

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Stroke Hemoragik

1. Definisi

Stroke hemoragik adalah kondisi ketika terjadi kebocoran atau pecahnya pembuluh darah di otak, sehingga darah mengalir dan mengisi ruang-ruang di jaringan otak. Keberadaan darah di area tersebut dapat merusak jaringan otak dan menyebabkan gangguan fungsi neurologis. Perdarahan ini bisa terjadi langsung di jaringan otak (intracerebral hemorrhage) atau darah dapat menyebar ke ruang di sekitar otak (subarachnoid hemorrhage) (Setiawan, dkk, 2021).

Stroke hemoragik adalah kondisi medis yang terjadi akibat pecahnya pembuluh darah di otak, sehingga menyebabkan perdarahan. Perdarahan ini mengganggu aliran darah ke jaringan otak, yang berujung pada kerusakan jaringan otak dan dapat mengakibatkan penurunan tingkat kesadaran hingga kematian (Gayatri, 2024).

2. Etiologi

Gayatri, (2024) menyatakan bahwa ada beberapa faktor risiko yang dapat menyebabkan terjadinya stroke hemoragik, di antaranya sebagai berikut.

- a. Kebiasaan merokok dan konsumsi alkohol yang berlebihan (alkoholisme)
- b. Penyakit hati kronis yang memicu gangguan pembekuan darah (koagulopati) dan penurunan jumlah trombosit (trombositopenia)
- c. Penurunan kadar LDL dan trigliserida dalam darah

- d. Faktor usia dan jenis kelamin, di mana individu yang berusia lebih dari 55 tahun dan laki-laki memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami ICH

Menurut Gayatri, (2024) terdapat beberapa faktor yang menjadi penyebab terjadinya stroke hemoragik

- a. Hipertensi yang tidak terkontrol

Hipertensi kronis dapat menyebabkan degenerasi pada lapisan intima media pembuluh darah serta menurunkan elastisitas lamina pembuluh darah. Tekanan intraluminal yang meningkat pada arteri intraserebral menimbulkan perubahan pada dinding otot polos dan fungsi endotel, yang dapat berupa hyalinosis, lipohyalinosis, nekrosis fokal, maupun terbentuknya aneurisma Charcot-Bouchard. Degenerasi pada sel otot polos dan endotel ini menjadi faktor predisposisi terjadinya perdarahan intraserebral (Castello *et al.*, 2022)

- b. Aneurisma otak

Aneurisma otak merupakan pelebaran lokal abnormal pada pembuluh darah di otak akibat kelemahan pada lapisan dinding pembuluh darah, sehingga dinding tersebut membesar dan membentuk gelembung yang berisiko pecah kapan saja (Gayatri, 2024).

- a. Angiopati amiloid serebral atau penumpukan protein di dinding pembuluh darah
- b. Penggunaan obat antikoagulan
- c. Malformasi arteri vena

Aninisa, dkk (2020) mengungkapkan bahwa terdapat beberapa faktor risiko stroke yang dapat diubah atau diatasi, yaitu :

- a. Faktor risiko terkait gaya hidup

1. Kelebihan berat badan atau obesitas
 2. Kurangnya aktivitas fisik
 3. Penggunaan narkoba seperti kokain dan metamfetamin
- b. Faktor risiko medis
1. Tekanan darah lebih tinggi dari 120/80 mmHg
 2. Kebiasaan merokok atau terpapar asap rokok orang lain
 3. Kadar kolesterol tinggi
 4. Diabetes mellitus
 5. Penyakit kardiovaskular, seperti gagal jantung, kelainan jantung, infeksi jantung, atau gangguan irama jantung
 6. Riwayat stroke, serangan jantung, atau serangan iskemik transien pada diri sendiri atau dalam keluarga
- c. Faktor-faktor lain yang berhubungan dengan risiko stroke, antara lain:
1. Usia

Individu yang berusia 55 tahun atau lebih memiliki risiko stroke yang lebih tinggi dibandingkan dengan yang lebih muda.
 2. Ras

Kelompok orang Afrika-Amerika memiliki risiko stroke yang lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok ras lainnya.
 3. Jeniskelamin

Laki-laki memiliki risiko stroke yang lebih besar dibandingkan perempuan. Namun, perempuan umumnya lebih tua ketika mengalami stroke.

