

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Stroke

2.1.1 Definisi Stroke Hemoragik

Stroke merupakan kondisi penyumbatan atau pecah pembuluh darah otak yang mengakibatkan sebagian otak tidak mendapatkan pasokan darah sehingga akan mengalami kematian sel/jaringan otak (P2PTM Kemenkes RI 2018).

Stroke Hemoragik adalah kondisi dimana terjadinya biasanya berasal dari pecahnya aneurisma atau pembuluh darah yang abnormal terbentuk, Stroke ini disebabkan karena salah satu pembuluh darah di otak bocor atau pecah sehingga darah mengisi ruang sel-sel otak dan mengganggu fungsi sistem saraf (Armansyah, 2023).

2.1.2 Etiologi Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik terjadi ketika pembuluh darah di dalam atau sekitar otak pecah. Kondisi ini menyebabkan darah mengalir ke dalam rongga tengkorak kepala. Akibatnya, tekanan di dalam kepala meningkat dan jaringan otak pun mengalami kerusakan. Terdapat berbagai faktor penyebab stroke hemoragik menurut (Shelemo, 2023) yaitu:

- a. Trombosis: Arteriosklerosis serebral atau darah yang di pembuluh darah leher dan otak mengalami pembekuan.
- b. Emboli serebral: Masuknya darah yang membeku atau bahan lain kedalam otak dari bagian tubuh lainnya: endokarditis, penyakit jantung rematik, infeksi paru-paru.
- c. Iskemia: Menurunnya suplai darah menuju otak: Arteri menyempit akibat aterosklerosis.
- d. Pendarahan otak: Pembuluh darah di otak yang pecah disertai ruang sekitar otak atau di dalam jaringan otak mengalami perdarahan.

- e. Faktor risiko terkuat yaitu usia. Sebelum umur 65 tahun terjadinya stroke kurang lebih 30%, usia 65 tahun ke atas terjadi sebesar 70%. 10 tahun di atas 55 tahun memiliki dua kali resiko stroke.
- f. Thalamus, ganglia basalis, sisterna, dan otak kecil menjadi area tersering yang terdampak akibat ICH (*Intra Cerebral hemoraghic*) yang disebabkan oleh hipertensi pada 2/3 kasus.
- g. Lebih dulu pernah mengalami stroke.
- h. Minuman keras seperti alkohol yang memiliki kandungan kalori tinggi apabila diminum berlebih dapat mengakibatkan sensitif pada berbagai penyakit seperti stroke.
- i. Menyempitnya arteri pada stoke hemoragik bisa diakibatkan oleh narkoba menggunakan kokain serta phenylcydine.

2.1.3 Patofisiologi Stroke Hemoragik

Perdarahan intraserebral biasanya disebabkan oleh pecahnya mikroaneurisme akibat hipertensi maligna. Kejadian ini paling sering pada daerah subkortikal, serebelum, dan batang otak. Sedangkan hipertensi kronis dapat menyebabkan pembuluh arteriola berdiameter 100- 400 mikrometer mengalami perubahan patologi pada dinding pembuluh darah. Kondisi patologis ini berupa lipohialinosis, nekrosis fibrinoid, serta timbulnya aneurisme. Peningkatan tekanan darah secara tiba-tiba bisa menyebabkan rupturnya penetrating arteri kecil. Perdarahan pada pembuluh darah kecil ini menimbulkan efek penekanan pada arteriola dan pembuluh kapiler sehingga akhirnya membuat pembuluh darah ini pecah juga daerah yang terkena darah dan sekitarnya mengalami kenaikan tekanan. Gejala neurologis timbul merupakan dampak dari ekstrasvasi darah ke jaringan otak yang memicu terjadinya nekrosis (Armansyah, 2023).

2.1.4 Tanda dan Gejala

Stroke Hemoragik memunculkan berbagai manifestasi klinis menurut (Shelemo, 2023), yaitu:

1. Sulitnya bicara
2. Sulit jalan serta mengkoordinasi bagian tubuh
3. Kepala sakit
4. Otot-otot wajah yang melemah
5. Pandangan terganggu
6. Fungsi sensori terganggu
7. Terganggunya kemampuan berpikir ataupun kehilangan kontrol pada fungsi motorik

2.2 Alih Baring

2.2.1 Definisi Alih Baring

Alih baring merupakan tindakan yang dilakukan untuk mengubah posisi pasien yang mengalami tirah baring total untuk mencegah kejadian luka tekan pada kulit pasien. Pasien dengan tirah baring yang lama mempunyai resiko gangguan integritas kulit yang diakibatkan oleh tekanan yang lama, iritasi kulit atau imobilisasi dan berdampak pada timbulnya luka tekan (Ariyani & Nurlaily, 2023).

