

BAB II

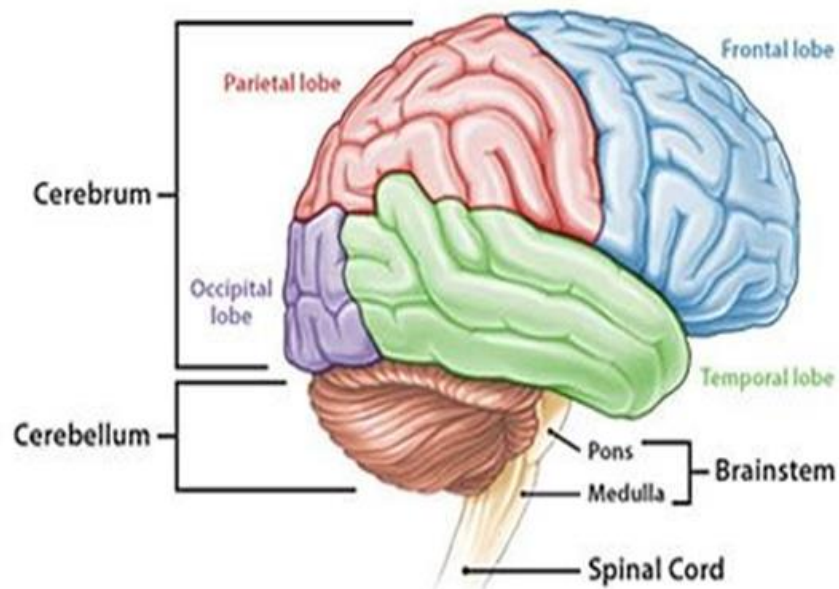
TINJAUAN TEORI

A. Anatomi Fisiologi

Menurut (Arief dan Sumijan, 2022), anatomi fisiologi yang terjadi pada penderita stroke, organ-organ yang meliputi system saraf pusat:

1. Otak

Otak merupakan suatu alat yang sangat penting, otak merupakan pusatnya semua alat tubuh. Jaringan otak dibungkus oleh selaput otak dan tulang tengkorak yang kuat yaitu terletak di dalam *kavum krani*. Berat otak orang dewasa berkisar 1400 gram. Jaringan otak dibungkus oleh tiga selaput otak (meninges) yang dilindungi oleh tulang tengkorak dan mengapung dalam suatu cairan yang mana berfungsi untuk menunjang otak yang lembek, halus dan sebagai penyerap guncangan akibat pukulan dari luar terhadap kepala otak yang terdiri atas otak besar atau serebrum (*cerebrum*), otak kecil serebelum (*cerebellum*) dan batang otak (*trunkus serebri*) (Arief dan Sumijan, 2022).



Gambar 2.1 Otak

Sumber : Arief Wisky dan Sumijan, (2022)

a. Selaput otak (Meninges)

Selaput otak (meninges) adalah lapisan pelindung yang membungkus otak dan sumsum tulang belakang, berfungsi melindungi jaringan saraf, membawa pembuluh darah dan cairan serebrospinal, serta mengurangi benturan. Meninges terdiri dari tiga lapisan, yaitu duramater, arakhnoid, dan piamater (Arief dan Sumijan, 2022).

1) Dura meter

Dura meter adalah lapisan yang paling luar pembungkus otak berasal dari jaringan ikat tebal dan kuat yang berfungsi untuk menutupi otak dan medulla spinalis. Dura meter merupakan serabut berwarna abu-abu yang liat, tebal dan tidak elastis (Arief dan Sumijan, 2022).

2) Araknoid

Araknoid adalah selaput tipis yang membentuk sebuah balon yang berisi cairan otak yang mengalami seluruh susunan saraf sentral. Otak dan medulla spinalis berada di dalam balon yang berisi cairan. Kantong arakhnoid ke bawah berakhir di bagian sacrum, sedangkan medulla spinalis berhenti setinggi lumbal I-II. Di bawah lumbal II, kantong berisi cairan ini hanya terdapat pada saraf perifer yang keluar dari medulla spinalis karena pada bagian ini tidak ada medulla spinalis. Bagian ini dimanfaatkan untuk pengambilan cairan otak yang disebut dengan pungsi lumbal (Arief dan Sumijan, 2022).

3) Piameter

Piameter merupakan selaput tipis, paling dalam dan transparan yang menutupi otak. Piameter berhubungan langsung dengan arachnoid melalui struktur jaringan ikat yang disebut dengan trakebel (Arief dan Sumijan, 2022).

B. Konsep Stroke

1. Definisi

Stroke merupakan suatu kondisi kegawatdaruratan medis yang ditandai dengan terganggunya atau terhentinya aliran darah ke otak, baik akibat penyumbatan pembuluh darah (stroke iskemik) maupun akibat pecahnya pembuluh darah (stroke hemoragik). Kondisi ini menyebabkan terhentinya suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan otak, sehingga mengakibatkan kerusakan dan kematian sel saraf (neuron) serta munculnya gangguan fungsi neurologis secara akut. Gangguan aliran darah tersebut berdampak pada hilangnya fungsi otak pada area yang diperdarahi oleh pembuluh darah yang mengalami gangguan, yang secara klinis dapat ditandai dengan berbagai manifestasi neurologis, seperti kelemahan atau kelumpuhan pada satu sisi tubuh, gangguan bicara, gangguan penglihatan, hingga penurunan tingkat kesadaran (*World Health Organization, 2025*).

Stroke merupakan suatu keadaan kegawatdaruratan medis yang disebabkan oleh gangguan aliran darah ke otak, baik berupa penurunan maupun penghentian perfusi akibat sumbatan pembuluh darah serebral (stroke iskemik) atau akibat ruptur pembuluh darah otak (stroke hemoragik). Gangguan perfusi serebral tersebut mengakibatkan terhentinya pasokan oksigen dan glukosa yang diperlukan untuk metabolisme sel-sel otak, sehingga memicu terjadinya kerusakan jaringan otak secara progresif dan berujung pada kematian sel saraf (neuron). Stroke ditandai oleh munculnya defisit neurologis secara mendadak dan bersifat fokal sebagai konsekuensi langsung dari gangguan aliran darah ke otak. Defisit neurologis ini dapat termanifestasi dalam berbagai bentuk, antara lain kelemahan atau kelumpuhan pada satu sisi tubuh (hemiparesis atau hemiplegia), gangguan bicara dan bahasa seperti afasia atau disartria, gangguan sensori, gangguan penglihatan, gangguan koordinasi, hingga penurunan tingkat kesadaran. Selain menimbulkan gangguan neurologis akut, stroke juga berpotensi menyebabkan dampak jangka panjang berupa disabilitas fisik, kognitif, emosional, dan sosial yang dapat menurunkan

kualitas hidup serta meningkatkan ketergantungan pasien terhadap orang lain. Oleh sebab itu, stroke merupakan kondisi medis yang membutuhkan penatalaksanaan segera dan tepat, khususnya pada fase akut, karena intervensi yang diberikan dalam periode waktu emas (golden period) berperan penting dalam membatasi luas kerusakan jaringan otak, menurunkan tingkat kecacatan, serta meningkatkan peluang pemulihan fungsi pasien (Mr.doyle *et al.*, 2022).

2. Klasifikasi stroke

Secara umum, stroke diklasifikasikan ke dalam dua jenis utama, yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik, yang masing-masing memiliki perbedaan dalam mekanisme terjadinya gangguan aliran darah serta dampak klinis terhadap fungsi neurologis pasien (Isrofah, 2023).

a. Stroke Iskemik

Menurut Isrofah, (2023) stroke iskemik merupakan jenis stroke yang terjadi akibat adanya obstruksi pada pembuluh darah serebral, yang menyebabkan berkurangnya atau terhentinya aliran darah ke jaringan otak. Kondisi tersebut mengakibatkan terjadinya iskemia dan hipoksia jaringan otak, yang selanjutnya dapat memicu kerusakan jaringan serta kematian sel saraf (neuron). Stroke iskemik merupakan tipe stroke yang paling sering dijumpai dan dibedakan ke dalam beberapa sub tipe, antara lain:

- 1) Stroke trombotik, yaitu stroke yang disebabkan oleh terbentuknya trombus di dalam pembuluh darah otak, yang umumnya berkaitan dengan proses aterosklerosis.
- 2) Stroke embolik, yaitu stroke yang terjadi akibat embolus yang berasal dari organ lain, seperti jantung atau pembuluh darah besar, yang kemudian menyumbat pembuluh darah serebral.
- 3) Stroke lakunar, yaitu stroke yang disebabkan oleh oklusi pembuluh darah kecil di otak, yang sering berhubungan dengan kondisi hipertensi kronis dan diabetes melitus (Mr.doyle *et al.*, 2022).

b. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik merupakan jenis stroke yang terjadi akibat ruptur pembuluh darah di otak sehingga menimbulkan perdarahan pada jaringan otak atau di ruang subaraknoid. Perdarahan tersebut dapat menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial serta kerusakan jaringan otak akibat efek massa dan sifat toksik darah terhadap jaringan saraf. Berdasarkan lokasi perdarahannya, stroke hemoragik diklasifikasikan menjadi:

- 1) Perdarahan intraserebral, yaitu perdarahan yang terjadi secara langsung di dalam parenkim otak.
- 2) Perdarahan subaraknoid, yaitu perdarahan yang terjadi di ruang subaraknoid, yang umumnya disebabkan oleh ruptur aneurisma pembuluh darah otak (Mr.doyle *et al.*, 2022)

3. Etiologi

Stroke merupakan suatu kondisi patologis yang terjadi akibat gangguan aliran darah ke otak yang disebabkan oleh kelainan pada pembuluh darah serebral. Gangguan tersebut mengakibatkan terhambatnya suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan otak, sehingga memicu terjadinya kerusakan jaringan otak serta gangguan fungsi neurologis. Berdasarkan faktor penyebabnya, stroke secara etiologis diklasifikasikan menjadi dua jenis utama, yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik (Muttaqin, 2020).

a. Stroke iskemik

Menurut Muttaqin, (2020) stroke iskemik terjadi akibat berkurangnya atau terhentinya aliran darah ke otak yang disebabkan oleh adanya penyumbatan pada pembuluh darah serebral. Penyumbatan tersebut mengakibatkan terjadinya iskemia jaringan otak yang dapat berujung pada kematian sel saraf. Faktor-faktor utama yang berperan dalam terjadinya stroke iskemik meliputi:

- 1) Aterosklerosis, yaitu proses patologis berupa penumpukan plak lemak pada dinding pembuluh darah yang menyebabkan penyempitan lumen pembuluh darah dan penurunan perfusi darah ke otak.

- 2) Trombosis serebral, yaitu pembentukan bekuan darah pada pembuluh darah otak yang menghambat aliran darah secara lokal dan progresif.
- 3) Emboli serebral, yaitu penyumbatan pembuluh darah otak oleh embolus yang berasal dari lokasi lain, seperti jantung atau pembuluh darah besar, yang kemudian terbawa aliran darah menuju otak.
- 4) Penyakit pembuluh darah kecil, yang sering berkaitan dengan kondisi hipertensi dan diabetes melitus kronis, sehingga menyebabkan terjadinya oklusi pembuluh darah kecil dan menimbulkan stroke lacunar.

b. Stroke Hemoragik

Menurut Muttaqin, (2020) stroke hemoragik terjadi akibat pecahnya pembuluh darah otak yang menyebabkan terjadinya perdarahan intrakranial. Perdarahan ini dapat menimbulkan peningkatan tekanan intrakranial serta kerusakan jaringan otak akibat efek massa dan toksisitas darah terhadap jaringan saraf. Beberapa faktor utama yang berperan dalam terjadinya stroke hemoragik meliputi:

- 1) Hipertensi, yang merupakan faktor risiko utama karena dapat menyebabkan perubahan degeneratif dan kerapuhan pada dinding pembuluh darah otak.
- 2) Aneurisma serebral, yaitu pelebaran abnormal pembuluh darah yang berisiko mengalami ruptur dan menimbulkan perdarahan spontan.
- 3) Malformasi arteriovenosa, yaitu kelainan struktur pembuluh darah yang dapat meningkatkan risiko terjadinya perdarahan intrakranial.
- 4) Trauma kepala, yang dapat menyebabkan kerusakan pembuluh darah dan menimbulkan perdarahan di dalam rongga intrakranial (Muttaqin, 2020).

4. Manifestasi klinis

Secara umum manifestasi klinis stroke muncul secara tiba-tiba dan dapat bersifat fokal maupun global, bergantung pada lokasi dan luas area otak yang mengalami gangguan perfusi. Manifestasi tersebut mencakup gangguan

fungsi motorik, sensorik, komunikasi, kognitif, koordinasi, serta tingkat kesadaran, yang dapat berkembang dengan derajat keparahan yang bervariasi.

- a. Penurunan fungsi neurologis berupa kelumpuhan fokal seperti paralisis
- b. Mati rasa disertai rasa seperti terbakar
- c. Hemiparase
- d. Penurunan daya ingat
- e. Nyeri kepala biasanya disertai penurunan kesadaran
- f. Kesulitan dalam membentuk kata
- g. Disfagia/gangguan menelan
- h. Bicara jadi pelo
- i. Penglihatan terganggu, penglihatan ganda (diplopi)
- j. Gerakan tidak terkoordinasi (Ritarwan, 2022).

5. Komplikasi

Stroke dapat menyebabkan berbagai komplikasi, Menurut Ritarwan, (2022). baik pada fase akut maupun dalam jangka panjang. Komplikasi tersebut timbul sebagai akibat dari kerusakan jaringan otak, keterbatasan mobilitas, gangguan fungsi neurologis, serta adanya penyakit penyerta yang dialami oleh pasien stroke.

a. Edema Serebri dan Peningkatan Tekanan Intrakranial

Kerusakan jaringan otak yang terjadi akibat stroke dapat memicu terbentuknya edema serebri, yang selanjutnya menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial. Kondisi ini berpotensi memperberat defisit neurologis, menurunkan tingkat kesadaran, serta dapat berujung pada terjadinya herniasi otak apabila tidak mendapatkan penatalaksanaan yang tepat.

b. Perdarahan Sekunder

Pada kasus stroke iskemik, khususnya setelah pemberian terapi trombolitik, dapat terjadi transformasi hemoragik atau perdarahan sekunder. Kondisi ini dapat memperluas area kerusakan jaringan otak dan meningkatkan risiko morbiditas serta mortalitas.

c. Infeksi

Pasien stroke memiliki risiko tinggi mengalami infeksi, seperti pneumonia, infeksi saluran kemih, dan infeksi kulit. Kondisi ini dipengaruhi oleh imobilitas, penurunan refleks batuk dan menelan, serta penggunaan alat invasif selama perawatan.

d. Dekubitus (Luka Tekan)

Keterbatasan mobilitas dan gangguan sensasi pada pasien stroke dapat menyebabkan tekanan yang berlangsung lama pada area tubuh tertentu. Kondisi ini meningkatkan risiko terjadinya luka tekan yang dapat mengganggu integritas kulit dan memperpanjang masa perawatan.

C. Konsep Lansia

1. Pengertian Lansia

Lanjut usia atau yang lebih dikenal lansia merupakan fase akhir dalam siklus kehidupan manusia yang ditandai oleh peningkatan usia kronologis, yang umumnya dimulai sejak individu mencapai usia 60 tahun ke atas, serta berlangsungnya proses penuaan yang bersifat alamiah, bertahap, dan tidak dapat dihindari. Pada tahap ini, individu mengalami berbagai perubahan yang mencakup dimensi biologis, psikologis, sosial, dan spiritual, sebagai konsekuensi dari menurunnya kemampuan tubuh dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis serta beradaptasi terhadap berbagai stresor lingkungan, termasuk sistem muskuloskeletal, kardiovaskular, saraf, dan metabolik, yang berdampak pada berkurangnya kekuatan fisik, menurunnya daya tahan tubuh, serta meningkatnya kerentanan terhadap penyakit degeneratif dan kronis (Nugroho, 2022).

2. Klasifikasi Lansia

World Health Organization (WHO) mengemukakan bahwa usia lanjut memiliki beberapa tahapan, sehingga tidak seluruh individu dengan usia tua secara otomatis dikategorikan sebagai lansia. Berdasarkan klasifikasi WHO tahun 2025 :

Tabel 2.1 Klasifikasi lansia

Kategori	Usia
Pra-lansia atau usia pertengahan (<i>middle age</i>)	44–60 tahun
lansia (<i>elderly age</i>)	60–75 tahun
usia pikun (<i>senile age</i>) pada rentang usia	75–90 tahun
usia sangat lanjut atau umur panjang (<i>long-livers</i>)	Usia lebih dari 90 tahun

Sumber : *World Health Organization* (2025)

3. Masalah Pada Lanjut Usia (Lansia)

Lanjut usia merupakan kelompok populasi yang memiliki tingkat kerentanan tinggi terhadap berbagai masalah kesehatan sebagai konsekuensi dari proses penuaan yang ditandai dengan penurunan fungsi biologis, fisik, psikologis, dan sosial secara bertahap. Seiring bertambahnya usia, lansia berisiko mengalami berbagai gangguan kesehatan seperti penyakit degeneratif, penurunan mobilitas, gangguan sensorik, perubahan fungsi kognitif, masalah nutrisi, serta penurunan daya tahan tubuh. Permasalahan kesehatan pada lansia bersifat multidimensional dan saling berkaitan antar aspek sehingga penanganannya memerlukan pendekatan pelayanan kesehatan yang komprehensif, terintegrasi, berkesinambungan, serta berorientasi pada peningkatan kualitas hidup dan kemandirian lansia (Nugroho, 2022).