4. Hormon

Penggunaan kontrasepsi oral atau terapi hormon yang mengandung estrogen, serta peningkatan kadar estrogen akibat kehamilan dan persalinan

3. Klasifikasi

Menurut Aninisa, dkk (2020), stroke hemoragik dapat dikategorikan menjadi dua jenis, yaitu:

a. Perdarahan Intraserebral (PIS) / *Intracerebral Hemorrhage* (ICH)

Terjadi ketika pembuluh darah di otak pecah dan darah menyebar ke jaringan otak di sekitarnya, menyebabkan kerusakan pada sel-sel otak. Sel-sel di bagian luar otak akan mengalami kerusakan karena kekurangan pasokan darah. Beberapa faktor yang dapat menyebabkan perdarahan intraserebral meliputi trauma, hipertensi, kelainan pembuluh darah, penggunaan obat pengencer darah, dan penyakit lain.

b. Perdarahan Subaraknoid (PSA) / *Subarachnoid Hemorrhage* (SAH)

Perdarahan yang terjadi dalam rongga subaraknoid dikenal sebagai perdarahan subaraknoid. Aneurisma serebral atau kelainan pada arteri dekat dasar otak sering kali menjadi penyebab utama perdarahan ini. Aneurisma otak adalah pembesaran pada arteri yang kecil, bulat, atau tidak teratur. Pembengkakan ini menyebabkan dinding pembuluh darah menjadi lebih lemah dan rentan pecah

4. Tanda dan gejala

a. Perdarahan Subaraknoid (PSA)

Pada pasien dengan PSA, sering ditemukan gejala awal berupa sakit kepala hebat yang muncul secara tiba-tiba. Tingkat kesadaran pasien umumnya

terganggu dengan derajat yang bervariasi. Tanda-tanda rangsangan meningeal juga dapat terlihat. Selain itu, edema papil dapat muncul apabila terjadi perdarahan subhialoid akibat pecahnya aneurisma pada arteri komunikans anterior atau arteri karotis interna (Aninisa, dkk 2020)

b. Pendarahan Intracerebral (PIS)

Stroke yang disebabkan oleh PIS umumnya tidak menunjukkan gejala prodromal yang spesifik, kecuali sakit kepala akibat hipertensi. Serangan sering terjadi pada siang hari, terutama saat pasien sedang beraktivitas atau mengalami emosi yang kuat seperti marah. Sakit kepala yang dirasakan sangat hebat. Pada awal serangan, mual dan muntah sering muncul. Hemiparesis atau hemiplegia biasanya terjadi sejak awal serangan. Gangguan kesadaran umumnya muncul cepat, dengan rincian: 65% dalam waktu kurang dari setengah jam, 23% dalam rentang 1 hingga 2 jam, dan 12% dalam waktu 2 jam hingga 19 hari. Gejala neurologis yang timbul bergantung pada tingkat keparahan dan lokasi pembuluh darah yang terganggu (Aninisa, dkk 2020)

Menurut Aninisa, dkk (2020) manifestasi klinis umum stroke, sebagai berikut :

- 1) Kelumpuhan (paralisis) total pada satu sisi tubuh
- 2) Kehilangan penglihatan secara tiba-tiba atau kabur
- 3) Pusing
- 4) Kebingungan
- 5) Kesulitan memahami apa yang dikatakan orang lain
- 6) Masalah dengan keseimbangan dan koordinasi
- 7) Mual muntah

- 8) Kesulitan menelan (disfagia)
- 9) Sakit kepala yang tiba-tiba dan sangat parah mengakibatkan rasa sakit tidak seperti yang dialami sebelumnya
- 10) Penurunan kesadaran

5. Patofisiologi

Hipertensi merupakan salah satu faktor risiko utama yang memicu terjadinya stroke hemoragik. Tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol dapat mengganggu mekanisme autoregulasi otak, sehingga mengurangi kemampuannya dalam mengatur volume aliran darah, terutama ketika tekanan darah arteri berfluktuasi. Selain itu, hipertensi yang tidak terkelola dengan baik juga dapat menyebabkan perubahan degeneratif pada lapisan intima-media pembuluh darah serta menurunkan elastisitas lamina pembuluh darah. Kondisi ini membuat pembuluh darah otak menjadi lebih sempit, meningkatkan risiko terjadinya iskemia, dan pada akhirnya menyebabkan pecahnya pembuluh darah (Sherina dkk, 2022).