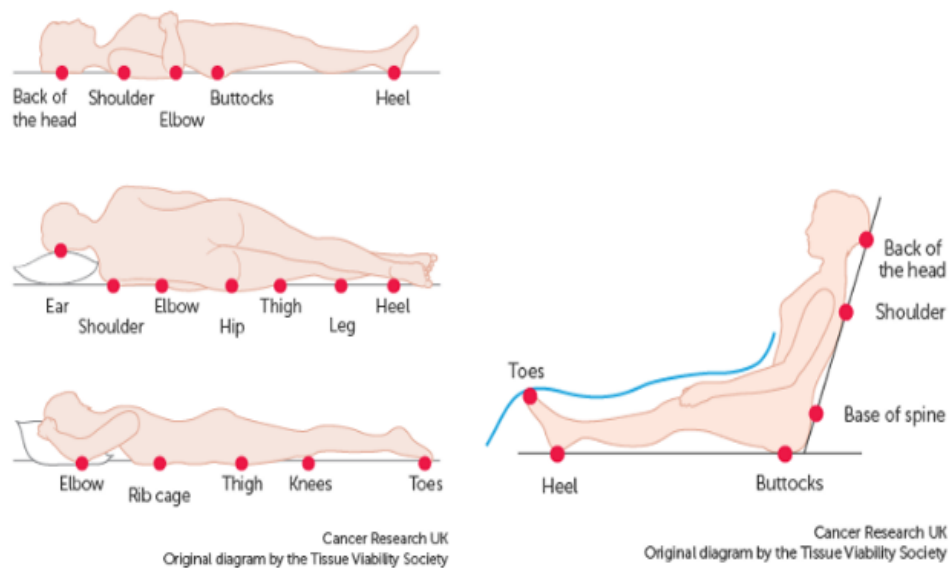
2.2.2 Penerapan Posisi Alih Baring

Posisi alih baring ini adalah pengaturan posisi yang diberikan untuk mengurangi tekanan dan gaya gesek pada kulit, menjaga bagian kepala tetap tidur dan menurunkan peluang terjadi luka tekan akibat gaya gesek (Wardani & Nugroho, 2022).

Pemberian posisi miring yang bertujuan untuk mempertahankan *body alignment* atau keseimbangan tubuh, mengurangi komplikasi akibat imobilisasi dan meningkatkan rasa nyaman. Posisi miring 30° adalah posisi yang memberikan tekanan minimal ketika pasien dimiringkan. Perubahan

posisi miki miki dilakukan setiap 2 jam sekali dengan menjaga bagian kepala tempat tidur setinggi 30° dengan disangga menggunakan bantal busa (Ariyani & Nurlaily, 2023).

Langkah dalam penerapan posisi alih baring yang pertama pasien harus berbaring telentang dengan kepala, leher, dan punggung lurus sebelum, posisi berbaring dapat diterapkan. Bantal diletakkan dengan hati-hati di bawah bahu dan lengan sehingga bahu dapat diangkat dengan lengan terangkat dan diputar ke luar, siku dan pergelangan tangan sedikit ditekuk., yang kedua lengan yang lumpuh memeluk bantal dengan siku lurus, kaki yang lumpuh ditempatkan di depan, kemudian di bawah kaki dan paha disangga oleh bantal dan lutut ditekuk, kaki sehat disilangkan di atas kaki yang lumpuh disangga oleh bantal. Yang kedua miring ke sisi yang sehat. Bahu yang lumpuh harus menghadap ke depan (Rara, 2023).



Gambar 2.1 Bagian Tubuh yang Rentan Terkena Luka Tekan

2.2.3 SOP Alih Baring

a. Prosedur pelaksanaan posisi alih baring

Tabel 1 SOP Alih Baring

Tahap Pra Interaksi	a. Mencuci tangan b. Menyiapkan alat
Tahap Orientasi	a. Memberi salam kepada pasien dan sapa nama pasien b. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan c. Menanyakan persetujuan / kesiapan pasien
Tahap Kerja	a. Menjaga privasi pasien b. Merubah posisi dari terlentang ke miring : 1) Menata beberapa bantal disebelah pasien 2) Memiringkan pasien kearah bantal yang disiapkan 3) Menekukkan lutut kaki yang atas 4) Memastikan posisi pasien aman c. Merubah posisi dari miring ke terlentang : 1) Menata beberapa bantal disebelah klien 2) Menelentangkan klien kearah bantal yang disiapkan 3) Meluruskan kedua lutut 4) Memastikan posisi klien aman