D. Konsep Resiko Luka Tekan

1. Definisi

Risiko luka tekan merupakan suatu keadaan yang menunjukkan adanya potensi tinggi terjadinya kerusakan jaringan lokal pada kulit maupun jaringan di bawahnya akibat paparan tekanan yang berkepanjangan atau tekanan yang terjadi bersamaan dengan gesekan dan/atau gaya geser. Tekanan tersebut umumnya mengenai area tubuh tertentu, khususnya pada bagian dengan tonjolan tulang, sehingga dapat mengganggu sirkulasi darah ke jaringan. Gangguan aliran darah ini berakibat pada menurunnya suplai oksigen dan nutrisi ke sel serta

terhambatnya pembuangan sisa metabolisme, yang pada akhirnya meningkatkan kemungkinan terjadinya kerusakan jaringan meskipun belum tampak secara klinis. Risiko terjadinya luka tekan dapat semakin meningkat apabila disertai dengan faktor pendukung lainnya, seperti keterbatasan mobilitas, gangguan persepsi sensori, kelembapan kulit yang berlebihan, status nutrisi yang tidak adekuat, serta gangguan perfusi jaringan (Herdman, 2023).

2. Etiologi

Menurut Kozier *et al.* (2020) risiko terjadinya luka tekan dipengaruhi oleh berbagai faktor yang berperan dalam menimbulkan tekanan berkepanjangan pada jaringan serta menurunkan kemampuan jaringan untuk mentoleransi tekanan tersebut. Faktor-faktor etiologis yang berkontribusi terhadap risiko luka tekan meliputi beberapa aspek berikut.

- a. Imobilitas fisik merupakan salah satu penyebab utama, di mana individu tidak mampu mengubah atau mempertahankan posisi tubuh secara mandiri dalam jangka waktu tertentu. Kondisi ini menyebabkan tekanan yang terus-menerus pada area tubuh tertentu, khususnya pada bagian yang menonjol secara tulang, sehingga meningkatkan risiko terjadinya kerusakan jaringan.
- b. Gangguan persepsi sensori juga berperan penting dalam meningkatkan risiko luka tekan. Penurunan kemampuan individu dalam merasakan nyeri, tekanan, atau ketidaknyamanan mengakibatkan tidak adanya respons protektif berupa perubahan posisi tubuh, sehingga tekanan berlebih dapat berlangsung dalam waktu yang lama tanpa disadari.
- c. Gesekan dan gaya geser terjadi akibat pergerakan tubuh di atas permukaan tempat tidur atau kursi, terutama ketika posisi tubuh tidak sejajar atau saat pasien ditarik tanpa teknik yang tepat. Kondisi ini dapat menyebabkan kerusakan pada lapisan kulit serta jaringan di bawahnya, sehingga mempercepat terjadinya gangguan integritas jaringan.

- d. Kelembapan kulit yang berlebihan menjadi faktor risiko lainnya, yang dapat disebabkan oleh inkontinensia urin atau feses, keringat berlebih, maupun adanya cairan dari drainase luka. Keadaan kulit yang terus-menerus lembap dapat menurunkan ketahanan kulit terhadap tekanan dan gesekan, sehingga lebih mudah mengalami kerusakan.
- e. Status nutrisi yang tidak adekuat turut berkontribusi terhadap meningkatnya risiko luka tekan. Kekurangan asupan protein, energi, vitamin, dan mineral dapat menurunkan daya tahan jaringan, menghambat proses regenerasi sel, serta memperlambat pemeliharaan integritas kulit.
- f. Gangguan perfusi jaringan juga menjadi faktor penting, di mana penurunan aliran darah ke jaringan, seperti pada kondisi hipotensi, anemia, atau gangguan vaskular, menyebabkan suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan menjadi tidak optimal. Keadaan ini menjadikan jaringan lebih rentan mengalami kerusakan akibat tekanan yang berlangsung lama.
- g. Usia lanjut berhubungan erat dengan peningkatan risiko luka tekan, karena perubahan fisiologis yang terjadi pada proses penuaan, seperti penipisan lapisan epidermis, berkurangnya elastisitas kulit, serta menurunnya kemampuan regenerasi jaringan, sehingga kulit menjadi lebih rapuh dan mudah mengalami cedera.
- h. kondisi medis tertentu seperti penyakit neurologis (misalnya stroke), penurunan tingkat kesadaran, serta penggunaan alat medis tertentu yang memberikan tekanan lokal pada area tubuh tertentu juga dapat meningkatkan risiko terjadinya luka tekan. Kombinasi faktor-faktor tersebut memperbesar kemungkinan terjadinya gangguan integritas kulit apabila tidak dilakukan tindakan pencegahan yang adekuat.

E. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia : Keamanan dan proteksi

1. Definisi

Keamanan dan proteksi sebagai kebutuhan dasar manusia mencakup keadaan di mana individu bebas dari bahaya, risiko, atau cedera yang tidak

diinginkan dan terlindungi melalui sistem-sistem yang dirancang untuk mencegah kesalahan, mengurangi potensi bahaya, serta mempertahankan keselamatan secara konsisten dalam lingkungan pelayanan kesehatan dan kehidupan sehari-hari. Konsep ini melibatkan usaha sistematis untuk menciptakan lingkungan yang aman dengan protokol, budaya keselamatan, perilaku profesional, dan kebijakan yang mendukung pengurangan kerusakan yang dapat dicegah, serta perlindungan terhadap pasien dan tenaga kesehatan dari bahaya yang mungkin timbul dari proses perawatan atau lingkungan yang tidak aman. Definisi ini penting dalam praktik keperawatan karena memenuhi kebutuhan dasar manusia akan keamanan sebagai fondasi sebelum kebutuhan lain seperti fisiologis dan psikososial dapat terpenuhi secara optimal (Anders, 2025).

Rasa nyaman merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang sangat penting dalam praktik keperawatan. Kenyamanan didefinisikan sebagai suatu keadaan terpenuhinya kebutuhan fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan sehingga individu berada dalam kondisi bebas dari rasa nyeri, ketegangan, dan gangguan fungsi tubuh. Kolcaba menjelaskan bahwa kenyamanan terdiri dari tiga komponen utama, yaitu kelegaan (*relief*), ketenangan (*ease*), dan transendensi (*transcendence*), yang dialami individu dalam konteks fisik, psikospiritual, sosial, dan lingkungan (Rosdiana *et al.*, 2025).

2. Karakteristik keamanan dan keselamatan

Pervasiveness (menyeluruh) kebutuhan akan rasa nyaman pada individu bersifat menyeluruh (*pervasive*) karena rasa nyaman memengaruhi hampir seluruh aspek aktivitas harian seseorang, termasuk kemampuan untuk berjalan, duduk, berdiri, beristirahat, dan tidur, serta kualitas hidup keseluruhan. Pada lansia dengan kondisi nyeri kronis seperti osteoarthritis, nyeri sendi yang dialami dapat muncul terus-menerus baik saat bergerak maupun beristirahat, sehingga rasa nyaman yang sebenarnya menjadi sulit dicapai dalam berbagai situasi aktivitas, yang secara konsisten berdampak pada kualitas hidup fisik dan psikososial lansia

tersebut. Kebutuhan kenyamanan ini tidak hanya soal ketiadaan nyeri fisik, tetapi juga mencakup kebutuhan untuk mencapai rasa tenang dan kelegaan dalam konteks fisik, psikospiritual, sosial, serta lingkungan yang semuanya saling berkaitan untuk mendukung keselamatan dan keutuhan kesejahteraan lansia secara holistic (Chaica et al., 2026).

a. *Perception* (persepsi)

Rasa nyaman bersifat subjektif dan dipengaruhi oleh persepsi individu terhadap nyeri dan ketidaknyamanan. Persepsi nyeri pada lansia sangat dipengaruhi oleh pengalaman sebelumnya, ambang nyeri, serta kondisi psikologis seperti kecemasan dan stres (Potter & Perry 2021).

b. *Management* (pengelolaan)

Pengelolaan rasa nyaman dilakukan melalui intervensi keperawatan yang terencana dan berkesinambungan. Intervensi nonfarmakologis seperti latihan rentang gerak, relaksasi, dan terapi panas dapat membantu menurunkan nyeri dan meningkatkan kenyamanan fisik pada lansia dengan osteoarthritis (Mauri *et al.*, 2024).