Pada stroke hemoragik intraserebral, hipertensi dapat merusak struktur pembuluh darah otak, terutama pada lapisan elastik luar dan lapisan adventisia. Tekanan darah tinggi ini memicu terjadinya arteriosklerosis hialin, yaitu pengerasan pembuluh darah akibat dorongan tekanan hidrostatik yang tinggi. Kondisi ini menyebabkan protein keluar dari bagian dalam pembuluh darah dan menumpuk di dinding pembuluh. Lama-kelamaan, penumpukan protein tersebut membuat pembuluh darah menjadi kaku, rapuh, dan lebih mudah pecah. Selain itu, hipertensi juga bisa menimbulkan benjolan kecil pada pembuluh darah kecil yang disebut mikroaneurisma atau aneurisma Charcot-

Bouchard. Mikroaneurisma ini umumnya muncul di pembuluh darah kecil seperti lentikulostriat, yang terletak di bagian depan lingkaran Willis dan berfungsi mengalirkan darah ke area ganglia basalis (Magid-Bernstein et al., 2022).

Stroke hemoragik intraserebral bisa terjadi sebagai komplikasi setelah stroke iskemik. Stroke iskemik terjadi akibat penyumbatan aliran darah ke otak yang dalam beberapa jam dapat menyebabkan kematian jaringan. Ketika aliran darah kembali (reperfusi), pembuluh darah yang sudah rusak bisa pecah dan menimbulkan perdarahan, proses ini disebut konversi hemoragik. Darah yang menggenangi jaringan otak meningkatkan tekanan intrakranial, menghambat suplai darah, menyebabkan nekrosis jaringan otak, dan berisiko memicu herniasi, yaitu pergeseran jaringan otak yang menekan area sekitarnya (Magid-Bernstein et al., 2022).

Stroke bisa menyebabkan gangguan fungsi saraf (defisit neurologis) yang tingkat keparahannya bervariasi, dari ringan hingga berat, tergantung pada lokasi kerusakan, luasnya area yang mengalami gangguan aliran darah, dan fungsi bagian otak yang terkena. Jika stroke terjadi di bagian depan (anterior) dan tengah lobus otak, biasanya akan muncul gejala seperti kelemahan otot mendadak berupa hemiparesis (kelemahan pada satu sisi tubuh) atau hemiplegia (kelumpuhan satu sisi tubuh), serta mati rasa (Nabila et al., 2021). Kondisi ini bisa menyebabkan kelemahan hingga membuat anggota tubuh tidak bisa bergerak, sehingga pasien stroke harus beristirahat total di tempat tidur. Istirahat yang terlalu lama dapat menimbulkan tekanan berlebih pada bagian tubuh yang menonjol, karena berat badan menekan kulit dan

jaringan di bawahnya yang terletak di antara tonjolan tulang dan permukaan seperti kasur. Tekanan yang berlebih menyebabkan terhambatnya aliran darah sehingga menyebabkan hipoksia jaringan yang pada akhirnya dapat membentuk ulkus decubitus (Amirsyah et al., 2020).

6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada pasien stroke hemoragik adalah :

a. Angiografi Serebral:

Pemeriksaan ini digunakan untuk mengidentifikasi penyebab spesifik dari stroke, baik itu akibat perdarahan atau penyumbatan arteri. Dengan angiografi serebral, dapat terlihat apakah ada kelainan pada pembuluh darah yang mengarah ke terjadinya stroke, sehingga membantu dalam menentukan langkah penanganan lebih lanjut (Zuhroidah, dkk 2024).

b. *Single-Photon Emission Computed Tomography* (SPECT):

Pemeriksaan ini berguna untuk mendeteksi area abnormal pada otak, termasuk menemukan dan mengukur sejauh mana stroke telah terjadi. SPECT dapat memberikan gambaran yang lebih awal dibandingkan dengan CT Scan, bahkan sebelum perubahan terlihat pada pemindaian CT, sehingga memungkinkan deteksi stroke yang lebih dini (Zuhroidah, dkk 2024).

