

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep CVA

2.1.1 Definisi CVA

CVA adalah sindrom klinis yang ditunjukkan oleh adanya gejala mendadak defisit neurologis menetap setidaknya selama 24 jam, digambarkan adanya keterlibatan fokal dari system saraf pusat dan mengakibatkan gangguan sirkulasi serebral, yang menetap lebih dari 24 jam (Stedman's, 2013).

Cerebro Vaskuler Accident (CVA) adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak ini adalah kulminasi penyakit serebrovaskuler selama beberapa tahun (Smletzer, 2010).

2.1.2 Etiologi CVA

Berikut ini beberapa kondisi yang menjadi penyebab CVA antara lain (Lewis, 2011) :

- a. Thrombosis (terdapatnya bekuan darah di dalam pembuluh darah otak atau leher). Thrombus dimulai bersamaan dengan kerusakan dinding pembuluh darah endothelial yang akhirnya membentuk formasi dari ateroskelrosis. Ateroskelrosis serebral inilah yang merupakan penyebab utama thrombus serebral. Dari seluruh kejadian CVA, kurang lebih 60% disebabkan thrombosis.
- b. Embolisme serebral (bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak yang berasal dari bagian tubuh yang lain). Mayoritas emboli ini

bersalah dari lapisan endocardium jantung, dimana plak keluar dari endocardium dan masuk ke sirkulasi.

- c. Pemberian antikoagulan setelah prosedur pemasangan katup jantung prostetik dilakukan untuk mengantisipasi CVA embolisme timbulnya CVA.
- d. Serebral merupakan penyebab kedua CVA, kurang lebih sekitar 24% dari kejadian CVA.
- e. Iskemia serebral merupakan sebuah kondisi dimana terjadi penurunan suplai darah ke otak. Hal ini dapat disebabkan oleh karena adanya konstiksi atheroma pada arteri yang menyuplai darah ke otak.
- f. Hemoragi serebral (pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak). Hipertensi adalah penyebab utama perdarahan intraserebral buruk, 50% kematian terjadi dalam 48 jam pertama. Tingkat kematian akibat perdarahan intraserebral berkisar antara 40% sampai 80%.

2.1.3 Faktor Resiko CVA

Menurut Mansjoer, Arif (2008) faktor resiko dari CVA adalah :

- a. Yang tidak dapat diubah : usia, jenis kelamin, ras, riwayat keluarga, riwayat TIA, penyakit jantung coroner, fibrilasi atrium, heretozygote dan homozygote.
- b. Yang dapat diubah : hipertensi, kencing manis, merokok, penyalahgunaan alcohol dan obat, kontrasepsi oral, dyslipidemia.

2.1.4 Jenis CVA

Kejadian CVA dibagi menjadi dua yakni CVA infark dan bleeding berdasarkan angka kejadiannya dimana kejadian CVA infark mencapai 85%, sedangkan CVA bleeding mencapai 15% (Smeltzer, 2010).

a. CVA Infark

CVA Infark merupakan terganggunya aliran darah otak akibat obstruksi dari pembuluh darah. Kondisi ini akan menyebabkan area kontak menjadi infark, sebagai akibat dari infark tersebut, maka jaringan tersebut akan mengalami edema. Ketika area yang mengalami infark cukup luas, maka semakin besar pula edema yang terjadi. Apabila kondisi ini terus berlangsung sampai pada titik tertentu, dapat mendesak otak berpindah dari tempat asalnya melalui foramen magnum. Sehingga komplikasi terburuknya adalah kematian karena terjadi herniasi batang otak.

b. CVA Bleeding

CVA Bleeding disebabkan oleh adanya perdarahan yang masuk ke dalam jaringan otak, ventrikel otak atau ruang sub arachnoid. CVA Bleeding akan mengakibatkan kerusakan pada neuron-neuron persis pada lokasi terjadinya perdarahan. Adanya perdarahan ini akan menyebabkan bertambahnya volume akibat darah yang menyebar dan mendesak otak. Kondisi ini dapat meningkatkan tekanan intracranial.

CVA Infark dibagi lagi menjadi 3 sub tipe yakni infark lacunar, obstruksi aliran karotis, dan oklusi vertebrobasilar. Sedangkan CVA Bleeding dibagi menjadi 4 sub yaitu perdarahan spontan intraserebral,

perdarahan sub arachnoid, aneurisma, dan malformasi arteri vena (Aminoff, 2010).

2.1.5 Gejala Klinik

Gejala klinik dari CVA menurut Smeltzer&Bare (2010) antara lain :

Perdarahan otak dilayani oleh 2 sistem yaitu system kronis dan system vertebrobasilar.

Gangguan pada system karotis menyebabkan :

1. Gangguan Penglihatan
2. Gangguan bicara, disfasia atau afasia
3. Gangguan motorik, hemiplegi/hemiparesis kontralateral
4. Gangguan sensorik

Gangguan pada system vertebrobasilar menyebabkan :

1. Gangguan penglihatan, pandangan kabur atau buta bila gangguan pada lobus oksipital
2. Gangguan nervi kranialis bila mengenai batang otak
3. Gangguan motoric
4. Gangguan koordinasi
5. Drop attack
6. Gangguan sensorik
7. Gangguan kesadaran

