

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan penyakit kardiovaskuler, dimana aliran darah yang menuju ke otak terganggu. Hal ini disebabkan karena adanya sumbatan darah yang menggumpal. Selain itu, stroke juga terjadi karena adanya salah satu pembuluh darah di otak pecah. Sehingga, aliran darah yang menuju ke otak terhambat dan mengakibatkan darah yang membawa oksigen ke otak tidak sampai. Dengan kondisi demikian, sel-sel yang terdapat di otak menjadi mati karena tidak menerima oksigen yang dibawa melalui darah tadi (Tilong, 2014).

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 menunjukkan angka prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 7 per mil dan yang terdiagnosis tenaga kesehatan atau gejala sebesar 12,1 per mil. Prevalensi Stroke berdasarkan diagnosis nakes tertinggi di Sulawesi Utara (10,8%), diikuti DI Yogyakarta (10,3%), Bangka Belitung dan DKI Jakarta masing-masing 9,7 per mil. Prevalensi Stroke berdasarkan terdiagnosis nakes dan gejala tertinggi terdapat di Sulawesi Selatan (17,9%), DI Yogyakarta (16,9%), Sulawesi Tengah (16,6%), diikuti Jawa Timur sebesar 16 per mil.

Prevalensi stroke di Provinsi Jawa Tengah berdasarkan Buku Saku Kesehatan tahun 2016 berjumlah 3.472. Jumlah kasus stroke hemoragik di Kota Surakarta sebesar 2.148 kasus pada tahun 2015 dan meningkat menjadi 2.214 kasus pada tahun 2016. Sedangkan jumlah kasus stroke non hemoragik sebesar 2.514 kasus dan meningkat pula menjadi 4.887 kasus.

Prevalensi stroke berdasarkan data yang dimiliki Dinas Kesehatan Kota Surakarta tahun 2017, didapatkan bahwa penderita stroke di RSUD Kota Surakarta berjumlah 46 pasien yang menderita stroke hemoragik, dan 287 pasien yang menderita stroke non hemoragik. Dari data ini menunjukkan prevalensi stroke di RSUD Kota Surakarta lebih tinggi dari

RS Panti Waluyo yaitu penderita stroke hemoragik berjumlah 106 pasien dan penderita stroke non hemoragik berjumlah 35 pasien.

Pasien dengan stroke berisiko tinggi mengalami komplikasi medis serius yang disebabkan oleh aterosklerosis (iskemia/ infark miokard), tirah baring yang berkepanjangan dan imobilitas (ulkus dekubitus, thrombosis dalam vena, emboli paru, depresi, malnutrisi), dan sebagai akibat langsung dari stroke itu sendiri (TIK meningkat, kejang, ulkus gastro intestinal karena stress, masalah pancaran kemih, pneumonia aspirasi) (Goldszmidt dan Caplan, 2013). Seperti yang disebutkan di atas, salah satu komplikasi medis dari stroke adalah ulkus dekubitus.

Dekubitus terjadi akibat tekanan eksternal yang menekan pembuluh darah atau akibat friksi dan kekuatan geser yang merobek dan mencederai pembuluh darah. Tekanan eksternal yang lebih besar dari tekanan kapiler dan tekanan arterioral mengganggu aliran darah dalam bantalan kapiler. Ketika tekanan diberikan pada kulit di atas penonjolan kulit selama 2 jam, iskemia dan hipoksia jaringan akibat tekanan eksternal menyebabkan kerusakan jaringan ireversibel (LeMone, *et. al.*, 2016). Dekubitus lebih sering dijumpai pada pasien dengan malnutrisi, infeksi, inkontinensia urin, atau pada penderita penyakit serius. Dekubitus menyebabkan nyeri, peningkatan spastisitas, proses penyembuhan yang lambat, dan peningkatan risiko komplikasi penyakit (Al Rasyid dan Misbach, 2015).

Tindakan pencegahan yang bisa dilakukan untuk mengantisipasi supaya dekubitus tidak terjadi adalah dengan melakukan alih baring / perubahan posisi. Alih baring merupakan pengaturan posisi yang diberikan untuk mengurangi tekanan dan gaya gesek yang dapat melukai kulit. Alih baring bertujuan untuk menjaga supaya daerah yang tertekan tidak mengalami luka. Dalam melakukan alih baring posisi miring pasien harus tepat tanpa adanya gaya gesekan yang dapat merusak kulit (Potter dan Perry dalam Zulaikah, *et. al.*, 2014).

