

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Stroke**

##### **2.1.1 Definisi Stroke**

Stroke adalah suatu kondisi gangguan fungsi otak yang disebabkan oleh terhambatnya aliran darah ke otak, baik akibat perdarahan maupun adanya sumbatan pada pembuluh darah. Tanda dan gejala yang timbul akan bergantung pada bagian otak yang mengalami gangguan tersebut. Kondisi ini dapat berakhir dengan pemulihan sempurna, menimbulkan kecacatan, atau bahkan menyebabkan kematian. Menurut World Health Organization (WHO), stroke diartikan sebagai gangguan fungsi otak yang terjadi secara tiba-tiba dengan gejala klinis, baik fokal maupun global, yang berlangsung lebih dari 24 jam sebagai akibat dari gangguan aliran darah ke otak. (Ratna, 2024).

##### **2.1.2 Klasifikasi**

Stroke digolongkan kedalam 2 yaitu:

a. Stroke Hemoragic

Stroke hemoragik terbagi atas beberapa golongan yaitu:

1) Hemoragik subaraknoid

Jenis stroke ini umumnya terjadi akibat trauma atau hipertensi. Penyebab yang paling sering adalah pecahnya aneurisma pada area sirkulasi Willis serta adanya malformasi arteri-vena kongenital pada otak.

2) Hemoragik intracerebral

Stroke jenis ini terjadi akibat perdarahan di dalam otak yang umumnya dipicu oleh aterosklerosis serebral. Kondisi tersebut berkaitan dengan perubahan degeneratif akibat penyakit tertentu yang menyebabkan pembuluh darah menjadi rapuh hingga pecah atau robek. Angka kejadiannya paling banyak ditemukan pada kelompok usia 40–70 tahun.

Pada penderita berusia di bawah 40 tahun, stroke ini umumnya berupa perdarahan intraserebral yang disebabkan oleh kelainan pembuluh darah, seperti malformasi arteri-vena, hemangioblastoma, maupun trauma. Selain itu, perdarahan intraserebral juga dapat dipicu oleh adanya tumor otak serta penggunaan obat-obatan tertentu. (Ratna, 2024)

b. Stroke non hemoragik

Stroke non hemoragik atau stroke iskemik merupakan kondisi yang terjadi akibat adanya sumbatan atau berkurangnya aliran darah ke otak. Stroke jenis ini selanjutnya dibedakan menjadi beberapa jenis, yaitu:

1) Stroke iskemik Emboli

Pada jenis stroke ini, emboli tidak terbentuk di pembuluh darah otak, melainkan berasal dari organ vital lain seperti jantung atau sistem vaskular sistemik.

2) Stroke iskemik Trombolisis

Stroke terjadi akibat terbentuknya bekuan darah yang menghambat aliran ke otak. Kondisi ini dapat dibedakan menjadi stroke pada pembuluh darah besar (termasuk sistem arteri karotis) yang mencakup sekitar 70% kasus, serta stroke pada pembuluh darah kecil (termasuk sirkulus Willis dan sirkulasi posterior) yang disebabkan oleh adanya trombus pada pembuluh tersebut. (Ratna, 2024)

### 2.1.3 Faktor Resiko

Stroke memiliki faktor risiko yang dapat menjadi penyebab atau etiologi seseorang mengalami stroke. Faktor risiko tersebut dikelompokkan kedalam dua kelompok yang terdiri faktor risiko yang bersifat permanen (reversibel) dan faktor risiko yang tidak permanen (ireversibel). Faktor risiko stroke yang bersifat permanen adalah umur, gender, suku, riwayat penyakit stroke sebelumnya. Sedangkan Faktor risiko stroke yang bersifat tidak permanen adalah hipertensi, diabetes, merokok, obesitas, dan dislipidemia.

a. Faktor risiko yang tidak dapat diubah

Faktor risiko stroke yang tidak dapat dimodifikasi meliputi usia, jenis kelamin, suku, riwayat keluarga, serta riwayat stroke sebelumnya. Risiko terjadinya stroke akan meningkat seiring bertambahnya usia. Meskipun dapat terjadi pada semua kelompok usia, kejadian stroke lebih sering ditemukan pada usia lanjut. Selain itu, laki-laki cenderung memiliki risiko lebih tinggi mengalami stroke, yang dipengaruhi oleh faktor seperti hipertensi dan kebiasaan merokok (Joyo Minardo et al., 2025).

b. Risiko yang dapat di ubah (reversibel)

Faktor risiko stroke yang bersifat dapat diubah (reversibel) penting untuk diketahui agar setiap individu mampu mengontrol dan menghindarinya. Salah satu faktor risiko utama stroke adalah hipertensi, selain dislipidemia atau gangguan kadar lemak dalam darah (Pinzon, 2016). Penelitian oleh Utama dan Nainggolan (2022) juga menjelaskan bahwa beberapa faktor yang masih dapat dimodifikasi meliputi penyakit yang berhubungan dengan sistem kardiovaskular, seperti tekanan darah tinggi, kadar kolesterol yang meningkat, kelebihan berat badan atau obesitas, penyakit jantung koroner, kebiasaan merokok, serta kurangnya aktivitas fisik (Joyo Minardo et al., 2025).

#### **2.1.4 Manifestasi Klinis**

Penyakit stroke dapat menimbulkan berbagai tanda dan gejala pada penderitanya. Gejala klinis yang timbul akan berbeda-beda, tergantung pada bagian otak yang mengalami gangguan atau kerusakan. Apabila gangguan terjadi pada pembuluh darah otak yang menyuplai darah ke lobus frontal dan parietal, maka dapat timbul gejala seperti kelemahan pada anggota gerak serta gangguan sensasi pengecap. Selain itu, stroke yang menyerang otak kecil juga dapat menyebabkan pusing atau vertigo. Beberapa tanda dan gejala yang umum muncul pada penderita stroke adalah sebagai berikut (Joyo Minardo et al., 2025):

a. Kelumpuhan anggota Gerak

Kelumpuhan anggota Gerak merupakan ketidakmampuan anggota ekstremitas pada tubuh untuk bisa melakukan pergerakan serta