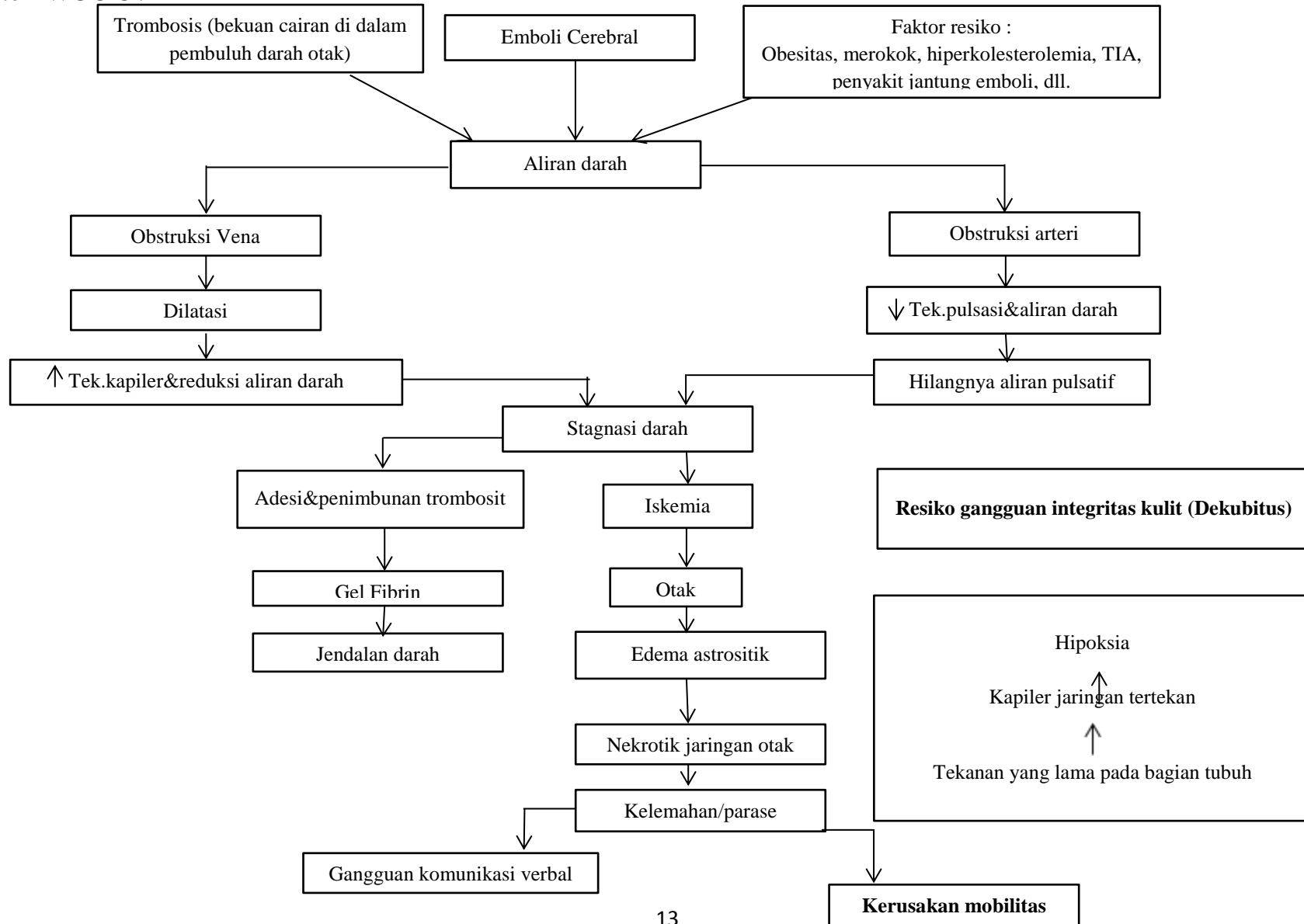
Bila lesi di kortikal, akan terjadi gejala klinik seperti ; afasia, gangguan sensorik kortikol, muka dan lengan lebih lumpuh atau tungkai lebih lumpuh, eye deviation, hemiparese yang disertai kejang.

Bila lesi di subkortikol, akan timbul tanda seperti ; muka, lengan dan tungkai sama berat lumpuhnya, distonic posture, gangguan sensoris nyeri dan raba pada muka lengan dan tungkai (tampak pada lesi di thalamus). Bila disertai hemiplegi, lesi pada kapsula interna.

Bila lesi dibatang otak, gambaran klinis berupa : hemiplegi alternas, tanda-tanda serebral, nistagmus, gangguan pendengaran, gangguan sensoris, disartri, gangguan menelan, deviasi lidah.

Bila topis di medulla spinalis, akan timbul gejala seperti : gangguan sensori dan keringat sesuai tinggi lesi, gangguan miksi dan defekasi

2.1.6 WOC CVA



2.1.7 Pemeriksaan penunjang CV

Pemeriksaan penunjang yang diperlukan untuk pasien cerebrovaskuler accident menurut (DoengesE, 2007) :

a. CT Scan (Computed Tomography)

Memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia dan adanya infark

b. Angiografi serebral

Membantu menentukan penyebab CVA secara spesifik seperti perdarahan atau obstruksi arteri

c. Pungsi lumbal

1) Menunjukkan adanya tekanan normal

2) Tekanan meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan

d. MRI (Magnetic Resonance Imaging)

Menunjukkan daerah yang mengalami infark, hemoragik

e. EEG (Elektroensefalogram)

Memperlihatkan daerah lesi yang spesifik

2.1.8 Komplikasi CVA

Ada enam komplikasi yang ditimbulkan CVA, yaitu (Padila, 2013) :

a. Aspirasi

b. Paralytic ileus

c. Atrial fibrilasi

d. Diabetes insipidius

e. Peningkatan TIK

2.1.9 Patofisiologis CVA

Menurut Long dalam Ariani (2014), otak sangat bergantung pada oksigen dan tidak mempunyai cadangan oksigen. Bila terjadi anoksia seperti halnya yang terjadi pada CVA, metabolisme di otak segera mengalami perubahan, kematian sel dan kerusakan permanen dapat terjadi dalam 3 sampai 10 menit. Tetapi kondisi yang menyebabkan perubahan perfusi otak akan menimbulkan hipoksia atau anoksia. Hipoksia menyebabkan iskemik otak. Iskemik otak dalam waktu lama menyebabkan sel mati permanen dan berakibat terjadi infark otak yang disertai dengan edema otak karena pada daerah yang dialiri darah terjadi penurunan perfusi dan oksigen, serta peningkatan karbondioksida dan asam laktat.

Menurut (Ariani, 2014), adanya gangguan perdarahan darah ke otak dapat menimbulkan jejas atau cedera pada otak melalui empat mekanisme, yaitu :

- a. Penebalan dinding arteri serebral yang menimbulkan penyempitan atau penyumbatan lumen sehingga aliran darah dan suplainya ke sebagian otak tidak adekuat, serta selanjutnya akan mengakibatkan perubahan-perubahan iskemik otak. Apabila hal ini terjadi terus menerus, dapat menimbulkan nekrosis (infark).
- b. Dinding arteri serebral pecah sehingga akan menyebabkan bocornya darah ke jaringan (hemoragik)
- c. Pembesaran sebuah atau sekelompok pembuluh darah yang menekan jaringan otak (misalnya: malformasi angiomatosa, aneurisma)
- d. Edema serebri yang merupakan pengumpulan cairan diruang intersisial jaringan otak.