3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Rasa Nyaman

a. Nyeri

Nyeri merupakan faktor utama yang mempengaruhi rasa nyaman pada lansia dengan osteoarthritis. Nyeri sendi yang bersifat kronis dapat menurunkan kemampuan fungsional dan meningkatkan ketergantungan lansia terhadap orang lain (Nayab dan Elahi, 2024).

b. Status Mobilisasi

Keterbatasan mobilitas akibat kekakuan sendi dan penurunan kekuatan otot dapat memperburuk gangguan rasa nyaman. Lansia dengan keterbatasan gerak cenderung mengalami nyeri yang lebih sering dan intens (Syahfitri dan Mawaddah, 2025).

c. Kondisi Psikologis

Kecemasan, stres, dan depresi dapat meningkatkan persepsi nyeri dan memperberat ketidaknyamanan. Kondisi psikologis yang tidak

stabil berhubungan dengan peningkatan intensitas nyeri pada penderita osteoarthritis (Nayab dan Elahi, 2024).

d. Usia dan Perubahan Fisiologis

Proses penuaan menyebabkan penurunan elastisitas sendi, produksi cairan sinovial, dan kekuatan otot, sehingga meningkatkan risiko nyeri dan gangguan rasa nyaman pada lansia (Canever *et al.*, 2025).

e. Lingkungan

Lingkungan yang tidak nyaman, seperti tempat tidur yang tidak ergonomis atau suhu lingkungan yang tidak sesuai, dapat memperburuk ketidaknyamanan fisik pada lansia dengan osteoarthritis (Kraus *et al.*, 2020)

f. Budaya dan Keyakinan

Nilai budaya dan keyakinan mempengaruhi cara individu mengekspresikan nyeri dan mencari kenyamanan. Beberapa lansia cenderung menahan nyeri dan tidak mengungkapkan ketidaknyamanan yang dirasakan (Ayán *et al.*, 2025).

F. Konsep Dukungan Mobilisasi

1. Definisi Dukungan Mobilisasi

Dukungan mobilisasi merupakan salah satu intervensi keperawatan yang tercantum dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dengan kode I.05173. Dukungan mobilisasi didefinisikan sebagai tindakan keperawatan yang dilakukan untuk memfasilitasi pasien dalam melakukan pergerakan fisik guna mempertahankan atau meningkatkan kemampuan mobilitas sesuai kondisi kesehatan dan toleransi aktivitas pasien (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Dukungan mobilisasi diberikan kepada pasien yang mengalami keterbatasan mobilitas fisik akibat penyakit, cedera, tindakan pembedahan, maupun kondisi lain yang menyebabkan penurunan kemampuan bergerak. Intervensi ini berperan penting dalam membantu pasien mencapai tingkat

mobilitas yang optimal serta mencegah komplikasi akibat imobilisasi berkepanjangan.

2. Tujuan Dukungan Mobilisasi

Tujuan dukungan mobilisasi adalah meningkatkan kemampuan pergerakan fisik pasien sehingga pasien dapat melakukan aktivitas secara optimal sesuai kapasitasnya. Selain itu, dukungan mobilisasi bertujuan mempertahankan fungsi otot dan sendi, meningkatkan sirkulasi darah, meningkatkan toleransi aktivitas, serta mencegah komplikasi akibat tirah baring seperti atrofi otot, kontraktur sendi, trombosis vena, dan luka tekan (*pressure injury*) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Melalui pelaksanaan dukungan mobilisasi yang tepat, pasien diharapkan dapat meningkatkan kemandirian dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan mempercepat proses pemulihan kesehatan.

3. Intervensi Dukungan Mobilisasi Menurut SIKI

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), tindakan dalam dukungan mobilisasi meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi.

Observasi

- a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.
- b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan.
- c. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi.
- d. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi.

Terapeutik

- e. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu jika diperlukan.
- f. Fasilitasi melakukan pergerakan sesuai kemampuan pasien.
- g. Libatkan keluarga dalam membantu pasien meningkatkan mobilisasi.
- h. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, berdiri, dan berjalan secara bertahap sesuai kondisi pasien.

Edukasi

- i. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi kepada pasien dan keluarga.

- j. Anjurkan melakukan mobilisasi dini sesuai toleransi.
- k. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan secara bertahap.
Kolaborasi
- l. Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam program rehabilitasi atau latihan fisik apabila diperlukan.

Intervensi dukungan mobilisasi dilaksanakan secara bertahap dan disesuaikan dengan kondisi klinis pasien agar tujuan peningkatan mobilitas dapat tercapai secara optimal dan aman (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2022).

4. Manfaat Dukungan Mobilisasi

Dukungan mobilisasi memberikan manfaat dalam meningkatkan kemampuan mobilitas pasien, mempertahankan kekuatan otot dan fungsi sendi, serta meningkatkan sirkulasi darah dan oksigenasi jaringan. Mobilisasi yang dilakukan secara teratur juga membantu mengurangi risiko terjadinya komplikasi akibat imobilisasi seperti atrofi otot, kontraktur, trombosis vena dalam, gangguan pernapasan, dan luka tekan (*pressure injury*).

Selain manfaat fisik, dukungan mobilisasi juga dapat meningkatkan kemandirian pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari, mempercepat proses pemulihan, serta meningkatkan kualitas hidup pasien selama menjalani perawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2022).

5. Evaluasi Dukungan Mobilisasi

Evaluasi dukungan mobilisasi dilakukan untuk menilai keberhasilan intervensi yang telah diberikan. Evaluasi dapat dilakukan dengan mengamati peningkatan kemampuan pasien dalam melakukan pergerakan, perubahan posisi, duduk, berdiri, maupun berjalan sesuai kondisi dan toleransi aktivitas pasien.

Keberhasilan dukungan mobilisasi ditandai dengan meningkatnya kekuatan otot, meningkatnya rentang gerak sendi, meningkatnya toleransi aktivitas, berkurangnya ketergantungan terhadap bantuan orang lain, serta tidak ditemukannya komplikasi akibat imobilisasi

seperti kontraktur, penurunan fungsi fisik, dan luka tekan. Hasil evaluasi tersebut menjadi dasar dalam menentukan kelanjutan atau modifikasi program mobilisasi yang diberikan kepada pasien (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2022).

G. Penelitian Terkait Dukungan Mobilisasi Pada Lansia Stroke

1. Terapi Mobilisasi Progresif

Mobilisasi progresif merupakan intervensi keperawatan yang dilakukan secara bertahap sesuai kondisi klinis pasien, dimulai dari pengaturan *head of bed*, latihan *range of motion* (ROM) pasif hingga aktif, sampai latihan duduk dan perubahan posisi lateral. Terapi ini bertujuan mempertahankan fungsi fisiologis tubuh, meningkatkan kemampuan fungsional pasien, serta mencegah komplikasi akibat tirah baring jangka panjang seperti luka tekan, trombosis, dan penurunan fungsi otot (Valentina, 2024).

Mekanisme kerja mobilisasi progresif terjadi melalui stimulasi kontraksi otot yang berperan sebagai *muscle pump* sehingga meningkatkan aliran balik vena menuju jantung, memperbaiki sirkulasi darah perifer, serta meningkatkan distribusi oksigen dan nutrisi ke jaringan. Kondisi tersebut membantu mencegah terjadinya stasis darah, hipoksia jaringan, serta mengurangi tekanan menetap pada satu area tubuh melalui redistribusi beban secara berkala sehingga integritas kulit dapat dipertahankan (Valentina, 2024).

Penelitian yang dilakukan oleh Tasya Rizqi Valentina, Wahyu Rima Agustin, dan Atiek Murharyati pada tahun 2024 di Ruang ICU RSUD Dr. Moewardi Surakarta, Jawa Tengah, melibatkan 38 pasien ICU yang dipilih menggunakan teknik *total sampling*. Intervensi mobilisasi progresif level I–II diberikan selama 3 hari dengan frekuensi 2 kali sehari.

Hasil penelitian Valentina (2024) menunjukkan bahwa mobilisasi progresif level I–II yang diberikan selama 3 hari dengan frekuensi 2 kali sehari memberikan pengaruh signifikan terhadap penurunan risiko

dekubitus dengan nilai $p \text{ value} < 0,001$. Hasil tersebut menunjukkan bahwa mobilisasi progresif efektif dalam meningkatkan perfusi jaringan dan mencegah kerusakan kulit pada pasien dengan imobilitas.