c. *Computed Tomography* (CT Scan):

Pemindaian CT Scan memberikan gambaran rinci mengenai lokasi edema, hematoma, serta infark atau iskemia pada jaringan otak. Pemeriksaan ini harus segera dilakukan dalam waktu kurang dari 12 jam pada pasien yang diduga mengalami perdarahan subaraknoid. Jika hasil CT Scan tidak menunjukkan adanya perdarahan subaraknoid, maka pemeriksaan selanjutnya

adalah fungsi lumbal untuk menganalisis cairan serebrospinal dalam waktu 12 jam setelah kejadian. Selain itu, spektrofotometri cairan serebrospinal akan dilakukan untuk mendeteksi xanthochromia, yang dapat menandakan perdarahan pada otak (Zuhroidah, dkk 2024).

d. *Magnetic Resonance Imaging* (MRI):

MRI membantu menentukan lokasi dan tingkat perdarahan pada otak dengan menggunakan gelombang magnet. Hasil MRI menunjukkan adanya lesi dan infark akibat perdarahan. Namun, MRI tidak dianjurkan sebagai metode utama untuk mendeteksi perdarahan subaraknoid karena tingkat keakuratan yang lebih rendah untuk kondisi tersebut dibandingkan dengan teknik lain (Zuhroidah, dkk 2024).

e. Elektroensefalogram (EEG):

Pemeriksaan EEG digunakan untuk menganalisis aktivitas listrik otak dan membantu memahami bagaimana jaringan otak merespons kondisi medis tertentu, seperti stroke. EEG dapat memberikan informasi terkait dengan perubahan pola gelombang otak yang mungkin terjadi setelah stroke (Zuhroidah, dkk 2024).

f. Pemeriksaan Laboratorium:

Beberapa tes darah rutin, termasuk pemeriksaan gula darah, urin rutin, serta analisis cairan serebrospinal, dapat dilakukan untuk mendapatkan gambaran lengkap kondisi pasien. Selain itu, tes darah untuk elektrolit, fungsi koagulasi, dan hitung darah lengkap juga penting untuk membantu mengetahui status kesehatan pasien secara keseluruhan, terutama terkait dengan faktor yang mungkin berkontribusi pada terjadinya stroke (Zuhroidah, dkk 2024).

7. Penatalaksanaan medis

Penanganan dan terapi untuk stroke hemoragik dapat dilakukan melalui berbagai metode, antara lain:

a. Penanganan peningkatan tekanan intrakranial

Langkah awal dalam mengatasi peningkatan tekanan di dalam tengkorak adalah dengan meninggikan posisi kepala tempat tidur hingga 30 derajat dan pemberian obat osmotik seperti manitol 20% dengan dosis 1-1,5 gram per kilogram berat badan. Menurut rekomendasi American Stroke Association (ASA), pemantauan tekanan intrakranial sebaiknya dilakukan menggunakan kateter ventrikel, terutama pada pasien dengan skor Glasgow Coma Scale (GCS) kurang dari 8. Selain untuk memantau tekanan, kateter ventrikel ini juga bisa digunakan untuk mengalirkan cairan serebrospinal pada kasus hidrosefalus, dengan tujuan menjaga tekanan perfusi serebral (cerebral perfusion pressure) dalam kisaran 50-70 mmHg (Gayatri, 2024).

b. Manajemen tekanan darah

Salah satu faktor yang menyebabkan stroke hemoragik adalah hipertensi yang tidak terkontrol. Oleh karena itu, tekanan darah perlu diturunkan secara bertahap dengan penggunaan obat antihipertensi, seperti beta-blocker (labetol, esmolol, bisoprolol), ACE inhibitor (enalapril), dan calcium channel blocker (nicardipine, hydralazine). Pengukuran tekanan darah perlu dilakukan setiap 10-15 menit. Pengelolaan tekanan darah secara intensif dapat membantu mencegah pembesaran hematoma dalam 72 jam setelah terjadinya stroke. Berdasarkan pedoman dari American Stroke Association