2.1.10 Pengobatan CVA

Pengobatan pada penderita CVA adalah (Padila, 2013) :

a. Konservatif

- 1) Pemenuhan cairan dan elektrolit dengan pemasangan infus
- 2) Mencegah peningkatan TIK meliputi : antihipertensi, diuretic, vasodilator perifer, antikoagulan, diazepam bila kejang, anti tukak, kortikosteroid.

b. Operatif

Apabila upaya menurunkan TIK tidak berhasil maka perlu di pertimbangkan evakuasi hematom karena hipertensi intracranial yang menetap akan membahayakan kehidupan klien.

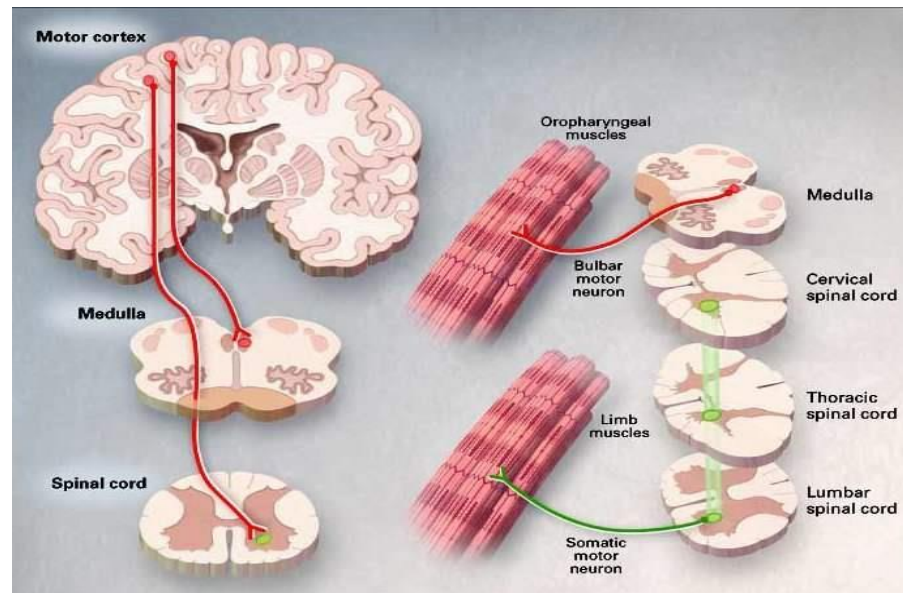
- c. Pada fase sub akut/pemulihan (> 10 hari) perlu terapi wicara, terapi fisik dan stoking anti embolisme.

2.2 Konsep Hemiparesis

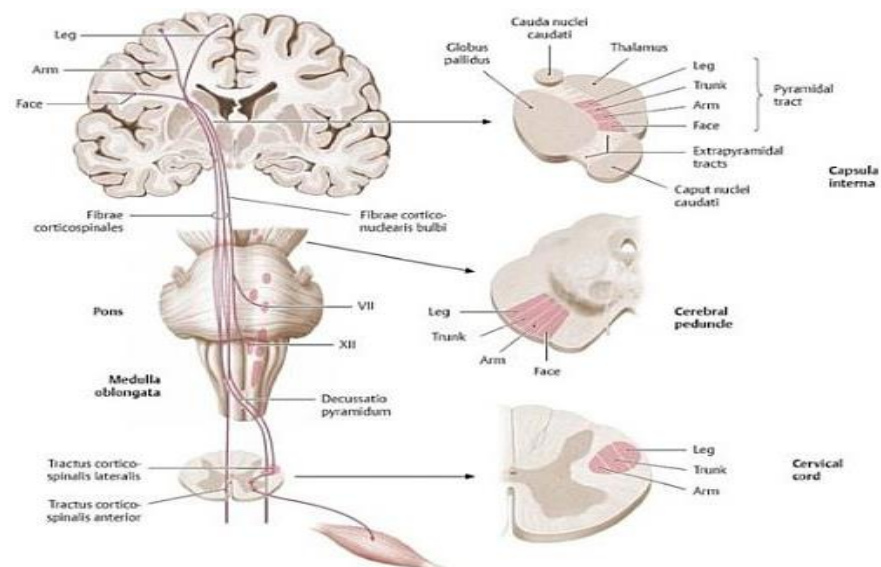
2.2.1 Definisi Hemiparesis

Hemiparesis adalah kelemahan otot-otot lengan dan tungkai pada satu sisi. Pada hemiparesis terjadi kelemahan sebagian anggota tubuh dan lebih ringan. Penyebab tersering hemiparesis pada orang dewasa yaitu infark serebral atau perdarahan. Hemiparesis yang terjadi memberikan gambaran bahwa adanya kelainan atau lesi sepanjang traktus piramidalis. Lesi ini dapat disebabkan oleh berkurangnya suplai darah, kerusakan jaringan oleh trauma atau infeksi, ataupun penekanan langsung dan tidak langsung oleh massa hematoma, abses dan tumor. Hal tersebut selanjutnya akan mengakibatkan adanya gangguan

pada traktus kortikospinalis yang bertanggung jawab pada otot-otot anggota gerak atas dan bawah (Smeltzer, 2010).



suatu lesi yang melibatkan korteks serebri seperti pada tumor, infark, atau cedera traumatic menyebabkan kelemahan sebagian tubuh sisi kontralateral. Hemiparesis yang terlihat pada wajah dan tangan (*kelemahan brakhiofasial*) lebih sering terjadi dibandingkan didaerah lain karena bagian tubuh tersebut memiliki area representasi kortikal yang luas (Smeltzer, 2010).



Lesi setingkat pedunkulus serebri, seperti proses vascular, perdarahan, atau tumor, menimbulkan *hemiparesis spastik* kontralateral yang dapat disertai oleh kelumpuhan nervus okulomotorius ipsilateral. Lesi pons yang melibatkan traktus piramidalis (tumor, iskemia batang otak perdarahan) menyebabkan *hemiparesis kontralateral* atau mungkin *bilateral*. Lesi pada pyramid medulla (biasanya akibat tumor) dapat merusak serabut-serabut traktus piramidalis secara terisolasi, karena serabut-serabut nonpiramidal terletak lebih ke dorsal pada tingkat ini. Akibatnya dapat terjadi *hemiparesis flasid kontralateral*. Kelemahan tidak bersifat total (paresis), karena jaras desendens lain tidak terganggu (Smeltzer, 2010).