Salah satu posisi yang bisa diterapkan adalah perubahan posisi secara berkala setiap 2 jam. Yaitu mulai jam 08.00 – 10.00 pasien dimiringkan kearah kanan, kemudian jam 10.00 – 12.00 pasien

diterlentangkan, dan jam 12.00 – 14.00 pasien dimiringkan kearah kiri, dan seterusnya seperti itu. Observasi dilakukan setiap hari yaitu dengan melakukan pemeriksaan dan penilaian terhadap terjadinya luka tekan yang dialami pada pasien tersebut. Observasi pada setiap pasien dilakukan sampai 6 hari perawatan (Huda, 2012).

Menurut penelitian Maskun (2017) kerusakan integritas kulit membaik dengan tindakan meliputi kaji luka berdasarkan karakteristik luka, lakukan perawatan luka, lakukan pemberian lotion atau minyak, lakukan massase dan lakukan alih baring 2 jam sekali memiliki pengaruh untuk proses penyembuhan luka pada pasien stroke yang mengalami *bed rest* total.

Penelitian Bujang, *et. al* (2013) menyimpulkan bahwa, semakin tidak dilakukan alih baring (atau merubah posisi) maka kejadian dekubitus semakin tinggi, untuk mencegah terjadinya dekubitus perlu pengobatan dan perawatan yang intensif. Hal ini bisa dilakukan dengan tindakan alih baring pada pasien stroke yang mengalami hemiparesis. Setiap 2 jam selama 24 jam, agar tidak terjadi penekanan yang terlalu lama pada pasien stroke yang mengalami hemiparesis. Berdasarkan hasil penelitian Zulaikah *et. al* (2014) mengatakan bahwa ada pengaruh antara alih tirah baring 2 jam terhadap kejadian dekubitus pada berbagai varian IMT.

Hal ini didukung penelitian yang dilakukan Simanjuntak & Sirait (2013) bahwa, setelah diberikan intervensi keperawatan merubah posisi dan massase kulit, sebanyak 8 orang (80%) tidak mengalami luka dekubitus, dan 2 orang (20%) mengalami luka dekubitus, yang artinya ada pengaruh signifikan dari intervensi keperawatan merubah posisi dan massase kulit terhadap terjadinya luka dekubitus.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD Kota Surakarta pada tanggal 21 Juni 2018, peneliti melakukan wawancara dengan 5 orang perawat, 3 diantaranya memberikan penjelasan bahwa selama ini saat memiringkan posisi tidur pasien ke kanan atau ke kiri belum berdasarkan hasil penelitian, dan dalam melakukan massase tidak khusus di titik-titik tertentu tempat penonjolan tulang. Sedangkan

berdasarkan hasil observasi peneliti menemukan setiap perawat yang memposisikan pasien miring kanan atau kiri tidak ditentukan rentang waktunya selama 2 jam sekali, dan dalam melakukan massase dilakukan hanya di punggung saja.

Berdasarkan latar belakang permasalahan di atas penulis tertarik untuk melakukan penerapan jurnal yang mengenai tindakan merubah posisi dan massase kulit pada pasien stroke terhadap risiko dekubitus di RSUD Kota Surakarta.

B. Rumusan Masalah

Bagaimanakah hasil dari penerapan merubah posisi dan massase kulit terhadap terjadinya risiko dekubitus pada pasien stroke?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Mendiskripsikan hasil penerapan merubah posisi dan massase kulit pada pasien stroke terhadap terjadinya risiko dekubitus di RSUD Kota Surakarta.

2. Tujuan khusus penelitian adalah sebagai berikut :

- a. Mendiskripsikan hasil pengamatan terhadap terjadinya risiko dekubitus pada pasien stroke sebelum tindakan merubah posisi dan massase kulit.
- b. Mendiskripsikan hasil pengamatan terhadap terjadinya risiko dekubitus pada pasien stroke setelah tindakan merubah posisi dan massase kulit.
- c. Mendiskripsikan perbedaan keadaan kulit pada pasien stroke sebelum dan setelah tindakan merubah posisi dan massase kulit.

D. Manfaat Penelitian

a. Bagi perawat

Sebagai bahan masukan bagi tenaga kesehatan lainnya dalam penerapan merubah posisi dan massase kulit pada pasien stroke terhadap terjadinya risiko dekubitus, sehingga pasien mendapatkan perawatan dekubitus yang tepat dan optimal.

b. Bagi masyarakat

Sebagai sumber informasi bagi masyarakat untuk menambah pengetahuan dan mengerti cara penerapan merubah posisi dan massase kulit pada pasien stroke terhadap terjadinya risiko dekubitus

c. Bagi pasien dan keluarga

Pasien dan keluarga mendapatkan informasi dan pengetahuan tentang cara merubah posisi dan massase kulit untuk mencegah terjadinya risiko dekubitus.