	d. Merapikan pasien
Tahap Terminasi	a. Melakukan evaluasi tindakan b. Berpamitan dengan pasien atau keluarga c. Menginformasikan akan datang 2 jam lagi untuk merubah posisi selanjutnya d. Mencuci tangan e. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan

b. Indikasi dilakukan posisi alih baring

- 1) Peningkatan tubuh bagian atas $\geq 40^\circ$ pada pasien yang diintubasi, dengan mempertimbangkan kemungkinan sisi hemodinamik efek dan peningkatan risiko luka tekan
- 2) Elevasi tubuh bagian atas pada pasien dengan peningkatan tekanan intrakranial (ICP) untuk mencapai efek yang paling menguntungkan pada tekanan perfusi otak (CPP)
- 3) Posisi lateral sekitar 90° dengan sisi sehat berada di bawah (*good lung down*) saat ventilasi pasien dengan cedera paru unilateral untuk meningkatkan pertukaran gas Memodifikasi posisi secara teratur untuk menghindari posisi terlentang datar sebagai bentuk positioning yang tidak sesuai.
- 4) Terapi rotasi lateral kontinu
- 5) Posisi tengkurap pada pasien yang menggunakan ventilasi invasif dengan ARDS dan mengalami gangguan oksigenasi arteri ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 150 \text{ mmHg}$)
- 6) Mempertimbangkan posisi tengkurap pada tahap awal dan melakukannya segera setelah diindikasikan

- 7) Posisi tengkurap selama minimal 12 jam, dan lebih disarankan hingga 16 jam
 - 8) Prinsip ventilasi yang dioptimalkan dalam posisi tengkurap
 - 9) Stabilisasi hemodinamik sebelum posisi tengkurap
 - 10) Mempertimbangkan posisi tengkurap pada pasien pasca-operasi abdomen, pasien dengan patologi abdominal, atau pasien dengan obesitas abdominal, setelah mempertimbangkan manfaat (peningkatan oksigenasi) dan risiko (peningkatan tekanan intra-abdomen, risiko komplikasi bedah, gagal ginjal akut, atau hepatitis hipoksik)
 - 11) Pemantauan kontinu atau ketat selama posisi tengkurap pada pasien yang berisiko mengalami peningkatan ICP. Kepala harus diposisikan di tengah, dan rotasi lateral kepala harus dihindari
 - 12) Pemeriksaan area tubuh yang berisiko mengalami luka tekan selama posisi tengkurap untuk meminimalkan risiko perkembangan luka tekan (Schaller et al., 2024).
- c. Kontraindikasi dilakukan posisi alih baring
- 1) Kontraindikasi posisi tengkurap
 - a) Abdomen terbuka
 - b) Ketidakstabilan tulang belakang
 - c) Peningkatan ICP
 - d) Aritmia jantung dengan konsekuensi hemodinamik
 - e) Syok
 - 2) Menghentikan terapi posisi tengkurap jika oksigenasi membaik dalam posisi terlentang (4 jam setelah reposisi: $PaO_2/FiO_2 \geq 150$ dengan $PEEP \leq 10$ cm H₂O dan $FiO_2 \leq 0,6$)
 - 3) Terapi posisi tengkurap dihentikan setelah setidaknya dua kali percobaan tanpa keberhasilan (tidak ada peningkatan oksigenasi)

- 4) Menghindari elevasi tubuh bagian atas dengan fleksi lutut dan pinggul pada pasien dengan tekanan intra-abdominal tinggi atau yang berisiko, dan lebih menyarankan posisi anti-Trendelenburg
- 5) Menentang posisi lateral untuk pencegahan komplikasi paru pada pasien tanpa cedera paru (Schaller et al., 2024).

2.3 Luka Tekan

2.3.1 Definisi Luka Tekan

National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) mendefinisikan luka tekan adalah kerusakan lokal pada kulit dan jaringan lunak di bawahnya biasanya di atas tonjolan tulang atau terkait dengan perangkat medis atau lainnya. Luka tekan terjadi sebagai akibat dari tekanan yang intens dan/atau berkepanjangan disertai kombinasi adanya gesekan yang menyebabkan luka terbuka atau tertutup (kulit utuh) serta disertai rasa nyeri di jaringan lunak (Edsberg et al., 2016).