2.3 Konsep Dekubitus

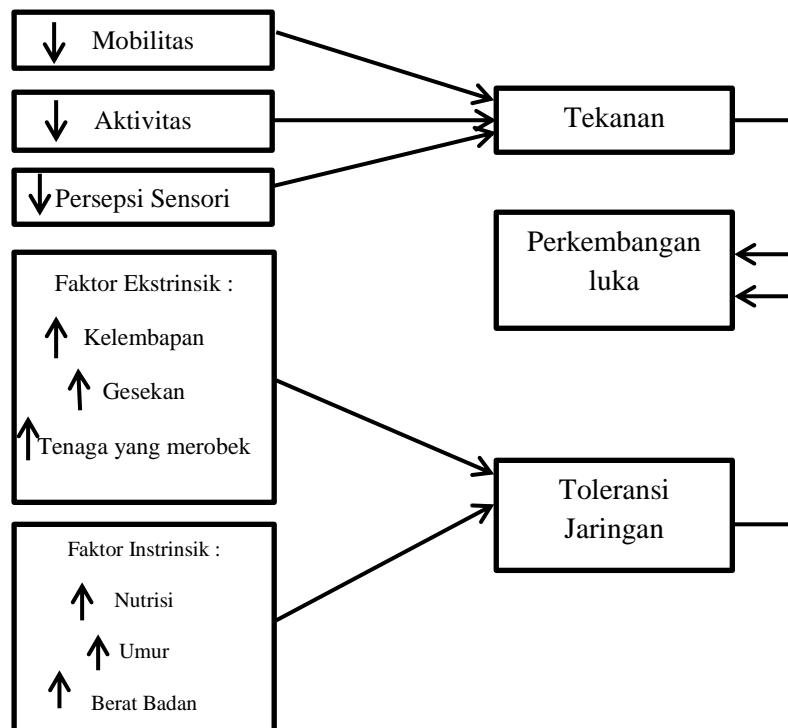
2.3.1 Definisi Dekubitus

Dekubitus adalah kerusakan jaringan yang terlokalisir yang disebabkan karena adanya kompresi jaringan yang lunak diatas tulang yang menonjol dan adanya tekanan dari luar dalam jangka waktu yang lama. Kompresi jaringan akan menyebabkan gangguan pada suplai darah pada daerah tekanan. Apabila ini berlangsung lama, hal ini dapat menyebabkan insufisiensi aliran darah, anoksia atau iskemia jaringan dan akhirnya dapat mengakibatkan kematian sel (Nursalam, 2008).

Luka dekubitus adalah suatu area yang terlokalisir dengan jaringan mengalami nekrosis yang biasanya terjadi pada bagian permukaan tulang yang menonjol, sebagai akibat dari tekanan dalam jangka waktu lama yang menyebabkan peningkatan tekanan kapiler (Suriadi 2004 dalam Wahyuni 2015).

2.3.2 Faktor yang mempengaruhi dekubitus

Braden dan Bergstrom (2000) dalam Wahyuni (2015) mengembangkan sebuah skema untuk mengembangkan faktor-faktor resiko untuk terjadinya dekubitus berikut ini :



Gambar 2.1 Faktor terjadinya dekubitus

Nursalam (2008) mengatakan ada dua hal yang utama yang berhubungan dengan resiko terjadinya dekubitus, yaitu faktor tekanan dan toleransi jaringan. Faktor yang mempengaruhi durasi dan intensitas tekanan diatas tulang yang menonjol adalah imobilisasi, inaktifitas, dan penurunan persepsi sensori. Sedangkan faktor yang mempengaruhi toleransi jaringan dibedakan menjadi dua yaitu faktor ekstrinsik dan faktor intrinsik. Faktor intrinsik yaitu faktor yang berasal dari pasien, sedangkan yang dimaksud dengan faktor ekstrinsik yaitu faktor-faktor dari luar yang mempunyai efek deteriorasi pada

lapisan eksternal dari kulit. Dibawah ini adalah penjelasan dari masing-masing faktor diatas :

1. Faktor tekanan antara lain :

a. Mobilisasi dan aktivitas

Mobilisasi adalah kemampuan untuk mengubah dan mengontrol posisi tubuh, sedangkan aktivitas adalah kemampuan untuk berpindah. Pasien yang berbaring terus menerus ditempat tidur tanpa mampu untuk mengubah posisi beresiko tinggi untuk terkena dekubitus. Imobilisasi adalah faktor yang signifikan dalam kejadian dekubitus.

b. Penurunan persepsi sensori

Pasien dengan penurunan persepsi sensori akan mengalami penurunan kemampuan untuk merasakan sensasi nyeri akibat tekanan di atas tulang yang menonjol. Bila ini terjadi dalam durasi yang lama, pasien akan mudah terkena dekubitus.

2. Faktor ekstrinsik antara lain :

a. Kelembapan

Kelembapan yang disebabkan inkontinensia dapat mengakibatkan terjadinya maserasi pada jaringan kulit. Jaringan yang mengalami maserasi akan mudah mengalami erosi. Selain itu kelembapan juga mengakibatkan kulit mudah terkena pergesekan (Friction) dan perobekan jaringan (shear). Inkontinesia alvi lebih signifikan dalam perkembangan dekubitus daripada inkontinensia urin karena adanya bakteri dan enzim pada feses dapat merusak permukaan kulit.

b. Tenaga yang merobek

Merupakan kekuatan mekanis yang meregangkan dan merobek jaringan, pembuluh darah, serta struktur jaringan yang lebih dalam yang berdekatan dengan tulang yang menonjol. Contoh yang paling sering dari tenaga yang merobek ini adalah ketika pasien diposisikan dalam semi fowler yang melebihi 30 derajat. Pada posisi ini pasien bisa merosot ke bawah, sehingga mengakibatkan tulangnya bergerak kebawah namun kulitnya masih tertinggal. Ini dapat mengakibatkan impitan pada pembuluh darah kulit, serta kerusakan pada jaringan bagian dalam seperti otot namun hanya menimbulkan sedikit kerusakan pada permukaan kulit.

c. Pergesekan

Pergesekan terjadi ketika dua permukaan bergerak dengan arah yang berlawanan. Pergesekan dapat mengakibatkan abrasi dan merusak permukaan epidermis kulit. Pergesekan bisa terjadi pada saat penggantian sprei pasien yang tidak berhati-hati