hilangnya kekuatan tonus otot. Kelumpuhan anggota Gerak ini biasanya terjadi pada ekstremitas atas dan juga ekstremitas bawah pada satu sisi tubuh yaitu sebelah kanan maupun sebelah kiri. Kelemahan ekstremitas atau anggota Gerak ini bertolak belakang dengan sisi kerusakan yang terjadi pada otak. Jika gangguan pada sirkulasi darah ke otak bagian kanan yang terganggu maka masalah kelemahan atau kelumpuhan ekstremitas terjadi di sisi sebelah kiri begitu juga sebaliknya, jika yang mengalami gangguan sirkulasi darah adalah otak sebelah kiri maka ekstremitas kanan yang akan mengalami kelumpuhan serta gangguan mobilitas. (Jessyca & Sasmita, 2021). Jika kondisi ini tidak segera ditangani melalui terapi yang sesuai, gangguan mobilitas yang terjadi berisiko menimbulkan kecacatan yang bersifat permanen (Joyo Minardo et al., 2025)

b. Wajah perot

Kesimetrisan wajah pada pasien yang mengalami stroke bisa mengalami perubahan, bagian wajah pada satu sisi akan mengalami perubahan posisi yang cenderung lebih rendah dari pada posisi wajah pada sisi lainnya atau biasa dikenal dengan istilah *face drooping*. Sisi wajah yang mengalami perubahan posisi disebabkan oleh adanya masalah pada saraf otak ke-7 atau saraf fasialis yang berfungsi sebagai pengendali pergerakan wajah, pengecapan serta produksi air mata. Gejala *facial drooping* dapat muncul bersama tanda dan gejala stroke lainnya ataupun tanpa disertai gejala lain. Pemeriksaan dapat dilakukan dengan meminta pasien tersenyum agar ketidaksimetrisan pada wajah, terutama pada senyum pasien, dapat terlihat dengan jelas (Joyo Minardo et al., 2025).

c. Gangguan Bicara

Pasien stroke juga dapat menunjukkan gejala bicara yang tidak jelas (*slurred speaking*) atau ketidakmampuan berbicara (*afasia*). Hal ini umumnya disebabkan oleh kelumpuhan saraf otak ke-12 atau lobus frontotemporal pada otak. Berikan pertanyaan sederhana terkait identitas pasien serta perhatikan pasien saat menjawab pertanyaan apakah suara terdengar jelas atau kalimat yang diucapkan terdengar

pelo atau tidak jelas artikulasinya. Jika pasien tiba-tiba mengalami kesulitan berbicara atau pelo maka dapat dipastikan bahwa kemungkinan pasien mengalami serangan stroke. Selain itu, pemeriksaan dapat dilakukan dengan meminta pasien menjulurkan lidah. Pada pasien yang mengalami stroke, lidah biasanya akan tampak miring ke arah sisi yang mengalami kelumpuhan (Joyo Minardo et al., 2025).

d. Pusing berputar

Sensasi pusing berputar yang disertai rasa mual hingga muntah dapat menjadi salah satu manifestasi klinis stroke. Kondisi ini dapat terjadi akibat gangguan pada pusat keseimbangan otak, terutama pada area cerebellum, sehingga menimbulkan vertigo. Meskipun demikian, gejala vertigo perlu dipastikan lebih lanjut oleh tenaga kesehatan untuk menegakkan diagnosis, karena keluhan tersebut tidak selalu merupakan tanda atau gejala stroke (Joyo Minardo et al., 2025).

e. Nyeri kepala

Sakit kepala merupakan salah satu keluhan yang umum dan sering dialami. Sebagian besar kasus nyeri kepala, yaitu lebih dari 95%, disebabkan oleh ketegangan otot dan termasuk nyeri kepala primer, sedangkan sebagian kecil lainnya terjadi akibat penyakit tertentu atau disebut nyeri kepala sekunder, salah satunya stroke. Karakteristik nyeri kepala pada stroke biasanya muncul secara tiba-tiba, terasa berat, dan disertai gejala lain yang mengarah pada tanda stroke (Joyo Minardo et al., 2025).

f. Penurunan kesadaran

Penurunan tingkat kesadaran merupakan salah satu gejala klinis pada stroke yang perlu mendapat perhatian khusus, terutama jika terjadi secara tiba-tiba. Kondisi ini memerlukan penanganan segera dengan membawa pasien ke rumah sakit agar dapat dilakukan pemeriksaan penunjang untuk menegakkan diagnosis stroke secara tepat. Namun, perlu dipahami bahwa tidak semua kasus penurunan kesadaran disebabkan oleh stroke. Kondisi lain, seperti

ketidakseimbangan kadar glukosa darah maupun gangguan elektrolit, juga dapat menyebabkan penurunan kesadaran. Oleh karena itu, diperlukan data penunjang lain yang berkaitan dengan stroke untuk memperkuat diagnosis (Joyo Minardo et al., 2025).