(ASA), pasien dengan tekanan darah sistolik antara 150-220 mmHg sebaiknya diturunkan menjadi 140 mmHg, yang terbukti efektif dan dapat memperbaiki prognosis stroke hemoragik. Sementara itu, pasien dengan tekanan darah sistolik lebih dari 220 mmHg memerlukan penurunan tekanan darah secara intensif, yang dapat dilakukan dengan pemberian obat intravena secara berkala (Gayatri, 2024).

c. Terapi hemostatik

Terapi hemostatik diberikan untuk membantu mengurangi dan mencegah pembesaran hematoma di otak. Pada pasien yang mengalami trombositopenia, perlu diberikan transfusi trombosit (PLT). Sementara itu, pasien dengan peningkatan waktu pembekuan darah atau nilai International Normalized Ratio (INR) yang tinggi perlu mendapatkan Vitamin K, plasma beku segar (FFP), atau konsentrat kompleks protrombin (PCCs) yang diberikan melalui infus intravena (Gayatri, 2024).

d. Tindakan bedah

Berbagai jenis tindakan bedah untuk pasien stroke hemoragik adalah kraniotomi, kraniektomi dekompresi, aspirasi stereotaktik, aspirasi endoskopi, dan aspirasi kateter. Tindakan bedah darurat diindikasikan untuk pasien dengan perdarahan serebelar dengan hidrosefalus atau kompresi batang otak (Gayatri, 2024).

e. Terapi anti epilepsi

Sekitar 3–17% pasien stroke hemoragik akan mengalami kejang dalam dua minggu pertama setelah serangan, dan sekitar 30% menunjukkan aktivitas kejang listrik saat dipantau dengan EEG. Pasien yang mengalami

kejang secara klinis maupun kejang yang terdeteksi melalui EEG perlu diberikan obat antiepilepsi. Kejang ini umumnya disebabkan oleh adanya hematoma di area lobus otak dan pelebaran hematoma. Oleh karena itu, pemantauan EEG berkala diperlukan, terutama pada pasien yang mengalami penurunan kesadaran (Gayatri, 2024).

Menurut Greenberg, *et al* (2022) penatalaksanaan stroke hemoragik sebagai berikut :

a. Fase Akut

- 1) Fokus utama adalah stabilisasi kondisi pasien.
- 2) Penanganan meliputi pengaturan tekanan darah ketat, manajemen jalan napas dan ventilasi, serta kontrol peningkatan tekanan intrakranial menggunakan manitol atau hiperventilasi.
- 3) Pemeriksaan cepat dengan CT Scan atau MRI untuk membedakan stroke hemoragik dari iskemik.
- 4) Intervensi bedah seperti dekompresi atau pengangkatan hematoma dapat dipertimbangkan pada kasus tertentu.

b. Fase Subakut

- 1) Pencegahan komplikasi sekunder seperti infeksi, DVT, kejang, dan ulkus dekubitus.
- 2) Dilakukan pemantauan status neurologis dan tekanan darah jangka menengah.

c. Fase Rehabilitasi

- 1) Setelah pasien stabil, dilakukan rehabilitasi dini untuk mengembalikan fungsi motorik, kognitif, dan bicara

- 2) Program rehabilitasi personalisasi meliputi fisioterapi, terapi okupasi, dan terapi wicara.

d. Pencegahan Sekunder

- 1) Kontrol faktor risiko seperti hipertensi, diabetes, dislipidemia, dan perubahan gaya hidup (diet sehat, berhenti merokok).
- 2) Monitoring jangka panjang untuk mencegah stroke berulang.

8. Komplikasi

Pasien dengan stroke hemoragik umumnya mengalami berbagai komplikasi, seperti gangguan sensorik-persepsi, perubahan dalam fungsi kognitif dan perilaku, masalah dalam berkomunikasi, kelainan motorik, serta gangguan dalam proses eliminasi. Selain itu, kerusakan neurologis yang terjadi juga dapat menyebabkan komplikasi pada berbagai sistem tubuh yang berbeda (Sherina, dkk 2022). Menurut Sherina, dkk (2022) komplikasi tersebut melibatkan banyak sistem tubuh, seperti yang dijelaskan berikut ini.