3. Faktor intrinsic antara lain :

a. Nutrisi

Hipoalbuminemia, kehilangan berat badan, dan malnutrisi umumnya diidentifikasi sebagai faktor predisposisi untuk terjadinya dekubitus. Penelitian Guenter (2000) dalam Nursalam (2008) mengatakan stadium tiga dan empat dari dekubitus pada orang tua berhubungan dengan penurunan berat badan, rendahnya kadar albumin, dan asupan makanan yang tidak mencukupi.

b. Usia

Pasien yang sudah tua memiliki resiko yang tinggi untuk terkena dekubitus karena kulit dan jaringan akan berubah seiring dengan penuaan. Penuaan mengakibatkan kehangatan otot, penurunan kadar serum albumin, penurunan respon inflamatori, penurunan elastisitas kulit, serta penurunan kohesi antara epidermis dan dermis. Perubahan ini beserta faktor penuaan lain akan membuat toleransi kulit terhadap tekanan, gesekan, dan tenaga yang merobek menjadi berkurang.

2.3.3 Klasifikasi dekubitus

National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) (2014) mengatakan dekubitus dibagi menjadi empat stadium :

1. Stadium satu

Adanya perubahan dari kulit yang diobservasi. Apabila dibandingkan dengan kulit yang normal, akan nampak salah satu tanda. Tanda yang muncul adalah perubahan temperature kulit (lebih dingin atau lebih hangat), perubahan konsistensi jaringan (lebih keras atau lunak), perubahan sensasi (gatal atau nyeri). Pada orang yang berkulit putih, luka mungkin kelihatan sebagai kemerahan yang menetap. Sementara itu pada orang berkulit gelap luka akan kelihatan sebagai warna merah yang menetap, biru atau ungu, pucat.

2. Stadium dua

Hilangnya sebagian lapisan kulit yaitu epidermis, dan dermis, atau keduanya. Cirinya adalah lukanya superfisial, abrasi, melepuh, atau membentuk lubang yang dangkal.

3. Stadium tiga

Hilangnya lapisan kulit secara lengkap, meliputi kerusakan atau nekrosis dari jaringan subkutan atau lebih dalam, tapi tidak sampai pada fascia.

Luka terlihat seperti lubang yang dalam.

4. Stadium empat

Hilangnya lapisan kulit secara lengkap dengan kerusakan yang luas, nekrosis jaringan, kerusakan pada otot, tulang dan tendon. Adanya lubang yang dalam serta saluran sinus juga termasuk dalam stadium empat dari dekubitus.



Gambar 2.2 Stadium Luka Dekubitus menurut NPUAP 2014

Metode lain dari pengklasifikasian dekubitus yaitu dengan mengobservasi *staging* dan warna menurut Crisp & Taylor (2006) yaitu:

- 1) Luka yang sudah nekrosis diklasifikasikan sebagai *Black wounds*
- 2) Luka dengan eksudat, serabut debresis berwarna kuning sebagai *Yellow wounds*
- 3) Luka dengan fase *active healing* dan lebih bersih, tampilan warna mulai dari merah muda sampai granulasi berwarna merah dan jaringan epitel mulai tumbuh sebagai *Red wound*

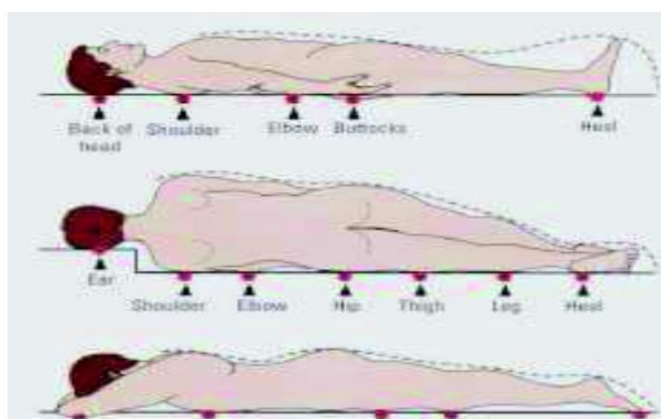
- 4) Perpaduan dari berbagai warna, contoh 25% *yellow wounds*, 75% *red wounds*

Selain sistem klasifikasi diatas, indicator lain selain warna kulit, faktor suhu, tampilan “*orange peel*”, kontur kulit, data laboratorium, dapat menjadi faktor pendukung dalam memprediksi luka dekubitus khususnya pasien dengan warna kulit yang lebih gelap (Crisp&Taylor, 2006).

Para tenaga kesehatan sering memilih metode klasifikasi berdasarkan warna karena lebih mudah dan cepat. Secara umum disetujui bahwa menggambarkan kondisi luka dekubitus, tidak hanya sekedar klasifikasi berdasarkan warna dan tingkatannya, tetapi juga gambaran secara komprehensif. Namun, sebelum melakukan klasifikasi luka tekan, beberapa hal harus diperhatikan. Luka yang tertutup oleh jaringan nekrotik seperti jaringan parut tidak dapat langsung dinilai sebelum dilakukan debridement, sehingga jaringan yang rusak dapat diobservasi (Crisp&Taylor, 2006).

2.3.4 Lokasi Dekubitus

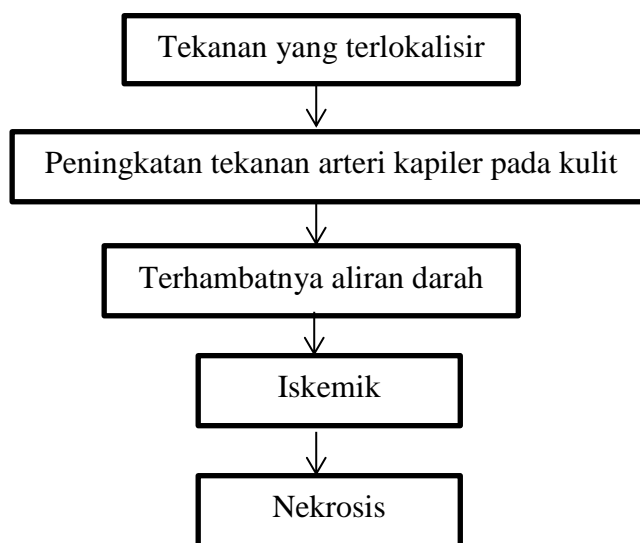
Stephen & Haynes (2014), mengilustrasikan area-area beresiko dekubitus :



Luka dekubitus terjadi dimana tonjolan tulang kontak dengan permukaan. Adapun lokasi yang paling sering adalah bokong, tumit, dan panggul (Stephen & Haynes, 2014).