g. Gejala lain

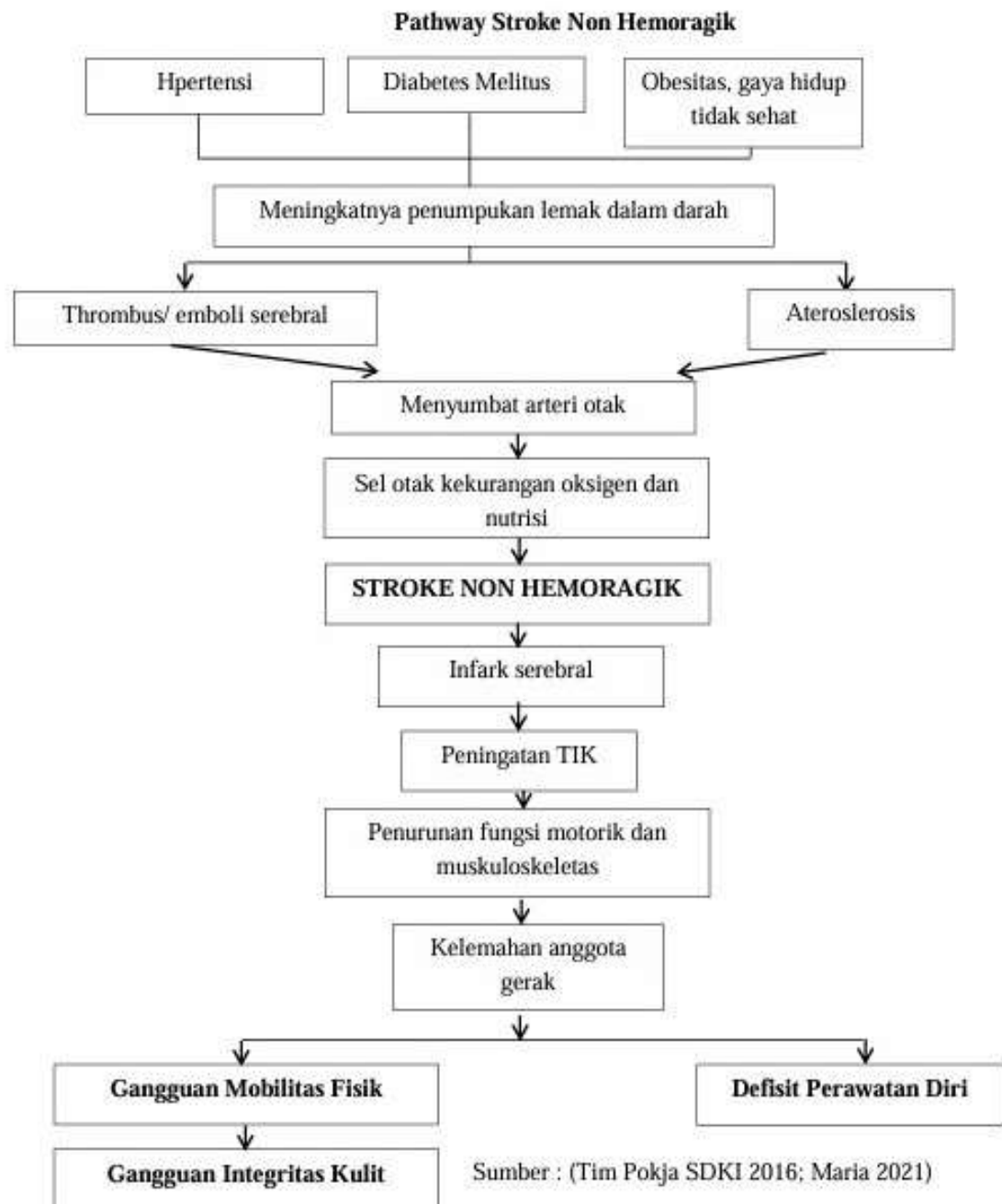
Gejala stroke pada umumnya bergantung pada bagian otak yang terkena. Karena stroke terjadi secara tiba-tiba, seseorang yang sebelumnya tampak sehat tetapi mendadak mengalami gangguan saraf perlu dicurigai mengalami stroke hingga ada pemeriksaan yang membuktikan sebaliknya. Tanda yang dapat muncul antara lain perubahan perilaku, menurunnya ketajaman penglihatan, gangguan lapang pandang, dan kesulitan menelan (Joyo Minardo et al., 2025).

### 2.1.5 Patofisiologi

Stroke iskemik dan hemoragik memiliki patofisiologi yang berbeda. Pada stroke iskemik, penurunan aliran darah menyebabkan hipoksia dan deplesi energi sel, yang memicu pelepasan glutamat berlebihan, influx kalsium intraseluler, stres oksidatif, dan inflamasi sehingga terjadi eksitotoksisitas dan kematian neuron. Di sisi lain, stroke hemoragik terjadi akibat pecahnya pembuluh darah yang menyebabkan perdarahan intraserebral atau subaraknoid, menimbulkan efek massa, peningkatan tekanan intrakranial, serta kerusakan jaringan sekunder akibat produk darah dan respons inflamasi setempat.

Patofisiologi stroke juga berbeda berdasarkan usia. Pada lansia, stroke iskemik umumnya disebabkan oleh aterosklerosis dan penyakit pembuluh darah kecil. Sebaliknya, pada dewasa muda lebih sering terkait dengan diseksi arteri, emboli kardiogenik (misalnya foramen ovale paten), serta keadaan hiperkoagulabilitas yang dipengaruhi oleh faktor genetik dan gaya hidup, seperti kebiasaan merokok dan penggunaan zat terlarang. Perbedaan ini menegaskan pentingnya pendekatan diagnosis dan terapi yang disesuaikan dengan usia pasien.

## 2.1.6 Pathway



### 2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan untuk pasien stroke adalah:

- a. Pemeriksaan laboratorium; tes darah dilakukan untuk mengetahui sel darah putih, kadar gula darah, infeksi dalam darah, elektrolit darah dan kecepatan pembekuan darah.
- b. CT Scan, untuk mendeteksi tanda tanda perdarahan di otak.
- c. MRI, untuk mengetahui gambaran lebih detail jaringan otak yang mengalami kerusakan.
- d. Elektrokardiografi, untuk mengetahui gangguan irama pada jantung.
- e. USG Doppler karotis, digunakan untuk menilai adanya penumpukan lemak (plak) serta kondisi aliran darah pada arteri karotis.
- f. Ekokardiografi, digunakan untuk menilai penurunan fungsi pemompaan jantung serta mendeteksi adanya sumber bekuan darah di dalam jantung. (Rinnelya Agustien et al., 2025)

### 2.1.8 Penatalaksanaan

Terapi yang digunakan tergantung pada tipe stroke. Pada terapi stroke iskemik umumnya menggunakan obat. Terdapat dua terapi obat yang biasa digunakan pada stroke iskemik yakni (Rinnelya Agustien et al., 2025):

Antitrombotik yang berfungsi mencegah terbentuknya bekuan darah baru yang dapat menyumbat arteri otak dan memicu terjadinya stroke.. Kelompok obat ini mencakup obat antiplatelet dan antikoagulan, yang juga disebut pengencer darah. Obat ini membantu menghentikan sel dan faktor lain dalam darah agar tidak saling menempel dan membentuk bekuan darah.

Trombolitik, yang berfungsi menangani stroke dengan cara melarutkan bekuan darah yang menghambat aliran darah menuju otak. Obat yang paling umum digunakan sebagai terapi trombolitik disebut aktivator trombolastin (t-PA), tetapi obat lain juga dapat melakukan hal yang sama. Memulai pengobatan dengan t-PA dalam waktu tiga jam memiliki prognosa yang baik pada stroke iskemik.

Di sisi lain, stroke hemoragik biasanya memerlukan tindakan pembedahan atau prosedur medis lainnya untuk menghentikan perdarahan serta mengurangi tekanan pada otak akibat penumpukan cairan. (Rinnelya Agustien et al., 2025).