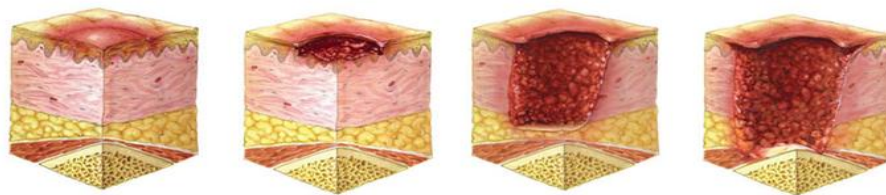
2.3.2 Etiologi Luka Tekan

Terdapat tiga faktor yang diklasifikasikan sebagai faktor penyebab langsung terjadinya luka tekan, yaitu imobilitas, status kulit (luka tekan yang ada dan sebelumnya atau status kulit umum) dan perfusi. Imobilitas merupakan kondisi utama dalam pengembangan luka tekan melalui pengaruhnya pada kondisi batas mekanis tubuh. Yang perlu diperhatikan adalah bahwa gesekan dan geser tidak ditentukan sebagai karakteristik pasien, melainkan karakteristik dari kondisi batas mekanis tubuh (Pokhrel, 2024).

2.3.3 Derajat Luka Tekan

Tabel 2 Derajat Luka Tekan

Klasifikasi	Deskripsi
Derajat 1	Zona tekanan dengan kemerahan yang tidak memucat dengan tekanan ujung jari, dengan kulit yang masih utuh
Derajat 2	Ulkus dekubitus dengan erosi kulit, lepuh, hilangnya sebagian epidermis dan / atau dermis, atau kehilangan kulit
Derajat 3	Ulkus dekubitus dengan hilangnya semua lapisan kulit dan kerusakan atau nekrosis jaringan subkutan, yang dapat meluas hingga ke fasia di bawahnya
Derajat 4	Ulkus dekubitus dengan nekrosis otot, tulang, atau struktur pendukung seperti tendon atau kapsul sendi



Gambar 2.2 Derajat Luka Tekan

2.3.4 Patofisiologi Luka Tekan

Luka tekan biasanya terbentuk saat berat badan memberikan gaya ke bawah pada kulit dan jaringan subkutan yang terletak antara tonjolan tulang dan permukaan luar (seperti kasur, bantal kursi roda, maupun perangkat medis). Diperkirakan gaya yang menghasilkan tekanan eksternal lebih dari tekanan pengisian kapiler arteri (sekitar 32 mmHg), dan lebih dari tekanan aliran keluar kapiler vena (sekitar 8 hingga 12 mmHg) akan menghambat aliran darah dan menyebabkan hipoksia jaringan (Amirsyah, Amirsyah, & Putra, 2020).

Beberapa hal penting yang berperan dalam terjadinya luka tekan dihubungkan dengan tekanan dan waktu. Cedera jaringan lunak dapat terjadi dalam waktu 2 jam pada tekanan 500 mmHg, sementara pada tekanan 100 mmHg terjadinya cedera memerlukan waktu 10 jam (Pokhrel, 2024).

Pengaruh fisik lain yang dapat merusak kulit dan berkontribusi pada terbentuknya ulkus dekubitus adalah gesekan pada permukaan kulit, gaya geser, dan kelembaban, seperti kondisi yang terjadi pada pasien dengan *bed rest* yang lama. Gesekan dan gaya geser (seperti saat berbaring miring) dapat mempengaruhi lapisan kapiler lokal dan berkontribusi pada hipoksia jaringan. Saat berbaring miring, gaya gravitasi ke bawah dilawan oleh gesekan, yang mencegah orang tersebut tergelincir di tempat tidur. Meskipun kulit tidak bergeser dari alasnya, struktur internal seperti otot dan tulang yang tidak bersentuhan dengan permukaan luar akan bergeser ke bawah karena gravitasi. Gaya ini dapat mengganggu aliran darah karena pembuluh darah yang terperangkap di antara kulit dan tulang terdistorsi atau tertekan. Kelembaban (dari keringat atau inkontinensia) dapat merusak kulit, membuatnya lebih rentan rusak dengan gesekan dan reposisi. Kelembaban tidak menyebabkan cedera tekanan, tetapi dapat meningkatkan pembentukan luka kronis dengan melunakkan lapisan atas kulit (maserasi) dan mengubah lingkungan kimia kulit (perubahan pH) (Amirsyah et al., 2020).