2.3.5 Patofisiologi Dekubitus

Luka dekubitus merupakan dampak dari tekanan yang terlalu lama pada area permukaan tulang yang menonjol dan mengakibatkan berkurangnya sirkulasi darah pada area yang tertekan dan lama kelamaan jaringan setempat mengalami iskemik, hipoksia, dan berkembang menjadi nekrosis. Tekanan yang normal pada kapiler adalah 32 mmHg. Apabila tekanan kapiler melebihi dari tekanan darah dan struktur pembuluh darah pada kulit, maka akan terjadi kolaps. Dengan terjadi kolaps akan menghalangi oksigenasi dan nutrisi ke jaringan, selain itu area yang tertekan menyebabkan terhambatnya aliran darah. Dengan adanya peningkatan tekanan arteri kapiler terjadi perpindahan cairan ke kapiler, ini akan menyokong untuk terjadi edema dan konsekuensinya terjadi *autolysis*. Hal lain juga bahwa aliran *limpatik* menurun, ini juga menyokong terjadi edema dan berkontribusi untuk terjadi nekrosis pada jaringan (Suriadi, 2004).



Gambar 2.3 Patofisiologi luka dekubitus

2.3.6 Komplikasi dekubitus

Dekubitus merupakan sebuah tatanan klinis bagi perawat, yakni terkait dengan tindakan preventif perawat dan mengenai penatalaksanaan pada setiap tahap terjadinya dekubitus sehingga tidak terjadi komplikasi yang tidak diharapkan. Dekubitus memiliki beberapa dampak yang serius, baik secara klinis, psikologis, sosial, dan implikasi ekonomi. Dampak secara klinis berupa adanya gangguan dan ketidaknyamanan. Dalam klinis yang lebih ekstrim lagi yakni pasien meninggal akibat komplikasi luka tekan tersebut. Hal ini didukung dari pernyataan Ayello (2007) bahwa luka tekan menimbulkan komplikasi serius pada pasien, seperti sepsis bahkan kematian.

Durasi waktu yang dibutuhkan untuk penanganan atau pengobatannya, pasien dapat menghabiskan waktu selama berbulan-bulan, dan beberapa kasus mencapai tahunan. Dampak yang serius dari luka dekubitus khususnya pada pasien lanjut usia yang mengalami penurunan fungsi akan lebih luas pengaruhnya tidak hanya pada pasien namun juga system pelayanan kesehatan. Gangguan integritas kulit masalah yang sangat serius dan potensial menyebabkan kematian dan penderitaan pasien (Crisp&Taylor, 2006).

2.3.7 Pencegahan Dekubitus

1. Pencegahan Dekubitus berdasarkan faktor ekstrinsik

a. Massage Kulit dan pemberian lotion

Massage kulit merupakan tindakan stimulasi kulit dan jaringan dibawahnya dengan variasi tekanan tangan untuk mengurangi nyeri, memberikan relaksasi, dan meningkatkan sirkulasi. Perlindungan dasar

untuk mencegah kerusakan kulit, adalah kulit harus dijaga agar tetap bersih dan kering, menurut Perry & Potter (2010) setelah kulit dibersihkan, berikan pelembab yang digunakan untuk melindungi kulit dan sebagai pelumas kulit sehingga kulit tidak mudah lecet. Jenis produk untuk perawatan kulit sangat banyak yang penggunaannya harus disesuaikan dengan kebutuhan pasien. Umumnya lotion menggunakan komponen air sehingga ketika dipakai akan memberikan rasa segar.

Manfaat Massage Kulit

- 1) Menurunkan ketegangan otot
- 2) Meningkatkan sirkulasi darah
- 3) Menurunkan tekanan darah
- 4) Menurunkan nyeri
- 5) Menurunkan kecemasan
- 6) Memberikan kenyamanan
- 7) Meningkatkan sirkulasi

b. Alih baring (Perubahan Posisi)

Alih baring diberikan untuk mengurangi tekanan dan gaya gesek pada kulit. Penelitian yang dilakukan oleh Bujang (2013) salah satu tindakan untuk mencegah terjadinya dekubitus pada pasien CVA adalah dilakukan alih baring setiap 2 jam agar tidak terjadi penekanan yang terlalu lama. Kondisi pasien yang imobilisasi harus diubah posisinya. Telah direkomendasikan penggunaan jadwal tertulis untuk mengubah posisi pasien minimal tiap 2 jam, saat dilakukan perubahan posisi alat bantu

harus digunakan untuk melindungi tonjolan tulang. Prosedur melakukan alih baring untuk mencegah dekubitus (Perry&Potter, 2010).

- 1) Tahap Pra Interaksi
 - a) Melakukan verifikasi program pengobatan klien
 - b) Mencuci tangan
 - c) Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar
- 2) Tahap Orientasi
 - a) Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik
 - b) Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada klien/keluarga
 - c) Menanyakan persetujuan dan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan
- 3) Tahap kerja
 - a) Menjaga privacy klien
 - b) Merubah posisi dari terlentang ke miring
 - c) Menata beberapa bantal disebelah klien
 - d) Memiringkan klien ke arah bantal yang disiapkan
 - e) Menekuk lutut kaki yang atas
 - f) Memastikan posisi klien aman
 - g) Merapikan klien
- 4) Tahap terminasi
 - a) Mengevaluasi hasil tindakan
 - b) Berpamitan dengan klien/keluarga
 - c) Menginformasikan akan datang 2 jam lagi untuk merubah posisi selanjutnya dan 4 jam pada malam hari

- d) Mencuci tangan
- e) Mencatat kegiatan dalam lembar catatan

c. Kasur anti dekubitus (Kasur Angin)

Menurut Reddy et al (2006) dalam Rustina (2016) menyatakan pencegahan dekubitus dengan dukungan permukaan (*support surface*) berupa penggunaan berbagai macam matras atau tempat tidur khusus menurunkan kejadian dekubitus dibandingkan dengan tempat tidur standar. Penggunaan kasur khusus, bantalan khusus dengan tekanan permukaan yang cukup dapat digunakan untuk membantu mengurangi tekanan. Perawat dapat memilih tekanan permukaan (*interface pressure*), yang terbaik untuk kebutuhan pasien.