## **2.2 Konsep Aman Nyaman**

### **2.2.1 Definisi**

Menurut Abraham Maslow, rasa aman merupakan kebutuhan yang mendorong individu untuk mencapai ketenangan, kepastian, dan keteraturan dalam lingkungannya. Kondisi aman dapat diartikan sebagai keadaan yang terbebas dari ancaman, baik secara fisik maupun psikologis. (Alligood, 2018). Di sisi lain, menurut teori kenyamanan dari Katharine Kolcaba, kenyamanan merupakan suatu kondisi ketika kebutuhan dasar individu terpenuhi, yang mencakup aspek kelegaan, ketenangan, dan transendensi (Nurchayaningtyas et al., 2024). Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa kebutuhan rasa aman dan nyaman merupakan kondisi di mana pasien merasakan ketenangan, terpenuhinya berbagai kebutuhannya, serta berkurangnya rasa nyeri yang dialami.

### **2.2.2 Prinsip Kebutuhan Aman dan Nyaman**

Terdapat 6 prinsip dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman, yaitu :

1. Fisik, dimana prinsip ini berkaitan dengan kebutuhan dari dalam (Internal) seseorang.
2. Sosial, merupakan prinsip yang berkaitan dengan orang-orang dan aktivitas disekitar seperti bersama teman-teman atau keluarga.

3. Fisik, dimana prinsip ini berkaitan dengan kebutuhan dari dalam (Internal) seseorang.
4. Sosial, merupakan prinsip yang berkaitan dengan orang-orang dan aktivitas disekitar seperti bersama teman-teman atau keluarga.
5. Psikospiritual, yaitu prinsip yang berhubungan dengan aspek kesadaran diri yang berasal dari dalam individu, seperti seksualitas, harga diri, dan tujuan hidup.
6. Lingkungan, yang berkaitan dengan suasana sekitar, alam, cahaya dan suara.

### **2.2.3 Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan aman dan nyaman.**

Terdapat pula faktor-faktor yang berdampak ada keselamatan dan keamanan seseorang yaitu :

1. Emosi: Kondisi psikologis seperti kecemasan, keputusasaan, dan kemarahan dapat dengan mudah mengganggu kenyamanan dan rasa aman.
2. Status Mobilisasi: Kondisi fisik yang meningkatkan risiko cedera meliputi penurunan kesadaran, kelumpuhan, kelemahan otot, serta keterbatasan gerak.
3. Gangguan Persepsi Sensorik: Adanya gangguan persepsi sensorik, seperti masalah pada penglihatan, dapat memengaruhi kemampuan individu dalam merespons rangsangan yang berpotensi membahayakan.
4. Kekebalan: Penurunan daya tahan tubuh menyebabkan individu lebih rentan terhadap penyakit.
5. Tingkat Kesadaran: Pasien dengan kesadaran menurun, seperti pada kondisi koma, dapat mengalami kelumpuhan, kebingungan, gangguan tidur, serta respons yang terbatas terhadap rangsangan.
6. Informasi atau Komunikasi: Hambatan dalam komunikasi dapat menyebabkan kesalahan dalam menerima atau memahami informasi.
7. Tingkat Pengetahuan : Kurangnya pengetahuan dapat memengaruhi kemampuan individu dalam mengantisipasi risiko terhadap keselamatan dan keamanan.

8. Tingkat Kesadaran: Pasien dengan kesadaran menurun, seperti pada kondisi koma, dapat mengalami kelumpuhan, kebingungan, gangguan tidur, serta respons yang terbatas terhadap rangsangan.
9. Informasi atau Komunikasi: Hambatan dalam komunikasi dapat menyebabkan kesalahan dalam menerima atau memahami informasi.
10. Tingkat Pengetahuan : Kurangnya pengetahuan dapat memengaruhi kemampuan individu dalam mengantisipasi risiko terhadap keselamatan dan keamanan.
11. Terlalu sering menggunakan antibiotik: Pemakaian antibiotik yang tidak tepat atau berlebihan dapat menimbulkan risiko seperti syok anafilaksis dan resistensi.
12. Status gizi: Malnutrisi dapat meningkatkan risiko terjadinya penyakit serta menyebabkan kelemahan fisik.
13. Usia: Respons terhadap nyeri dapat berbeda sesuai dengan tahap perkembangan, seperti pada anak-anak dan lansia.
14. Jenis kelamin: Secara umum, perbedaan respons terhadap rasa tidak nyaman antara pria dan wanita tidak terlalu signifikan.
15. Budaya: Nilai dan norma budaya turut memengaruhi mekanisme coping individu dalam menghadapi masalah.

## **2.3 Konsep Luka Dekubitus**

### **2.3.1 Definisi**

Dalam terminologi medis, kata "ulkus" mungkin terdengar sederhana, namun secara klinis, ia merepresentasikan sebuah kondisi patologis yang signifikan pada integritas jaringan tubuh manusia. Ulkus, yang dalam istilah sehari-hari lebih dikenal sebagai borok atau bisul terbuka, didefinisikan sebagai diskontinuitas atau putusnya lapisan selaput lendir atau kulit yang disertai dengan hilangnya jaringan pada area tersebut. Berbeda dengan luka lecet atau luka sayat biasa yang cenderung sembuh dalam hitungan hari, ulkus memiliki karakteristik sebagai luka yang kronis, sulit sembuh, dan sering kali melibatkan kerusakan

yang menembus lapisan dermis pada kulit atau lapisan submukosa pada organ dalam. Keberadaan ulkus adalah tanda nyata bahwa mekanisme pertahanan tubuh sedang kalah melawan faktor perusak, baik itu berupa infeksi, gangguan sirkulasi darah, maupun paparan zat kimia yang bersifat korosif. (Amalia et al., 2026)

Ulkus dekubitus merupakan luka pada kulit hingga jaringan di bawahnya yang disebabkan oleh tekanan berkepanjangan akibat posisi tubuh yang tidak berubah dalam waktu lama. Luka ini umumnya muncul pada area tubuh yang sering mengalami tekanan tinggi, seperti tumit, siku, pinggul, bokong, dan tulang ekor, serta sering disebut juga sebagai *bed sore*. Pada kelompok lansia, risiko terjadinya ulkus dekubitus lebih tinggi karena dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti neuropati perifer, gangguan vaskular, dan status nutrisi yang kurang baik. Selain itu, proses degeneratif yang terjadi pada usia lanjut menyebabkan penurunan fungsi tubuh dan keterbatasan gerak, bahkan dapat menimbulkan gangguan mobilitas total. Kondisi ini menyebabkan lansia lebih banyak menghabiskan waktu dalam posisi berbaring di tempat tidur atau duduk di kursi roda dalam jangka waktu lama, sehingga bagian tubuh tertentu mengalami tekanan yang berulang dan berlangsung terus-menerus. (Yuli Erlina, 2025).