a. Sistem Integumen

- 1) Luka tekan atau ulkus dekubitus

b. Sistem Neurologis

- 1) Kejang
- 2) Agnosia
- 3) Gangguan komunikasi: afasia ekspresif, afasia global, agrafia
- 4) Gangguan penglihatan: hemianopia homunumus, diplopia, penurunan ketajaman penglihatan
- 5) Perubahan kognitif: kehilangan memori, distraktibilitas, penilaian yang buruk, disorientasi

6) Perubahan perilaku: labilitas emosi, kehilangan inhibisi sosial, marah, depresi

7) Kehilangan sensori terhadap sentuhan panas, dingin, tekanan

c. Sistem Pernapasan

1) Kerusakan pusat pernapasan

2) Obstruksi jalan napas

3) Penurunan kemampuan untuk batuk

d. Sistem Gastrointestinal

1) Disfagia

2) Konstipasi, impaksi feses

e. Sistem Genitourinari

1) Inkontinensia, frekuensi, urgensi

2) Retensi urin

3) Kalkuli ginjal (batu ginjal)

f. Sistem Muskuloskeletal

1) Hemiplegia

2) Kontraktur

3) Ankilosis tubuh

4) Disuse atrofi

5) Disatria

B. Masalah Risiko Luka Tekan Pada Pasien Stroke Hemoragik

1. Pengertian

Luka tekan adalah kerusakan lokal pada kulit dan/atau jaringan di bawahnya yang disebabkan oleh tekanan, atau tekanan yang disertai dengan

geseran. Cedera ini umumnya muncul di area tubuh dengan tonjolan tulang, namun dapat juga berhubungan dengan penggunaan alat medis atau benda lainnya. Ulkus dekubitus merupakan luka pada kulit atau jaringan lunak yang timbul akibat tekanan dan gesekan berkepanjangan di area tubuh tertentu, yang paling sering ditemukan pada bagian belakang kepala, bahu, pinggul bawah, bokong, panggul, lutut, dan tumit (Alzamani, dkk 2022).

Risiko luka tekan (D.0144) adalah keadaan dimana berisiko mengalami cedera lokal pada kulit atau jaringan, biasanya pada tonjolan tulang akibat tekanan atau gesekan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2. Faktor yang mempengaruhi luka tekan pada pasien stroke hemoragik

Rausan dan nurul (2024) menyatakan bahwa terdapat beberapa faktor yang dapat menyebabkan terjadinya luka tekan, di antaranya :

a. Mobilitas dan Gerak

Pasien yang pernah mengalami stroke memiliki kecenderungan lebih tinggi mengalami ulkus dekubitus akibat penurunan kemampuan bergerak. Keterbatasan mobilitas membuat pasien tidak mampu menyesuaikan posisi atau postur tubuh untuk mengurangi tekanan pada area-area rentan, dan jika kondisi ini berlangsung dalam waktu yang cukup lama, maka risiko terjadinya luka tekan atau dekubitus akan meningkat (Rausan dan nurul, 2024)

b. Gesekan atau pergeseran

Pergeseran adalah gaya mekanis yang menarik dan merobek jaringan, pembuluh darah, serta struktur jaringan yang lebih dalam di samping tulang yang menonjol, dan dapat dipahami sebagai interaksi antara gravitasi dan gesekan dinamis. Karena pengaruh gravitasi, tubuh pasien secara alami akan

condong ke bawah, menyebabkan pergeseran tubuh yang menggeser posisi pasien sementara kasur dan jaringan tubuh pasien berusaha mempertahankan posisi. Akibatnya, toleransi jaringan akan berkurang karena kulit tidak dapat bergerak bebas, dan apabila kondisi ini terjadi bersamaan dengan luka tekan, akan menimbulkan cedera akibat tekanan yang berkelanjutan (Rausan dan nurul, 2024)

c. Penurunan persepsi sensori

Pasien pasca stroke lebih rentan mengalami ulkus dekubitus atau luka tekan karena berkurangnya sensitivitas sensorik. Mereka mungkin tidak menyadari adanya kerusakan atau kebutuhan untuk bergerak karena hilangnya sensasi rasa sakit, yang dapat mengarah pada luka tekan atau dekubitus akibat ketidakmampuan mengubah posisi (Rausan dan nurul, 2024)