Tekanan permukaan (*interface pressure*) yang tinggi merupakan faktor yang signifikan untuk resiko perkembangan dekubitus (Suriadi, 2004). Perawat mempunyai peran yang sangat penting dalam upaya mengurangi kejadian dekubitus. Intervensi dalam perawatan kulit pasien akan menjadi salah satu indikator dalam kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan. Kerusakan integritas kulit dapat disebabkan karena trauma pada kulit, tertekannya kulit dalam waktu yang lama, sehingga menyebabkan lesi primer yang dapat memburuk dengan cepat menjadi lesi sekunder, seperti pada dekubitus. Kerusakan integritas kulit akan membutuhkan asuhan keperawatan yang lebih luas (Perry&Potter, 2010).

Kasur anti dekubitus (kasur angin) adalah kasur medis berbahan elastis berisi angin dalam bentuk gelombang udara yang mengembang, digunakan untuk pasien dalam kondisi tidak mampu bergerak/miring

kanan atau kiri. Kasur anti dekubitus ada jenis lain yang disebut *air doctor*, termasuk salah satu tipe matras anti dekubitus yang diproduksi oleh pabrik Youngwon Korea. Matras ini menggunakan kompresor angin untuk menjaga sirkulasi udara di dalam matras sehingga matras tetap terjaga suhunya. Bahan cover dalam menggunakan bahan cotton dan polyester sehingga mempunyai elastisitas yang cukup tinggi untuk ketahanan, bahan matras tahan lama dan kuat, sangat nyaman digunakan, anti jamur, cover tahan air.

Cara penggunaan :

- 1) Bentangkan kasur anti dekubitus diatas kasur tempat tidur pasien
- 2) Sambungkan kasur dengan mesin kompresor melalui selang in
- 3) Sambungkan kabel listrik
- 4) Tekan on untuk menghidupkan
- 5) Putar ukuran pengisian udara
- 6) Kasur siap dipakai pada kondisi sudah penuh udara

Macam-macam pemberian posisi

Kebanyakan orang mengganti posisi mereka secara konstan dan bergerak meskipun diatas tempat tidur. Namun, ketika pasien lemah atau nyeri, atau mengalami fraktur, atau paralysis atau tidak sadar, mereka tidak dapat mengubah posisi seperti orang normal. Mereka memerlukan bantuan untuk mengubah posisi seperti :

1) Posisi Miring Kanan-Kiri (Lateral)

Posisi miring membantu menghilangkan tekanan pada punggung dan tumit untuk individu yang tidak dapat turun dari tempat tidur atau

duduk dalam waktu yang lama. Posisi ini baik untuk istirahat atau tidur.

Posisinya adalah :

- a) Pasien berbaring pada salah satu posisi, biasanya dengan panggul dan lutut bagian atas ditekuk dan disokong dengan bantal
- b) Lengan atas ditekuk, dengan bantal bawahnya
- c) Kaki pasien disokong dengan bantal keras, jika perlu, untuk cegah *Food Drop*.

Sedangkan Patricia (2011) menyatakan bahwa pada posisi miring klien bersandar pada penyanggah tempat tidur, dengan sebagian besar tubuh berada pada pinggul dan bahu. Kesejajaran tubuh harus sama ketika berdiri, contohnya, struktur tulang belakang harus dipertahankan, kepala harus disokong pada garis tengah tubuh, dan rotasi tulang belakang harus dihindari.

Berikut ini masalah yang terjadi pada posisi miring :

- a) Fleksi lateral leher
- b) Lekung tulang belakang keluar dari kesejajaran normal
- c) Persendian bahu dan pinggul berotasi dalam, adduksi, atau disokong
- d) Kurangnya sokong kaki
- e) Titik penekanan di telinga, tulang illium, lutut, dan pergelangan kaki kurang terlindungi

2) **Posisi Sims**

Posisi Sims berbeda dengan posisi miring pada distribusi berat badan klien. Pada posisi sims berat badan berbeda pada tulang *illium*

anterior, humerus dan *klavikula*. Masalah umum pada posisi sims adalah sebagai berikut :

- a) Rotasi dalam, adduksi, atau kurang sokongan di bagu dan pinggul.
Sokongan di kaki
- b) Kurang perlindungan dari titik penekanan (Wahyuningsih, 2015).

3) Posisi Miring 30 derajat

Berdasarkan penelitian sebelumnya , terbukti bahwa luka dekubitus dapat dicegah. Salah satunya yaitu dengan pengaturan posisi. Saat ini telah dikembangkan bentuk pengaturan posisi yang dikenal sebagai posisi miring 30 derajat. Pengaturan posisi miring 30 derajat memiliki tekanan yang paling minimal dibandingkan posisi dengan derajat kemiringan yang lain. Tekanan yang minimal ini akan memperlambat terjadinya perkembangan luka dekubitus karena memfasilitasi suplai oksigen sebagai nutrisi jaringan kulit. Peneliti memilih untuk melakukan intervensi dengan posisi miring 30 derajat karena posisi miring 30 derajat dapat memfasilitasi suplai oksigen sebagai nutrisi jaringan kulit dan kelembapan sehingga tidak terjadi luka tekan. Pada saat pasien diposisikan semi fowler yang melebihi 30 derajat, pada posisi ini pasien bisa merosot ke bawah mengakibatkan tulangnya bergerak kebawah namun kulitnya masih tertinggal. Ini dapat mengakibatkan impitan pada pembuluh darah kulit, serta kerusakan pada permukaan kulit (Nursalam, 2008).

Penelitian yang dilakukan Colin menemukan bahwa saat pasien diposisikan miring sampai dengan 90 derajat, akan menimbulkan kerusakan suplai oksigen pada area trochanter dibandingkan dengan pasien

diposisikan miring hanya dengan 30 derajat (Colin, 2014). Young (2013) menjelaskan tentang bagaimana mengatur posisi miring 30 derajat pada pasien guna mencegah terjadinya luka tekan. Prosedur awalnya yaitu pasien ditempatkan persis ditengah tempat tidur, dengan menggunakan bantal untuk menyanggah kepala dan leher. Selanjutnya menempatkan penyanggah pada sudut antara bokong dan matras, dengan cara memiringkan panggul setinggi 30 derajat. Bantal berikutnya ditempatkan memajang diantara kedua kaki.