Kesimpulannya, dekubitus atau luka tekan merupakan luka yang muncul karena degeneratif sel serta kondisi lemah yang menyebabkan gerak tubuhnya menjadi terbatas bahkan mengalami gangguan mobilitas fisik secara total sehingga jika terus-menerus kulit akan mengalami gesekan dan peningkatan suhu sehingga muncul luka tekan atau *ulkus dekubitus*.

### 2.3.2 Faktor Penyebab

Luka dekubitus merupakan akibat dari tekanan berkepanjangan pada area tulang yang menonjol, sehingga aliran darah di daerah tersebut berkurang. Seiring waktu, kondisi ini menyebabkan jaringan mengalami iskemia, hipoksia, hingga akhirnya berkembang menjadi nekrosis. Ada 2 faktor yang mempengaruhi penyebab dekubitus, antara lain:

a. Faktor Ekstrinsik (Penyebab Dekubitus)

- 1) **Gaya gesek:** misalnya pasien yang merosot dari tempat tidur atau teknik pemindahan yang kurang tepat.

- 2) **Tekanan berkepanjangan:** kulit dan jaringan di bawahnya terjepit antara tulang dan permukaan keras; tekanan ringan yang berlangsung lama sama berbahayanya dengan tekanan kuat dalam waktu singkat.
- 3) **Friksi:** adanya gesekan berulang pada area yang berisiko tinggi.
- 4) **Kelembapan:** kondisi kulit yang lembap dapat meningkatkan risiko terjadinya luka.
- 5) **Lokasi tekanan:** area yang paling sering mengalami ulkus dekubitus adalah daerah sakrum, trokanter femur, dan lutut. (Yuli Erlina, 2025)

b. Faktor Intrinsik (Faktor eksaserbasi)

- 1) **Imobilitas:** terjadi akibat kondisi seperti paralisis, penggunaan traksi, anestesi, gangguan sendi, nyeri, maupun efek sedasi.
- 2) **Perubahan tingkat kesadaran:** dapat disebabkan oleh gangguan neurologis, trauma berat, atau penggunaan analgesik narkotik.
- 3) **Penurunan sensasi:** seperti pada kondisi hemiparesis dan neuropati perifer.
- 4) **Usia: risiko** meningkat pada individu lanjut usia, terutama di atas 70 tahun.
- 5) **Inkontinensia urine**
- 6) **Malnutrisi**
- 7) **Dehidrasi**

### 2.3.3 Grade Luka Dekubitus

Terdapat 4 stadium dalam luka dekubitus sebagai berikut :



*Gambar 2.1 Grade Ulkus Dekubitus*

a. Stadium 1

Adanya eritema atau kemerahan pada kulit, atau bila ditekan dengan jari, kemerahan tidak kembali putih.

b. Stadium 2

Terjadi kerusakan pada lapisan epidermis atau dermis yang ditandai dengan adanya luka lecet atau lepuhan.

c. Stadium 3

Terjadi kerusakan pada seluruh lapisan kulit hingga mencapai jaringan subkutan, disertai nekrosis namun tanpa kedalaman luka yang signifikan.

d. Stadium 4

Kerusakan dapat melibatkan seluruh ketebalan kulit, disertai nekrosis yang meluas hingga jaringan otot, bahkan pada kasus yang lebih berat dapat mencapai tulang atau tendon. (Yuli Erlina, 2025).

#### **2.3.4 Penanganan Luka Dekubitus**

Pencegahan dekubitus dapat dilakukan melalui berbagai upaya. Berdasarkan panduan praktik klinik dari American Health Care Plan Resources (AHCPR), intervensi keperawatan untuk mencegah dekubitus dibagi menjadi tiga kategori, yaitu perawatan kulit dan penanganan dini, penggunaan alas tempat tidur yang sesuai, serta pemberian edukasi kepada pasien dan keluarga.

Perawatan kulit dan penanganan dini mencakup penilaian risiko, perbaikan kondisi umum pasien, menjaga kebersihan dan kesehatan kulit, melakukan perubahan posisi secara teratur, serta pemberian pijatan untuk membantu mengurangi tekanan. (Sumardino et al., 2007). Identifikasi pasien yang memiliki risiko tinggi mengalami luka tekan sangat penting untuk meningkatkan efektivitas penatalaksanaan, karena akan menentukan strategi serta intervensi pencegahan yang tepat. Oleh sebab itu, pengkajian risiko luka tekan sebaiknya menggunakan skala penilaian yang direkomendasikan agar dapat diterapkan secara optimal dalam praktik klinis. (Saputra et al., 2024).

## 2.4 Konsep Perawatan Luka

### 2.4.1 Definisi Perawatan Luka

Perawatan luka merupakan salah satu aspek penting dalam menjaga kesehatan dan keselamatan individu. Setiap luka, baik yang disebabkan oleh cedera ringan maupun berat, memerlukan penanganan yang tepat untuk mencegah terjadinya infeksi serta mempercepat proses penyembuhan. Sebagai organ terluar tubuh, kulit memiliki fungsi utama sebagai pelindung terhadap berbagai ancaman dari lingkungan luar. Oleh karena itu, tindakan perawatan luka yang sesuai sangat diperlukan untuk mempertahankan integritas jaringan kulit dan mencegah timbulnya komplikasi lebih lanjut (Kusyati et al., 2024).

Seiring perkembangan ilmu kesehatan, kini tersedia metode perawatan luka modern yang dapat diterapkan pada luka diabetik, luka bakar, maupun jenis luka lainnya. Teknik ini memungkinkan luka yang sudah cukup parah, termasuk yang mulai mengalami pembusukan, untuk dirawat secara bertahap hingga proses penyembuhan tercapai tanpa harus dilakukan amputasi (Kusyati et al., 2024).

Perawatan luka konvensional dan modern memiliki perbedaan yang cukup mendasar. Pada metode konvensional, luka biasanya dirawat dalam kondisi kering sehingga kasa sering melekat pada permukaan luka. Kondisi ini dapat memperlambat pertumbuhan jaringan baru dan meningkatkan risiko infeksi. Sementara itu, metode modern menggunakan prinsip perawatan luka lembap (*moist*), yang mampu mempercepat pertumbuhan jaringan dan mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi (Kusyati et al., 2024).