2. Terapi Perubahan Posisi (*Repositioning*)

Terapi perubahan posisi atau *repositioning* merupakan tindakan keperawatan dengan memindahkan posisi tubuh pasien secara berkala, seperti miring kanan, miring kiri, dan terlentang yang umumnya dilakukan setiap 2 jam. Terapi ini bertujuan mengurangi tekanan berkepanjangan pada area tonjolan tulang seperti sakrum, tumit, dan punggung yang berisiko tinggi mengalami luka tekan (Krisnawati, 2022).

Mekanisme kerja terapi ini terjadi melalui pengurangan tekanan terus-menerus pada jaringan sehingga mencegah kompresi kapiler dan mempertahankan aliran darah ke jaringan. Dengan distribusi tekanan yang lebih merata, suplai oksigen tetap adekuat sehingga dapat mencegah iskemia, hipoksia sel, dan nekrosis jaringan yang menjadi penyebab utama terbentuknya luka tekan (Krisnawati, 2022).

Penelitian yang dilakukan oleh Purwandari (2022) di Ruang IRIN Rumah Sakit Mardi Rahayu Kudus, Jawa Tengah, melibatkan 32 pasien tirah baring sebagai sampel penelitian. Intervensi dilakukan dengan alih baring atau perubahan posisi miring kanan dan kiri setiap 2 jam, dengan nilai $p \text{ value} < 0,003$.

Hasil penelitian Krisnawati (2022) menunjukkan bahwa tindakan alih baring setiap 2 jam secara signifikan menurunkan risiko dekubitus pada pasien tirah baring dengan nilai $p \text{ value} < 0,001$. Temuan ini menegaskan bahwa *repositioning* merupakan intervensi sederhana tetapi efektif dalam mempertahankan integritas kulit.

3. Terapi Mobilisasi SIM (Setiap 2 Jam)

Mobilisasi SIM merupakan intervensi keperawatan yang dilakukan dengan perubahan posisi pasien secara teratur setiap 2 jam, terutama pada pasien yang mengalami tirah baring dalam waktu lama. Terapi ini bertujuan mencegah luka tekan dengan cara mengurangi

tekanan menetap dan mempertahankan sirkulasi darah jaringan (Riskawaty, 2022).

Mekanisme kerja mobilisasi SIM yaitu meningkatkan aliran darah perifer, memperbaiki oksigenasi jaringan, serta mencegah hipoksia sel akibat tekanan berkepanjangan. Selain itu, perubahan posisi secara berkala juga menurunkan gaya geser dan gesekan yang dapat menyebabkan kerusakan lapisan kulit sehingga membantu mempertahankan integritas jaringan (Riskawaty, 2022).

Penelitian yang dilakukan oleh Yulianingsih (2022) di Ruang *Stroke Center* RSUD Kota Mataram, Nusa Tenggara Barat, melibatkan 10 pasien stroke yang mengalami tirah baring lebih dari 3 hari sebagai sampel penelitian. Intervensi dilakukan dengan mobilisasi setiap 2 jam menggunakan desain *one group pretest-posttes*, dengan nilai *p value* < 0,001.

Hasil penelitian Riskawaty (2022) menunjukkan bahwa mobilisasi setiap 2 jam memberikan pengaruh signifikan terhadap kejadian dekubitus pada pasien stroke dengan nilai *p value* < 0,002. Sebagian besar pasien tidak mengalami tanda-tanda luka tekan setelah intervensi dilakukan, yaitu sebanyak 7 dari 10 pasien bebas dari tanda-tanda dekubitus. Oleh karena itu, terapi ini dinilai efektif dalam pencegahan dekubitus.

4. Terapi Penggunaan Support (*Triangle Pillow*)

Penggunaan *triangle pillow* merupakan intervensi keperawatan yang bertujuan memberikan penyangga tubuh pasien agar tekanan pada area tertentu berkurang. Bantal ini digunakan untuk mempertahankan posisi tubuh terutama saat posisi miring sehingga distribusi tekanan menjadi lebih merata (Hawati, 2024).

Mekanisme kerja terapi ini dilakukan dengan mengurangi tekanan langsung pada pembuluh darah kapiler sehingga aliran darah tetap optimal dan jaringan tidak mengalami iskemia. Selain itu, penggunaan *support* membantu menurunkan gesekan dan gaya geser yang dapat

menyebabkan kerusakan kulit pada pasien dengan keterbatasan mobilitas (Hawati, 2024).

Penelitian yang dilakukan oleh Hawati (2024) di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU), melibatkan 31 responden pasien *bed rest*, yang terdiri dari 16 responden kelompok intervensi dan 15 responden kelompok kontrol. Penelitian menggunakan desain *quasi experiment pretest-posttest with control group*, dengan nilai $p\text{ value} < 0,003$.

Hasil penelitian Hawati (2024) menunjukkan bahwa penggunaan *triangle pillow* yang dikombinasikan dengan *Virgin Coconut Oil* (VCO) meningkatkan skor Braden dari 9 menjadi 14 setelah 6 hari intervensi. Hasil analisis menggunakan uji *Chi-Square* menunjukkan nilai $p\text{ value} < 0,001$ sehingga terapi ini dinyatakan efektif dalam pencegahan luka tekan. Pada kelompok kontrol ditemukan kejadian ulkus dekubitus grade I sebanyak 2 orang (13,3%), sedangkan pada kelompok perlakuan tidak ditemukan kejadian ulkus dekubitus (0%).

5. Terapi Topikal Minyak Zaitun dan Posisi Miring 30°

Terapi topikal minyak zaitun dan posisi miring 30° merupakan kombinasi intervensi yang bertujuan mencegah terjadinya luka tekan pada pasien dengan imobilitas. Minyak zaitun mengandung asam lemak esensial dan antioksidan yang membantu menjaga kelembapan kulit, meningkatkan elastisitas jaringan, serta memperkuat fungsi pelindung kulit (Aryani, 2022).

Mekanisme kerja terapi ini terjadi melalui peningkatan kelembapan dan elastisitas kulit sehingga kulit menjadi lebih tahan terhadap tekanan, gesekan, dan gaya geser. Posisi miring 30° membantu mendistribusikan tekanan secara lebih merata dan mengurangi tekanan langsung pada tonjolan tulang sehingga perfusi jaringan tetap terjaga dan risiko iskemia menurun (Aryani, 2022).

Penelitian yang dilakukan oleh Atik (2022) di RSUI Kustati Surakarta, Jawa Tengah, melibatkan 30 responden pasien stroke yang dipilih menggunakan teknik *purposive sampling*. Intervensi diberikan

berupa pemberian minyak zaitun topikal sekali sehari selama 7 hari yang dikombinasikan dengan pengaturan posisi miring 30°, dengan nilai *p value* < 0,002.

Hasil penelitian Aryani (2022) menunjukkan bahwa kombinasi terapi topikal minyak zaitun dan posisi miring 30° memberikan pengaruh signifikan terhadap pencegahan dekubitus pada pasien stroke dengan nilai *p value* < 0,001. Hasil ini menunjukkan bahwa kombinasi kedua terapi efektif dalam mempertahankan integritas kulit dan mencegah komplikasi luka tekan.



