rasa sakit secara alami. (Maryunani, 2010 dalam Haryanti, 2021)

2.4.2 Teknik *Massage effleurage*

Effleurage dilakukan dengan gerakan melingkar atau linear yang halus dan berulang, yang bertujuan untuk merileksasi otot-otot, meningkatkan sirkulasi darah, dan memberikan rasa nyaman pada tubuh.

SOP melakukan *Massage effleurage*: (Andjani, 2016)

- a. Cuci tangan
- b. Menggunakan sarung tangan bersih
- c. Memberikan posisi yang nyaman bagi pasien (hadap ke kanan atau kiri)
- d. Perawat menjaga pasien dengan berada di samping pasien saat pasien dimiringkan
- e. Buka baju pasien
- f. Ambil minyak zaitun (*olive oil*) ratakan secara perlahan pada punggung kanan, sakrum, scapula
- g. Berikan secara rata dengan jari menggunakan *olive oil* dengan lembut
- h. Lakukan massage pada punggung kanan, sakrum dan scapula (menggosok dan mengusap) dengan telapak tangan
- i. Arah massage dari bawah ke atas dengan gerakan melingkar keluar
- j. Massage dilakukan selama 5 menit atau semampu pasien
- k. Merapikan pasien dan alat

2.4.3 Komposisi olive oil (minyak zaitun)

Minyak zaitun mengandung asam oleat sebesar 74,4%-77,5%, asam palmitat sebesar 11,5%-12,1 dan asam linoleate sebesar 8,9%-9,4%. Asam oleat yang terdapat dalam ekstra virgin minyak zaitun memiliki kemampuan penyerapan yang sangat baik dan dapat membantu menjaga kelastisitas kulit dari kerusakan (Oktavia et al, 2021)

2.4.4 Manfaat minyak zaitun

Penggunaan ekstra virgin minyak zaitun secara langsung pada kulit dapat mencegah terjadinya dekubitus karena kandungan minyak esensialnya mampu melindungi kulit dari tekanan, memberi kelembapan yang optimal, serta mencegah kerusakan sel akibat oksidasi sel (Sari, 2021). Manfaat minyak zaitun dapat menjaga kulit terhadap tekanan dan gesekan, memberikan nutrisi dan kelembaban yang optimal

2.4.5 Masalah Keperawatan

Salah satu masalah keperawatan yang muncul dalam kondisi ini adalah gangguan integritas kulit. Menurut SDKI (2017) kerusakan kulit (dermis, dan / atau epidermis) atau jaringan (mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan / atau ligament). Penanganan yang tepat untuk pasien dengan masalah keperawatan ini adalah menjaga agar kondisi kulit pasien tetap baik dan tidak mengalami perlukaan yang disebabkan karena kondisi dekubitus akibat tirah baring yang lama. Terapi *massage effleurage* menjadi penting dalam membantu memfasilitasi pasien memberikan rasa nyaman agar tidak terjadi kemerahan pada kulit dan kulit menjadi panas.

2.5 Analisa PICO

Tabel 2.2 Analisa PICO

	Jurnal 1	Jurnal 2
	<p>Judul Jurnal: Pengaruh Massage Dengan Virgin Coconut Oil untuk Mencegah Luka Tekan Pada Pasien Stroke Dengan Tirah Baring Lama di Ruang ICU RS Murni Teguh Sudirman Jakarta</p> <p>Penulis: Feronica Lorencs, Muhammad Taufik Daniel Hasibuan</p> <p>Tahun : 2025</p>	<p>Judul Jurnal: Pengaruh <i>Massage effleurage</i> dengan Virgin Coconut Oil (VCO) Terhadap Pencegahan Risiko Dekubitus Pada Pasien Stroke Non Hemoragik</p> <p>Penulis: Albasita Agustina Az Zahra, Supriyadi, Sri Utami Dwiningsih</p> <p>Tahun: 2023</p>
Problem/ Population	<p>Problem : pasien stroke dengan tirah baring lama</p> <p>Population: pasien stroke dengan tirah baring lama di Ruang ICU RS Murni Teguh Sudirman Jakarta</p>	<p>Problem:</p> <p>Population: pasien stroke non hemoragik yang dipilih secara simple random sampling di Ruang Rawat Inap RSUD Kardinah Kota Tegal</p>
Intervensi	<p>Massage dengan VCO pada kelompok intervensi dan pemberian posisi pada kelompok kontrol selama 2x24jam</p>	<p>Melakukan <i>massage effleurage</i> kepada [asien setiap 1-2 kali sehari selama 7 hari, kelompok control hanya menggunakan alih</p>

		baring , sedangkan kelompok intervensi dilakukan <i>massage effleurage</i>
Comaparation	14 kelompok control dan 14 kelompok intervensi	Kelompok intervensi 16 responden dan kelompok control 15 responden
Outcome	Sebelum dilakukan intervensi massage mayoritas respoonden memiliki luka tekan reiko menengah dan sisanya resiko rendah dan tinggi. Hasil penerapan massage menunjukkan massage pada kelompok intervensi mampu memberi nutrisi untuk kulit sehingga menjaga jaringan kulit, sedangkan pada kelompok intervensi tidak ada pengaruh yang signifikan pada pasien dengan tirah baring lama	Pada kelompok intervensi dan kontrol sama-sama memiliki pengaruh antara kelompok intervensi <i>massage effleurage</i> dengan Virgin Coconut Oil dan kelompok kontrol dengan tirah baring, namun rata-rata kelompok intervensi adalah dengan rata-rata 18,53 dan kelompok kontrol dengan rata- rata dengan rata-rata 13,33
Time	Penelitian dilakukan pada bulan Agustus 2024 dengan evaluasi 2x24jam	