### 2.4.2 Tujuan Perawatan Luka

Tujuan dari perawatan luka adalah :

- a. Melindungi luka dari cedera atau trauma mekanis
- b. Menjaga agar luka tetap dalam kondisi tidak banyak bergerak (imobilisasi)
- c. Menyerap cairan atau drainase dari luka
- d. Membantu menjaga keseimbangan (homeostasis)
- e. Menghambat atau membasmi mikroorganisme
- f. Menciptakan lingkungan fisiologis yang mendukung proses penyembuhan luka
- g. Mencegah terjadinya perdarahan
- h. Meningkatkan kenyamanan baik secara fisik maupun psikologis
- i. Mengevaluasi tingkat kerusakan pada jaringan atau struktur yang terdampak (Kes et al., 2025)

### 2.4.3 Indikasi Perawatan Luka

- a. Balutan mengalami kotor atau basah akibat faktor dari luar
- b. Terdapat rembesan eksudat
- c. Dilakukan untuk menilai kondisi luka
- d. Dilakukan secara berkala guna mempercepat proses debridemen jaringan nekrotik (Kes et al., 2025)

### 2.4.4 Kedalaman luka Dekubitus

Berdasarkan kedalaman dan luasnya luka, luka dibagi menjadi 4 tingkatan:

- a. Tingkat I: Luka superfisial (*non-blanching eritema*), yaitu kerusakan yang hanya terjadi pada lapisan epidermis kulit.
- b. Tingkat II: Luka *partial thickness*, yaitu hilangnya sebagian lapisan kulit yang meliputi epidermis dan bagian atas dermis.
- c. Tingkat III: Luka *full thickness*, yaitu kehilangan seluruh lapisan kulit

hingga mencapai epidermis, dermis, dan fascia, namun belum melibatkan otot.

- d. Tingkat IV: Luka *full thickness*, yaitu kehilangan seluruh lapisan kulit hingga mencapai epidermis, dermis, dan fascia, namun belum melibatkan otot. (Kes et al., 2025)

#### 2.4.5 Proses Penyembuhan Luka

Proses penyembuhan luka pada jaringan kulit membutuhkan waktu yang berbeda-beda pada setiap individu. Penyembuhan tersebut berlangsung melalui beberapa fase:

##### a. *Hemostatis*

Ketika terjadi luka terbuka akibat sayatan atau goresan benda tajam, kulit yang terluka umumnya akan mengeluarkan darah. Dalam kondisi ini, pembuluh darah akan segera menyempit sebagai bagian dari proses pembekuan darah (hemostasis). Tujuannya untuk menghentikan perdarahan sehingga tubuh tidak kehilangan terlalu banyak darah. Pada proses pembekuan darah, darah yang tadinya cair akan mengental dan menggumpal. Komponen yang berperan dalam proses hemostasis adalah trombosit dan fibrin. Trombosit berfungsi menutup pembuluh darah yang mengalami kerusakan, sedangkan fibrin membentuk serabut halus yang memperkuat sumbatan sehingga darah dapat membeku. Setelah mengalami proses pengeringan, bekuan darah tersebut akan berubah menjadi keropeng. (Kes et al., 2025).

##### b. *Inflamasi*

Fase ini dimulai ketika luka terjadi, yaitu saat proses hemostasis berlangsung. Pada tahap ini, sel yang rusak akan melepaskan histamin dan mediator lainnya, yang memicu reaksi peradangan serta perpindahan sel darah putih ke area luka. Respons dari pembuluh darah dan sel-sel tubuh tersebut bertujuan untuk membersihkan zat asing serta jaringan mati. Peningkatan aliran darah ke area luka juga membantu membawa nutrisi yang diperlukan, sehingga luka biasanya terlihat merah dan bengkak (Kes et al., 2025).

Selama proses migrasi sel, leukosit terutama neutrofil akan bergerak menuju ruang interstisial. Setelah sekitar 24 jam pasca cedera,

peran ini kemudian digantikan oleh makrofag melalui proses fagositosis. Makrofag juga menghasilkan faktor angiogenesis (AGF) yang merangsang pembentukan tunas epitel pada ujung pembuluh darah yang rusak. Jaringan mikrosirkulasi yang terbentuk selanjutnya berperan dalam mendukung proses penyembuhan luka.

Pada tahap ini, makrofag dan AGF berfungsi penting dalam proses penyembuhan luka. Respons inflamasi yang muncul sangat diperlukan, sehingga jika proses tersebut dihambat, seperti oleh penggunaan steroid, penyembuhan luka dapat berjalan lebih lambat dan berisiko menimbulkan komplikasi. Pada fase ini juga mulai terbentuk lapisan tipis sel epitel yang menutupi permukaan luka (Kes et al., 2025).

*c. Proliferasi*

Setelah area luka menjadi steril, sel-sel darah mulai menghasilkan senyawa kimia yang berperan dalam merangsang pembentukan kolagen. Pada fase ini, pembuluh darah baru diperkuat oleh jaringan ikat yang mengisi area luka. Fase proliferasi umumnya dimulai sekitar hari ke-4 atau ke-5 setelah cedera dan berlangsung selama kurang lebih dua minggu, dengan pembentukan jaringan baru yang terjadi melalui tiga proses utama. (Kes et al., 2025).

*d. Granulasi*

Kapiler dari pembuluh darah di sekitar area luka akan tumbuh menuju dasar luka. Pada saat yang sama, fibroblas menghasilkan kolagen untuk memperkuat serta mempertahankan integritas jaringan luka. Jaringan granulasi yang sehat biasanya berwarna merah cerah, memiliki permukaan yang halus dan mengilap, serta dasar luka tampak menyusut dan tidak mudah mengalami perdarahan. (Kes et al., 2025).