g) Penelitian terkait resiko luka tekan

Tabel 2.1 Penelitian Terkait

No	Penulis Dan Judul	Jurnal Dan Tahun Terbit	Sempel Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Yindia Nungputria Hawati Efektivitas <i>Triangle Pillow</i> Kombinasi <i>Virgin Coconut Oil</i> (VCO) terhadap Pencegahan <i>Pressure Ulcers</i> pada Pasien Bed Rest di Ruang <i>Intensive Care Unit</i> (ICU)	Termometer: Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan dan Kedokteran Vol.2, No.3 Juli 2024 e-ISSN: 2964-9676; p-ISSN: 2964-9668, Hal 28-39	Populasi yang diteliti adalah pasien stroke non hemoragik, dengan sampel terdiri dari 31 responden	Penulis melakukan penelitian <i>quasi eksperimen</i> dengan desain <i>pretest</i> dan <i>posttest</i> dengan kelompok kontrol , responden yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi, dipilih dengan teknik simple random sampling dan dibagi menjadi dua kelompok, yaitu kelompok intervensi (16 responden) dan kelompok kontrol (15 responden).	Berdasarkan evaluasi selama 6 hari diberikan intervensi penerapan <i>Triangle Pillow</i> kombinasi <i>Virgin Coconut Oil</i> (VCO), didapatkan hasil bahwa terapi yang diberikan dapat membantu dalam meningkatkan skor braden scale yang signifikan dari skala 9 menjadi skala 14. Dari hasil uji menggunakan <i>Chi Square</i> terjadi ulkus dekubitus antara kelompok perlakuan dengan kontrol didapat dengan nilai <i>p value</i> sebesar 0,001 dan nilai tersebut $> 0,05$ yang berarti ada perbedaan signifikan kejadian ulkus dekubitus antara kelompok perlakuan dan kontrol. Kejadian ulkus dekubitus grade I pada kelompok kontrol sebanyak 2 orang (13.3%) sedangkan kelompok perlakuan tidak terjadi ulkus dekubitus atau 0%.
2.	Tasya Rizqi Valentina, Ns. Wahyu Rima Agustin, M.Kep, dan Ns. Atiek Murharyati, M.Kep dengan judul “Pengaruh Mobilisasi Progresif Level I–II terhadap Risiko Dekubitus pada Pasien di Ruang ICU RSUD Dr. Moewardi.”	Publikasi dari Program Studi Keperawatan Program Sarjana, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Kusuma Husada Surakarta, tahun 2024.	Sampel berjumlah 38 pasien ICU RSUD Dr. Moewardi. Teknik sampling menggunakan total sampling. Mayoritas pasien dengan diagnosis post operasi dan tirah baring rata-rata 2 hari.	Menggunakan desain kuantitatif <i>quasi-experiment</i> dengan <i>pre-test</i> dan <i>post-test without control</i> . Intervensi berupa mobilisasi progresif level I–II selama 3 hari (2× sehari) meliputi pengaturan <i>head of bed</i> , ROM pasif–aktif, dan rotasi lateral. Instrumen pengukuran risiko dekubitus menggunakan Skala Braden. Analisis data menggunakan uji <i>Wilcoxon</i> .	Sebelum intervensi, sebagian besar pasien berada pada risiko dekubitus sangat tinggi (73,7%). Setelah dilakukan mobilisasi progresif level I–II, terjadi penurunan tingkat risiko, mayoritas menjadi kategori risiko tinggi dan sedang. Hasil uji <i>Wilcoxon</i> menunjukkan p-value 0,000 ($<0,05$) yang berarti ada pengaruh signifikan mobilisasi progresif level I–II terhadap penurunan risiko dekubitus pada pasien ICU.
3.	Dwi Krisnawati, Noor	Dipublikasikan	Sampel	Jenis penelitian <i>Quasy Experimen</i> dengan	Hasil menunjukkan adanya penurunan risiko

	Faidah, Nila Putri Pengaruh Perubahan Posisi Terhadap Kejadian Dekubitus Pada Pasien Tirah Baring Di Ruang Irin Rumah Sakit Mardi Rahayu Kudus	dalam TSCD3Kep Journal Vol.7 No.1 tahun 2022.	penelitian berjumlah 32 pasien yang mengalami tirah baring (baik sadar penuh maupun penurunan kesadaran).	desain <i>Post Test Only Non Equivalent Control Group</i> . Intervensi berupa alih baring/mobilisasi posisi miring kanan–kiri setiap 2 jam. Instrumen penilaian risiko dekubitus menggunakan Skala Braden, kemudian dianalisis menggunakan uji statistik untuk melihat pengaruh intervensi.	terjadinya dekubitus setelah dilakukan alih baring rutin. Nilai rata-rata skor risiko dekubitus membaik setelah intervensi, dan analisis statistik menunjukkan terdapat pengaruh yang signifikan antara alih baring dan pencegahan dekubitus pada pasien tirah baring ($p \text{ value} = 0,001; \alpha < 0,05$). Dengan demikian, alih baring teratur efektif sebagai tindakan pencegahan luka tekan.
4	Heny Marlina Riskawaty , Apriani Yulianingsih Pengaruh mobilisasi sim terhadap kejadian dekubitus pada pasien stroke di Ruang Stroke Center RSUD Kota Mataram	MHC JOURNAL OF Mental Health Concerns, Volume 1, No 2, October 2022: 58-66	Populasi penelitian adalah semua pasien tirah baring > 3 hari di Stroke Center RSUD Kota Mataram selama periode pengumpulan data, sedangkan sampel penelitian adalah 10 pasien tirah baring	Pada penelitian ini menggunakan rancangan penelitian dengan jenis penelitian pra eksperimen dengan <i>one group pretest-posttest</i> design dimana Pengambilan sampel (sampling) menggunakan <i>accidental sampling</i> . Dalam pelaksanaan penelitian di lakukan oleh 4 (empat) asisten peneliti, dimana sebelumnya asisten peneliti di lakukan uji Kappa.	Hasil analisis statistik terhadap nilai rata-rata sebelum di lakukan mobilisasi setiap 2 jam dan setelah di lakukan mobilisasi setiap 2 jam didapatkn nilai yang signifikan 0,04. Oleh karena <i>P-Value</i> <0,05 sehingga HI gagal ditolak, dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan mobilisasi setiap 2 jam berpengaruh terhadap kejadian dekubitus pada pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram. Berdasarkan data dari 10 pasien yang dilakukan mobilisasi setiap 2 jam, 7 orang bebas dari tanda- tanda terjadinya luka tekan dekubitus sedangkan 3 orang masih mengalami 5 adanya tanda-tanda luka tekan dekubitus yang ditandai dengan kulit tampak kemerahan dan hangat dengan perabaan. Hasil pengukuran risiko dekubitus pada penelitian yang telah di lakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram pada saat pre test yaitu mean 2,17 dengan standar deviasi sebesar 0,835. Hasil pengukuran risiko dekubitus pada penelitian yang telah di lakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram pada saat <i>post test</i> yaitu mean 3,17 dengan standart deviasi sebesar 1,115. Nilai <i>P-Value</i> pada uji <i>Paired-Test</i> didapatkan 0,002 < α 0,05 maka H_0 di tolak, dimana artinya pemberian intervensi mobilisasi sim setiap 2 jam

					dapat mempengaruhi kejadian dekubitus.
5	Atik Aryani, Widiyono, Fajar Alam Putra <i>The Effect Of Olive Oil Administration And 30 Degree Tilt Position On The Event Of Decubitus In Stroke Patients : Experiment Study</i> Pengaruh Pemberian Minyak Zaitun Dan Pengaturan Posisi Miring 30 Derajat Terhadap Kejadian Dekubitus Pada Pasien Stroke : Studi Eksperimen	Jurnal Wacana Kesehatan Volume 7, Nomor 1, Juli 2022 e-ISSN 2544-6251	Jumlah sampel sebanyak 30 responden	Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain <i>One-group Pretest-Posttest Design</i>. Penelitian dilakukan di RSUI Kustati Surakarta. teknik pengambilan sampel menggunakan purposive sampling. Adapun kriteria inklusi meliputi klien dirawat lebih dari 2 hari dan kurang dari 5 hari, mengalami tirah baring, klien belum mengalami ulkus dan mengalami kemerahan pada kulit (eritema), klien dengan risiko ulkus dekubitus (skala Braden < 18), tidak memiliki hambatan untuk dilakukan perawatan pencegahan dekubitus (misal: cedera lumbal atau fraktur belum dilakukan fixasi karena berisiko dapat memperparah kondisi pasien), suhu tubuh dalam batas normal (36 sampai 37 derajat celcius, bersedia menjadi responden dan tidak alergi terhadap minyak zaitun. Instrumen yang digunakan berupa Lembar observasi dengan skala Braden. Analisis data dalam penelitian ini menggunakan uji <i>Wilcoxon</i>. Pengumpulan data dilakukan dengan skrining pada populasi untuk dijadikan responden yang sesuai dengan kriteria.	Intervensi yang diberikan adalah pemberian minyak zaitun sekali sehari selama 7 hari dan pengaturan posisi miring 30 derajat. Analisis data yang digunakan adalah uji <i>Wilcoxon</i>. Hasil penelitian didapatkan ada perbedaan yang signifikan rerata dekubitus sebelum dan setelah diberikan intervensi dengan $p\text{-value} = 0,001$ ($p < 0,05$). Kesimpulan dalam penelitian ini ada pengaruh yang signifikan pemberian minyak zaitun dan pemberian posisi 30 derajat terhadap kejadian dekubitus pada pasien stroke. Peneliti menyarankan penggunaan minyak zaitun secara topikal dapat diterapkan untuk mencegah luka tekan dan pengaturan posisi miring 30 derajat pada pasien terbaring di tempat tidur di rumah sakit.

H. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Lansia Stroke Dengan Risiko Luka Tekan

1. Pengkajian

a. Identitas

Umur/usia perlu ditanyakan karena adanya hubungan dengan proses penyembuhan luka atau regenerasi sel. Pekerjaan dan hobi klien juga ditanyakan untuk mengetahui apakah klien banyak duduk atau sedikit beraktivitas sehingga terjadi penekanan pembuluh darah yang menyebabkan suplai oksigen berkurang menyebabkan sel-sel mati, kulit pecah dan terjadilah lubang yang dangkal dan luka dekubitus pada permukaan.

b. Keluhan Utama

Adanya rasa risiko luka tekan pada daerah- daerah yang menonjol, misalnya pada daerah belakang kepala, daerah bokong, tumit, bahu, dan daerah pangkal paha yang mengalami ischemia sehingga terjadi luka tekan

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Adanya gatal, panas, mati rasa, immobilisasi, risiko luka tekan, demam, edema, dan neuropati.

d. Riwayat Personal dan Keluarga

Penyembuhan luka dapat dipengaruhi oleh penyakit – penyakit yang diturunkan seperti: DM, alergi, Hipertensi (stroke).

e. Riwayat Pengobatan

Apakah klien pernah menggunakan obat- obatan.

f. Riwayat Diet

Nutrisi yang kurang adekuat menyebabkan kulit mudah terkena lesi dan proses penyembuhan luka yang lama.

g. Riwayat Kesehatan, seperti:

- 1) *Bed-rest* yang lama
- 2) Immobilisasi
- 3) Inkontinensia

4) Nutrisi atau hidrasi yang inadkuat

h. Pengkajian Psikososial

Perasaan depresi, frustrasi, asietas/kecemasan, keputusan.

i. Aktivitas Sehari-hari

Klien yang immobilisasi dalam waktu yang lama menyebabkan ulkus pada daerah yang menonjol karena berat badan bertumpu pada daerah kecil yang tidak banyak jaringan dibawah kulit untuk menahan kerusakan kulit. Jika terjadi paraplegi maka akan terjadi kekuatan otot tidak ada (pada ekstremitas bawah), penurunan peristaltik usus (terjadi konstipasi), nafsu makan menurun dan defisit sensori pada daerah yang paraplegi.

j. Pemeriksaan Fisik

1) Sistem Integumen (Kulit)

Dilakukan pengkajian kondisi kulit secara menyeluruh, terutama pada area penonjolan tulang seperti sakrum, tumit, siku, dan pinggul. Pada pasien dengan gangguan mobilisasi, dapat ditemukan kemerahan (*non-blanchable erythema*), kulit kering, perubahan suhu kulit, serta adanya luka tekan akibat tekanan berkepanjangan dan gesekan.

2) Sistem Muskuloskeletal

Pengkajian meliputi kekuatan otot, rentang gerak (ROM), dan kemampuan mobilisasi pasien. Pasien dengan keterbatasan mobilitas atau imobilisasi memiliki risiko tinggi mengalami luka tekan karena kurangnya perubahan posisi yang menyebabkan tekanan terus-menerus pada jaringan.

3) Sistem Kardiovaskular dan Sirkulasi Perifer

Pengkajian meliputi tekanan darah, frekuensi nadi, serta perfusi jaringan perifer. Gangguan sirkulasi dapat menyebabkan penurunan suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan, sehingga mempercepat terjadinya kerusakan kulit dan memperlambat proses penyembuhan luka.

4) Sistem Neurologis

Pengkajian meliputi tingkat kesadaran, kemampuan merespon nyeri, serta sensasi kulit. Penurunan sensasi atau gangguan persepsi nyeri menyebabkan pasien tidak menyadari adanya tekanan berlebih, sehingga meningkatkan risiko terjadinya luka tekan.

5) Status Nutrisi dan Hidrasi

Pengkajian meliputi asupan nutrisi, berat badan, serta tanda-tanda malnutrisi. Kekurangan nutrisi, terutama protein, vitamin, dan cairan, dapat menurunkan integritas kulit serta memperlambat regenerasi jaringan, sehingga meningkatkan risiko luka tekan.

6) Pemeriksaan Eliminasi

Pengkajian meliputi pola buang air kecil dan besar. Inkontinensia urin atau fekal dapat menyebabkan kelembaban berlebih pada kulit, yang meningkatkan risiko iritasi dan kerusakan kulit.

k. Pengkajian Fisik Kulit

1) Inspeksi kulit

- a) Warna : dipengaruhi oleh aliran darah, oksigenasi, suhu badan dan produksi pigmen.
- b) Edema : Biasanya tampak edema berwarna pucat pada area sekitar yang mengalami penekanan/gesekan
- c) Kelembaban : kelembaban meningkat karena peningkatan aktivitas atau suhu lingkungan yang tinggi
- d) Integritas : lokasi, bentuk, warna, distribusi, apakah ada drainase atau infeksi.
- e) Kebersihan kulit : adanya maserasi kulit sehingga lebih mudah merusak kulit akibat gesekan dan gerakan.
- f) Vaskularisasi : Perdarahan dari pembuluh darah menghasilkan petechie dan echimosis.

- 2) Palpasi kulit : Adanya lesi pada kulit, kelembaban, suhu, tekstur atau elastisitas, turgor kulit (Carpenito dalam (Anugrah, 2022).

I. Pengkajian Khusus Lansia

Pengkajian khusus pada lansia dilakukan karena adanya perubahan fisiologis akibat proses penuaan yang dapat meningkatkan risiko gangguan mobilisasi dan terjadinya luka tekan. Hal-hal yang dikaji meliputi:

1) Status Fungsional

Menilai kemampuan lansia dalam melakukan aktivitas sehari-hari (*Activity Daily Living/ADL*) seperti mandi, berpakaian, makan, berpindah tempat, toileting, dan mobilisasi menggunakan instrumen seperti *Indeks Barthel* atau *Katz Index of Independence in Activities of Daily Living*.

2) Risiko Jatuh

Dilakukan penilaian risiko jatuh karena keterbatasan mobilitas, kelemahan otot, gangguan keseimbangan, dan penggunaan alat bantu. Pengkajian dapat menggunakan *Morse Fall Scale* atau *Berg Balance Scale*.

3) Status Kognitif

Menilai fungsi kognitif seperti orientasi, daya ingat, perhatian, dan kemampuan memahami instruksi karena gangguan kognitif dapat memengaruhi kepatuhan mobilisasi. Dapat menggunakan *Mini Mental State Examination*.

4) Status Nutrisi Lansia

Menilai status gizi karena malnutrisi meningkatkan risiko kerusakan kulit dan memperlambat penyembuhan jaringan. Pengkajian dapat menggunakan *Mini Nutritional Assessment*.

5) Status Kulit dan Risiko Luka Tekan

Dilakukan pemeriksaan kondisi kulit meliputi elastisitas, kelembaban, turgor, adanya kemerahan, integritas kulit, serta penilaian risiko luka tekan menggunakan *Braden Scale*.

6) Status Mobilitas dan Keseimbangan

Menilai kemampuan perubahan posisi, ambulasi, penggunaan

alat bantu jalan, kekuatan otot, dan toleransi aktivitas untuk menentukan kebutuhan dukungan mobilisasi.

7) Dukungan Sosial dan Lingkungan

Mengkaji keberadaan keluarga atau *caregiver*, kondisi tempat tinggal, keamanan lingkungan, serta ketersediaan alat bantu yang mendukung mobilisasi lansia.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan (SDKI, 2017). Diagnosa keperawatan ditegakkan dengan pola PES, yaitu problem sebagai inti dari respon klien, Etiologi sebagai penyebab dari suatu masalah yang muncul, *Sign and symptom* sebagai tanda dan gejala dari suatu masalah. Diagnosa yang dapat ditegakkan pada pasien osteoarthritis yaitu gangguan mobilitas fisik.