2.3.5 Hambatan Dalam Pencegahan Luka Tekan

Tingginya angka kejadian luka tekan di ruang perawatan intensif, serta dampak yang dapat terjadi akibat adanya luka tekan, maka penting untuk mengkaji tentang pencegahan luka tekan di ruang perawatan intensif. Salah satu hal yang dapat memengaruhi pencegahan luka tekan perawat adalah hambatan yang dirasakan perawat yang dapat memengaruhi keyakinan perawat dalam melaksanakan pencegahan luka tekan. Hal ini dikhawatirkan dapat memengaruhi intensi perawat untuk melakukan pencegahan luka tekan,

sehingga berpengaruh pada pelaksanaan pencegahan luka tekan (Mirwanti, Agustina, & Nuraeni, 2017).

Menurut (Pokhrel, 2024), beberapa hal yang teridentifikasi sebagai hambatan perawat dalam melakukan pencegahan luka tekan selama ini, yaitu:

1. Tingginya beban kerja
2. Keterbatasan pengetahuan dan keterampilan
3. Keterbatasan sumber daya
4. Kondisi pasien yang tidak stabil

2.4 Family Support

2.4.1 Definisi *Family Support*

Family Support adalah proses berkelanjutan yang berfokus dengan yang bisa diberi sepanjang hidup manusia. Seseorang menganggap bahwa mendukung siap membantu jika dibutuhkan (Mirwanti et al., 2017).

Family Support merujuk pada dukungan yang dirasakan oleh anggota keluarga dan dapat diakses (Anggota keluarga menerima dukungan serta pendukung siap untuk memberikan bantuan dan juga pertolongan jika dibutuhkan) (Kurniati et al., 2015).

2.4.2 Lima Tugas Kesehatan Keluarga

Menurut Wahyuni (2019) lima tugas kesehatan keluarga, antara lain:

- 1) Mengenal masalah kesehatan,
Keluarga mampu mengenal tentang masalah kesehatan ataupun peningkatan kesehatan didalam keluarganya
- 2) Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat,
Upaya keluarga untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga
- 3) Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit,

Jika terdapat anggota keluarga yang terkonfirmasi positif, maka anggota keluarga yang lain tetap memberikan dukungan dan melaksanakan pemeriksaan kesehatan yang seharusnya diterapkan.

- 4) Memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat, Modifikasi lingkungan yang dapat diupayakan oleh keluarga dalam pencegahan perkembangan penyakit adalah pembiasaan dan saling mendukung perilaku hidup sehat di lingkungan rumah
- 5) Merujuk pada fasilitas kesehatan masyarakat

Apabila keluarga mengobservasi terdapat anggota keluarga yang mengalami tanda dan gejala sakit diharapkan segera membawa pada pusat pelayanan kesehatan terdekat untuk dilakukan pemeriksaan lebih lanjut.

2.4.3 Aplikasi *Family Support* di rumah sakit

Konsep *Family Support* sebagai filosofi dalam memberikan pelayanan keperawatan di Rumah Sakit merupakan pendekatan yang bisa dilakukan karena dalam pendekatan ini terjadi hubungan timbal balik antara penyedia pelayanan, pasien dan keluarga sehingga akan meminimalkan konflik yang selama ini timbul sebagai akibat kurangnya informasi dan komunikasi. *Family Support* dapat dipraktekkan dalam segala tahapan usia dan berbagai macam latar belakang (Kusumaningrum, 2017).

Dalam pendekatan *Family Support* keluarga mempunyai tingkat kedekatan dan keterlibatan dalam pelayanan kesehatan (Kusumaningrum, 2017). Dalam *Family Support* keluarga diharapkan membuat keputusan terkait dengan pasien dan pemberi pelayanan kesehatan. Salah satu aspek terpenting dari perawatan adalah penekanannya pada unit keluarga. Berikut beberapa alasan mengapa keluarga harus dilakukan perawatan:

- a. Disfungsi dalam satu anggota keluarga akan mempengaruhi yang lain.
- b. Ada hubungan yang kuat antara keluarga dan status kesehatannya.

- c. Melalui perawatan bersama dengan keluarga yang berfokus pada peningkatan, perawatan diri, pendidikan kesehatan dan konseling keluarga dapat mengurangi resiko yang diciptakan oleh pola hidup dan bahaya lingkungan.
- d. Upaya menemukan masalah
- e. Keluarga merupakan sistem pendukung yang vital bagi individu-individu