*e. Kontraksi luka*

Ketika luka telah dipenuhi jaringan ikat, fibroblas akan berkumpul di tepi luka dan berkontraksi sehingga kedua sisi luka menjadi lebih dekat. Seiring dengan mengecilnya fibroblas dan serat kolagen, terbentuk jaringan parut fibrosa epitel yang lebih kuat. Proses ini juga menyebabkan terjadinya kontraksi pada area luka serta penutupan sebagian kapiler darah (Kes et al., 2025).

f. *Epitelisasi*

Sel epitel baru akan berkembang di atas permukaan luka untuk membentuk lapisan kulit yang baru. Jaringan ini biasanya tampak berwarna putih kemerahan dan sedikit transparan.

g. *Maturasi*

Fase ini merupakan tahap terakhir dalam proses penyembuhan luka, yaitu penguatan jaringan baru yang telah terbentuk. Pada tahap ini, bekas luka biasanya sudah tertutup oleh lapisan kulit baru, dan pasien sering merasakan rasa gatal sebagai bagian dari proses penyembuhan. Setelah epitelisasi selesai, jaringan baru akan mengalami proses *remodeling* untuk meningkatkan kekuatan jaringan parut. Tahap ini meliputi penyerapan jaringan yang berlebih, pengerutan sesuai gaya gravitasi, dan pembentukan kembali jaringan baru. Fase pematangan ini dimulai sekitar hari ke-21 dan dapat berlangsung selama beberapa bulan hingga dua tahun, tergantung jenis luka (Kes et al., 2025).

## 2.5 Konsep Asuhan Keperawatan

### 2.5.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan pada pasien dengan luka ulkus dekubitus merupakan tahap awal yang dilakukan secara sistematis dan menyeluruh untuk memperoleh data klinis mengenai kondisi luka serta faktor-faktor yang memengaruhi proses penyembuhannya. Pengkajian ini meliputi data subjektif yang diperoleh dari pasien maupun keluarga, seperti keluhan utama, riwayat luka, tindakan perawatan yang pernah dilakukan sebelumnya, serta kebiasaan dalam merawat luka. Sementara itu, data objektif mencakup lokasi luka, ukuran dan kedalaman luka, warna jaringan seperti jaringan granulasi atau nekrotik, kondisi tepi luka, jumlah eksudat, bau luka, serta adanya tanda-tanda infeksi. Selain itu, dilakukan juga penilaian terhadap kondisi saraf dan sirkulasi di area sekitar luka, misalnya adanya mati rasa, kesemutan, perubahan suhu, maupun perubahan warna kulit. Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan data klien secara menyeluruh dan

sistematis terkait identitas serta kondisi kesehatannya. Beberapa aspek yang perlu dikaji antara lain sebagai berikut. (Ratna, 2024):

a. Pengumpulan data

Pengumpulan data secara terstruktur dapat membantu dalam menentukan status kesehatan pasien, pola pertahanan tubuh, serta mengidentifikasi kekuatan dan kebutuhan pasien melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, dan pemeriksaan penunjang lainnya.

b. Identifikasi klien

Biasanya meliputi nama, tempat/tanggal lahir, jenis kelamin, status kawin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat dan diagnose medis.

c. Identifikasi penanggung jawab

Biasanya meliputi nama, pekerjaan, alamat dan hubungan dengan klien.

d. Keluhan Utama

Keluhan utama biasanya menjadi alasan utama klien mencari bantuan medis, seperti adanya kelemahan pada anggota gerak, gangguan bicara, kesulitan berkomunikasi, serta penurunan kesadaran.

e. Riwayat Penyakit Sekarang

Serangan stroke umumnya muncul secara tiba-tiba, sering kali saat klien sedang beraktivitas, dengan gejala seperti sakit kepala, mual, muntah, kejang, dan penurunan kesadaran, disertai kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh atau gangguan fungsi otak lainnya.

f. Riwayat Penyakit Terdahulu

Riwayat penyakit sebelumnya meliputi hipertensi, riwayat stroke, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, cedera kepala, penggunaan kontrasepsi oral dalam jangka panjang, penggunaan obat antikoagulan, aspirin, vasodilator, obat-obatan adiktif, serta kebiasaan merokok dan konsumsi alkohol. Informasi ini penting untuk mendukung pengkajian kondisi saat ini serta menjadi dasar dalam perencanaan tindakan selanjutnya.

g. Riwayat Penyakit Keluarga

Riwayat penyakit keluarga, seperti hipertensi, DM, atau stroke pada anggota keluarga sebelumnya, juga perlu ditelusuri dan dikaji.

#### h. Pengkajian Psikososial-Spiritual

Pengkajian ini melibatkan dimensi psikologis klien, termasuk status emosional, kognitif, dan perilaku, untuk memberikan gambaran yang jelas tentang kondisi psikososial klien.

#### i. Pemeriksaan Fisik

##### 1) Kesadaran

Pasien stroke dapat mengalami tingkat kesadaran yang beragam, mulai dari somnolen yang masih dapat dirangsang, apatis, sopor, hingga koma dengan nilai GCS kurang dari 12. Pada fase pemulihan, kesadaran umumnya membaik menjadi letargi atau compos mentis dengan GCS 13–15.

##### 2) Tanda-tanda Vital

Tekanan darah pada pasien stroke non-hemoragik umumnya meningkat, dengan nilai tekanan sistolik  $> 140$  dan diastolik  $> 80$ , dan dapat berfluktuasi. Nadi biasanya normal 60-100 x/menit. Gangguan bersihan jalan napas sering terjadi.

##### 3) Wajah

Pada pemeriksaan nervus V (Trigeminus) dan VII (Facialis), simetri wajah, kemampuan untuk mengangkat alis, mengerutkan dahi, dan kemampuan mengunyah perlu diperiksa. Ketidakmampuan menggembungkan pipi secara simetris bisa menunjukkan kelemahan.

##### 4) Mata

Mata diperiksa untuk konjungtiva, sklera, pupil, dan refleks kedip. Pemeriksaan mencakup nervus II (Optikus), III (Okulomotorius), dan IV (Troklearis).

##### 5) Hidung

Simetri hidung dan pemeriksaan penciuman melalui nervus I (Olfaktorius) dilakukan untuk menilai kemampuan mencium bau.

#### 6) Mulut dan Gigi

Pemeriksaan mencakup kebersihan mulut, mukosa bibir, dan fungsi nervus VII (Facialis) dan IX (Glossofaringeus) dalam merasakan rasa dan gerakan lidah.

#### 7) Telinga

Pemeriksaan telinga melibatkan pemeriksaan simetri dan kemampuan mendengar dengan nervus VIII (Vestibulokoklearis).

#### 8) Leher

Pemeriksaan mencakup kesulitan menelan dan pemeriksaan kaku kuduk dengan bluedzensky 1 (+).

#### 9) Thorax

Inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi thorax dilakukan untuk menilai simetri, fremitus, bunyi, dan suara vesikuler.