Gambar 2.5 Posisi miring 30 derajat mencegah dekubitus (Elizabeth, 2010)

2. Pencegahan dekubitus berdasarkan faktor intrinsic

a. Pemberian asupan nutrisi

Hipoalbumin, kehilangan berat badan dan malnutrisi umumnya diidentifikasi sebagai faktor predisposisi terhadap terjadinya dekubitus, terutama pada lansia. Derjata III dan IV dari dekubitus pada orang tua berhubungan dengan penurunan berat badan, rendahnya kadar albumin,

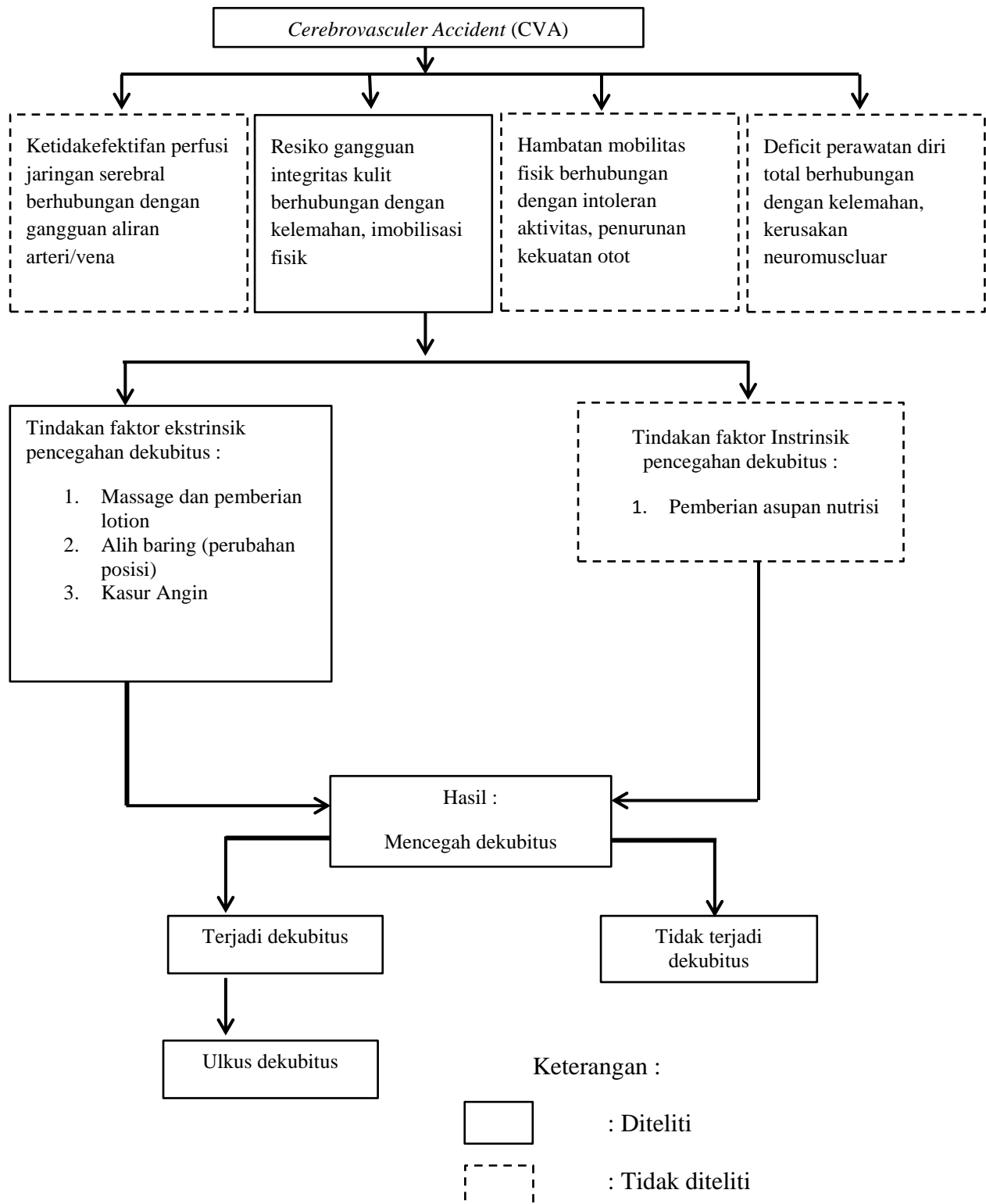
dan intake makanan yang tidak mencukupi (Guenter, 2012). Menurut Jaul (2014), ada korelasi yang kuat antara status nutrisi yang buruk dengan peningkatan resiko dekubitus. Keller (2011) menyebutkan bahwa 75% dari pasien dengan serum albumin dibawah 35 g/l beresiko terjadinya dekubitus dibandingkan dengan 16% pasien dengan level serum albumin yang lebih tinggi. Pasien yang level serum albuminnya dibawah 3 g/100 ml lebih beresiko tinggi mengalami luka daripada pasien yang level albumin tinggi (Potter&Perry, 2010).

Oleh karena itu perlu diberikannya asupan nutrisi untuk mengontrol berat badan dalam mencegah dekubitu sesuai prosedur :

- 1) Tahap Pra Interaksi
 - a) Melakukan verifikasi program diit klien
 - b) Mencuci tangan
 - c) Menempatkan alat di dekat klien dengan benar
- 2) Tahap Orientasi
 - a) Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik
 - b) Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada klien/keluarga
 - c) Menanyakan persetujuan dan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan dengan *inform consent*
- 3) Tahap kerja
 - a) Menjaga privacy klien
 - b) Memberi makanan tinggi serat
 - c) Mengonsumsi makanan tinggi protein
 - d) Minum air 6-8 gelas setiap hari

- e) Konsumsi kalori cukup untuk menjaga berat badan
 - f) Merapikan pasien
- 4) Tahap terminasi
- a) Mengevaluasi hasil tindakan
 - b) Berpamitan dengan klien/keluarga
 - c) Mencuci tangan
 - d) Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan dengan pedoman penilaian menggunakan derajat dekubitus menurut NPUAP (2014)

2.4 Kerangka Berfikir



Gambar 2.4 : Kerangka berpikir Evaluasi Tindakan Pencegahan Dekubitus pada pasien CVA yang mengalami hemiparesis sesuai dengan SOP di RS Siti Khodijah Sepanjang.