Tanda dan gejala gangguan mobilitas fisik yang terdiri dari data mayor dan data minor meliputi data subyektif dan obyektif menurut (SDKI, 2017), tanda dan gejala untuk masalah keperawatan yaitu :

a. Risiko Luka Tekan

Definisi: berisiko mengalami cedera local pada kulit dan/ atau jaringan, biasanya pada tonjolan tulang akibat tekanan dan/ atau gesekan

b. Etiologi

- 1) Kerusakan integritas struktur tulang
- 2) Perubahan metabolisme
- 3) Ketidakbugaran fisik
- 4) Penurunan kendali otot
- 5) Penurunan massa otot
- 6) Penurunan kekuatan otot
- 7) Keterlambatan perkembangan
- 8) Kekakuan sendi

- 9) Kontraktur
- 10) Malnutrisi
- 11) Gangguan musculoskeletal
- 12) Gangguan neuromuscular
- 13) Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia
- 14) Efek agen farmakologis
- 15) Program pembatasan gerak
- 16) Nyeri
- 17) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- 18) Kecemasan
- 19) Gangguan kognitif

c. Faktor Risiko

- 1) Skor skala braden $Q \leq 16$ (anak) atau skor skala braden $Q < 18$ (dewasa)
- 2) Perubahan kognitif
- 3) Perubahan sensasi
- 4) Skor ASA ≥ 2
- 5) Anemia
- 6) Penurunan mobilisasi
- 7) Penurunan kadar albumin
- 8) Penurunan oksigen jaringan
- 9) Penurunan perfusi jaringan
- 10) Dehidrasi
- 11) Kulit kering
- 12) Edema
- 13) Peningkatan suhu kulit 1 -2 derajat celcius
- 14) Periode imobilisasi yang lama diatas permukaan yang keras
- 15) Usia ≥ 65 tahun
- 16) Berat badan berlebih
- 17) Fraktur tungkai
- 18) Riwayat stroke

- 19) Riwayat luka tekan
- 20) Riwayat trauma
- 21) Hipertermi
- 22) Inkontenensia
- 23) Ketidak adekuatan nutrisi
- 24) Skor RAPS rendah
- 25) Klasifikasi fungsional NYHA ≥ 2
- 26) Efek agen farmakologis
- 27) Imobilisasi fisik
- 28) Penekanan di atas tonjolan tulang
- 29) Penurunan tebal lipatan kulit trisep
- 30) Kulit bersisik gesekan permukaan kulit



3. Intervensi keperawatan

Tabel 2.2 . Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
1.	Risiko Luka Tekan (D.0144) Faktor risiko untuk masalah risiko luka tekan adalah: 1. Skor skala Braden $Q \leq 16$ (anak) atau skor skala Braden < 18 (dewasa) 2. Perubahan fungsi kognitif 3. Perubahan sensasi 4. Skor ASA (<i>American in Sensation Anesthesiologist</i>) ≥ 2 5. Anemia 6. Penurunan mobilitasi 7. Penurunan kadar albumin 8. Penurunan oksigenasi jaringan 9. Penurunan perfusi jaringan 10. Dehidrasi 11. Kulit kering 12. Edema 13. Peningkatan suhu kulit $1 - 2^{\circ}\text{C}$ 14. Periode imobilisasi yang lama diatas permukaan yang keras (mis: prosedur operasi ≥ 2 jam)	Setelah Dilakukan Intervensi Keperawatan Selama 3x24 Jam, Diharapkan : SLKI : Integritas Kulit Dan Jaringan (L.14125) Ekspetasi : Meningkat Dengan Kriteria Hasil : 1. Perfusi Jaringan Meningkat 2. Kerusakan Jaringan Menurun 3. Kerusakan Lapisan Kulit Menurun 4. Nyeri Menurun 5. Kemerahan Menurun 6. Jaringan Parut Menurun 7. Nekrosis Menurun	SIKI : Dukungan Mobilisasi (I. 05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 6. Fasilitasi melakukan pergerakan, <i>jika perlu</i> 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah	1. Mengidentifikasi nyeri atau keluhan fisik membantu menentukan hambatan mobilisasi sehingga dapat dicegah perburukan kondisi pasien. 2. Menilai toleransi fisik penting untuk mengetahui kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas tanpa menimbulkan kelelahan atau cedera. 3. Pemantauan frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mobilisasi bertujuan untuk memastikan kondisi hemodinamik pasien stabil sehingga aman untuk bergerak. 4. Monitoring kondisi umum selama mobilisasi membantu mendeteksi dini adanya tanda ketidakstabilan seperti pusing, lemah, atau sesak. 5. Fasilitasi mobilisasi dengan alat bantu meningkatkan keamanan pasien dan mencegah risiko jatuh atau cedera selama pergerakan. 6. Bantuan dalam melakukan pergerakan membantu pasien dengan keterbatasan fisik agar tetap dapat beraktivitas secara bertahap. 7. Keterlibatan keluarga dapat

15. Usia ≥ 65 tahun 16. Beran badan lebih 17. Fraktur tungkai 18. Riwayat stroke 19. Riwayat luka tekan 20. Riwayat trauma 21. Hipertermi 22. Inkontinensia 23. Ketidakadekuatan nutrisi 24. Skor RAPS (<i>Risk Assesment Pressure Score</i>) rendah 25. Klasifikasi fungsional NYHA (<i>New York Heart Association</i>) ≥ 2 26. Efek agen farmakologis (mis: anestesi umum, vasopressor, antidepressant, norepinefrin) 27. Imobilisasi fisik 28. Penekanan di atas tonjolan tulang 29. Penurunan tebal lipatan kulit trisep 30. Kulit bersisik 31. Gesekan permukaan kulit		dari tempat tidur ke kursi). Evidence based nursing : 11. <i>Triangle pillow</i> dan <i>Virgin Coconut Oil (VCO)</i> (Hawati, 2024) 12. Mobilisasi progresif level I–II (Valentina <i>et al.</i>, 2024) 13. Alih baring setiap 2 jam (Krisnawati <i>et al.</i>, 2022) 14. Mobilisasi rutin setiap 2 jam (Riskawaty <i>et al.</i>, 2022) 15. Minyak zaitun dan posisi miring 30 derajat (Aryani <i>et al.</i>, 2022)	meningkatkan dukungan emosional dan kepatuhan pasien dalam melakukan mobilisasi. 8. Penjelasan tujuan dan prosedur mobilisasi membantu meningkatkan pemahaman dan kerja sama pasien selama tindakan. 9. Anjuran mobilisasi dini bertujuan untuk mencegah komplikasi akibat imobilisasi seperti luka tekan, kekakuan sendi, dan penurunan kekuatan otot. 10. Edukasi mobilisasi sederhana membantu pasien melakukan latihan secara mandiri dan bertahap sesuai kemampuan. 11. Meningkatkan sirkulasi darah dan mengurangi tekanan lama pada jaringan sehingga mencegah luka tekan. 12. Merangsang aliran darah dan fungsi otot sehingga memperbaiki perfusi jaringan. 13. Mendistribusikan tekanan secara merata dan mengurangi penekanan pada tonjolan tulang. 14. Menjaga kelembapan kulit dan mengurangi tekanan langsung sehingga mencegah kerusakan jaringan. 15. Mengurangi tekanan terus-menerus dan memperbaiki aliran darah untuk
---	--	--	---

				mencegah iskemia jaringan.
--	--	--	--	----------------------------



4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat maupun tenaga medis lain untuk membantu pasien dalam proses penyembuhan dan perawatan serta masalah kesehatan yang dihadapi pasien yang sebelumnya disusun dalam rencana keperawatan (Mufidaturrohmah, 2023).

Menurut Mufidaturrohmah (2023), implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana perawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri merupakan aktivitas perawat yang didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan merupakan petunjuk atau perintah dari petugas kesehatan lain.

5. Evaluasi Keperawatan

Menurut Nursalam (2023), evaluasi keperawatan terdiri dari dua jenis yaitu sebagai berikut:

a. Evaluasi formatif

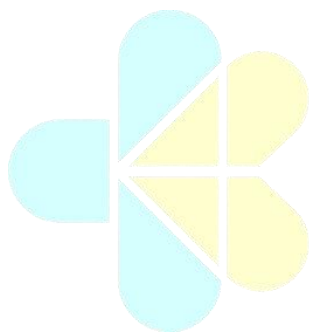
Evaluasi ini disebut juga evaluasi berjalan Dimana evaluasi dilakukan sampai dengan tujuan tercapai. Pada evaluasi formatif ini penulis menilai klien mengenai tingkat nyeri sebelum dan sesudah dilakukan tindakan keperawatan.

b. Evaluasi somatif

Pada evaluasi somatif ini penulis menilai tujuan akhir dari penerapan tindakan manajemen nyeri yang penulis lakukan yaitu ada atau tidaknya perubahan tingkat nyeri setelah dilakukan tindakan keperawatan manajemen nyeri tersebut. Penggunaan SOAP, Format SOAP umumnya digunakan untuk pengkajian awal Pasien.

- 1) S (Subjektive) : berisikan pernyataan atau keluhan dari Pasien , berdasarkan keluhan yang hanya dirasakannya.
- 2) (Objektive) : berisikan data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga dengan pengukuran yang valid.

- 3) A (Analisis) : berisikan kesimpulan dari objektif dan subjektif mengenai masalah yang di alami pasien, apakah perkembangan kesehatan pasien meningkat atau tidak.
- 4) P (Planning) : berisikan rencana tindakan yang akan dilakukan selanjutnya kepada pasien, berdasarkan data dari analisis.



Kemenkes
Poltekkes Bengkulu