#### 10) Jantung

Pemeriksaan dilakukan melalui inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi untuk mengevaluasi iktus kordis, batas jantung, serta suara pernapasan vesikuler.

#### 11) Abdomen

Pemeriksaan abdomen dilakukan melalui inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi untuk menilai kesimetrisan perut, keberadaan asites, pembesaran hepar, bunyi timpani, serta bising usus.

#### 12) Ekstremitas

- a) Atas: Pemeriksaan termasuk waktu refill kapiler (CRT), reflek bicep, dan reflek Hoffman Tromner.
- b) Bawah: Pemeriksaan reflek meliputi Bluedzensky, Babinsky, Caddok, Openheim, dan Gordon untuk menilai respons kaki dan betis. (Ratna, 2024)

### 13) Pengkajian Karakteristik nyeri secara PQRST :

Ringkasan Pengkajian Karakteristik Nyeri dengan Pendekatan PQRST:

- a) *Provoking Incident*: Mengkaji adanya peristiwa yang memicu timbulnya nyeri, serta apakah nyeri berkurang saat istirahat atau justru meningkat saat beraktivitas. Selain itu, juga ditanyakan faktor-faktor yang dapat meredakan nyeri seperti gerakan, imobilisasi, aktivitas berat, istirahat, obat bebas, maupun hal lain yang diyakini pasien dapat membantu mengurangi nyeri.
- b) *Quality or Quantity of Pain*: Menilai karakteristik nyeri yang dirasakan pasien, seperti nyeri tumpul, seperti terbakar, berdenyut, tajam, atau menusuk.
- c) *Region, Radiation, Relief*: Menentukan lokasi nyeri secara tepat oleh pasien, melihat apakah nyeri dapat mereda, serta apakah nyeri menjalar atau menyebar ke area lain.
- d) *Severity (Scale) of Pain*: Mengukur tingkat keparahan nyeri yang dirasakan pasien menggunakan skala nyeri deskriptif, misalnya tidak nyeri (0), nyeri ringan (1), nyeri sedang (2), nyeri berat (3), dan nyeri tidak tertahankan (4). Perawat membantu pasien dalam menentukan tingkat nyeri secara subjektif.
- e) *Time*: Mengkaji durasi nyeri, apakah bersifat akut atau kronis, waktu kemunculan nyeri, serta adanya pola waktu tertentu yang dapat memperberat nyeri (Alexander, 2024).

### 2.5.2 Diagnosa

Berdasarkan buku “*Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2017)*” :

- a. Risiko Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0139) berhubungan dengan Penurunan Mobilitas
- b. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) berhubungan dengan Gangguan Muskuloskeletal
- c. Defisit Perawatan Diri (D.0109) berhubungan dengan Kelemahan

### 2.5.3 Intervensi

NO	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Risiko Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0139) berhubungan dengan Penurunan Mobilitas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan Integritas Kulit dan Jaringan Meningkat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hidrasi meningkat</li> <li>2. Perfusi Jaringan meningkat</li> <li>3. Kerusakan jaringan menurun</li> <li>4. Kerusakan kulit menurun</li> <li>5. Tekstur membaik</li> </ol>	Perawatan Integritas Kulit (I.11353) : Observasi -Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas) Terapeutik -Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring -Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu -Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare -Gunakan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering -Gunakan produk berbahan ringan/alami

---

dan hipoalergik pada kulit sensitif

-Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering

Edukasi

-Anjurkan menggunakan pelembab (mis. lotion, serum)

-Anjurkan minum air yang cukup

-Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

-Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur

-Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem

-Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah

-Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya

---

2.	Gangguan Mobilitas Fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8	Dukungan Mobilisasi (I.05173) :
----	--------------------------	---	---------------------------------

---

---

(D.0054)	jam maka diharapkan	
berhubungan	Mobilitas Fisik Meningkat	Observasi
dengan Gangguan	(L.05042) dengan kriteria	- Identifikasi adanya
Muskuloskeletal	hasil :	nyeri atau keluhan
	1. Pergerakan	fisik lainnya
	ekstremitas	- Identifikasi toleransi
	meningkat	fisik melakukan
	2. Kekuatan otot	pergerakan
	meningkat	-Monitor frekuensi
	3. Rentang gerak	jantung dan tekanan
	sendi (ROM)	darah sebelum
	meningkat	memulai mobilisasi
		-Monitor kondisi
		umum selama
		melakukan mobilisasi
		Terapeutik
		- Fasilitasi aktivitas
		mobilisasi dengan alat
		bantu (mis. pagar
		tempat tidur)
		-Fasilitasi melakukan
		pergerakan, jika perlu
		-Libatkan keluarga
		untuk membantu
		pasien dalam
		meningkatkan
		pergerakan
		Edukasi
		-Jelaskan tujuan dan
		prosedur mobilisasi

---

---

			-Anjurkan melakukan mobilisasi dini - Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sis tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
--	--	--	---

---

3.	Defisit Perawatan Diri (D.0109) berhubungan dengan Kelemahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan Perawatan Diri Meningkatkan (L.11103) dengan kriteria hasil :	Dukungan Perawatan Diri (I.11348) : Observasi -Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia -Monitor tingkat kemandirian -Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, makan berhias, dan makan  4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat 5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat 6. Minat melakukan	Terapeutik -Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi) -Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)
----	--	---	--	--

---

perawatan meningkat	diri	-Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri -Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan -Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri -Jadwalkan rutinitas perawatan diri  Edukasi  -Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
------------------------	------	--

**Tabel 2.1 Intervensi**

#### **2.5.4 Implementasi**

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dalam mengatasi masalah kesehatannya, dengan tujuan mencapai hasil sesuai kriteria yang telah ditetapkan. Dalam pelaksanaannya, beberapa hal yang perlu diperhatikan antara lain keterlibatan aktif pasien, kerja sama dengan tenaga kesehatan lain, pelaksanaan intervensi keperawatan, serta pemberian edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai kemampuan perawatan diri. (Wijayanti et al., 2025).

### **2.5.5 Evaluasi**

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai apakah tujuan yang telah ditetapkan pada pasien sudah tercapai, tercapai sebagian, atau belum tercapai. Tahap ini dilakukan secara terus-menerus dalam pelaksanaan asuhan keperawatan sehari-hari. Evaluasi juga menjadi komponen penting dalam menilai mutu pelayanan kesehatan. Proses ini dilakukan dengan membandingkan hasil yang diperoleh dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah ditentukan pada tahap perencanaan. (Pradiptha et al., 2023).