d. Status nutrisi

Kekurangan nutrisi menyebabkan atrofi jaringan subkutan, mengurangi ketebalan bantalan antara kulit dan tulang, sehingga meningkatkan risiko luka tekan. Kehilangan protein, yang menandakan kondisi gizi buruk, menyebabkan edema yang menghambat aliran darah dan meningkatkan risiko luka tekan, terutama pada individu dengan kadar albumin rendah, yang bisa menunjukkan kelaparan (Rausan dan nurul, 2024)

e. Tingkat kesadaran

Penyebab utama luka tekan adalah imobilitas, yang dipengaruhi oleh kondisi kesadaran seseorang. Ini berhubungan dengan ketidakmampuan korban untuk mengubah posisi tubuh. Penurunan kesadaran umumnya diiringi

dengan meningkatnya ketergantungan pada orang lain untuk memenuhi kebutuhan, termasuk dalam hal pergerakan (Rausan dan nurul, 2024)

f. Elastisitas dan kulit kering

Penurunan elastisitas kulit dan kondisi kulit yang kering dapat mempengaruhi gaya gesekan dan pergeseran. Kulit akan terlipat saat pasien bergerak, dan kulit yang kering lebih rentan untuk terkelupas, sehingga lebih mudah mengalami kerusakan (Aryani et al., 2022).

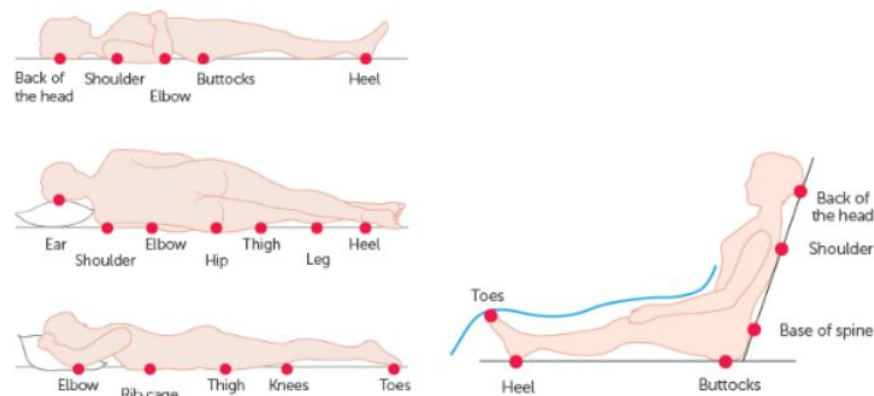
3. Patofisiologi luka tekan

Luka tekan umumnya terjadi akibat tekanan berat badan terhadap kulit dan jaringan subkutan yang terletak di antara tonjolan tulang dan permukaan luar tubuh, seperti kasur, bantal kursi roda, atau alat medis lainnya. Tekanan ini dapat mengganggu sirkulasi darah, meningkatkan tekanan kapiler jaringan, dan menyebabkan kerusakan jaringan, hipoksia, hingga nekrosis. Iskemia jaringan yang berpotensi membentuk ulkus dekubitus diperkirakan terjadi dalam rentang waktu 30 hingga 240 menit. Selain tekanan, faktor fisik lain seperti gesekan dan gaya geser juga berkontribusi terhadap kerusakan kulit. Gaya gesekan, yang sering terjadi saat individu tidur miring, menghambat pergeseran kulit terhadap alas, sementara jaringan internal seperti otot dan tulang tetap bergerak ke bawah akibat gravitasi. Akibatnya, gaya geser ini dapat melipat kulit yang kering dan tidak elastis, menekan pembuluh darah di antara kulit dan tulang, serta memicu iskemia jaringan. Selama proses iskemia, akan terjadi perubahan hiperemik, ditandai dengan kemerahan pada kulit (hiperemia), yang menjadi tanda awal terbentuknya tukak dekubitus tingkat 1

sebagai respons terhadap penurunan aliran darah di jaringan tersebut (Amirsyah et al., 2020).

4. Bagian tubuh yang rentan terjadi luka tekan

Bagian tubuh yang berisiko mengalami dekubitus pada pasien tirah baring dapat dilihat pada gambar di bawah ini.

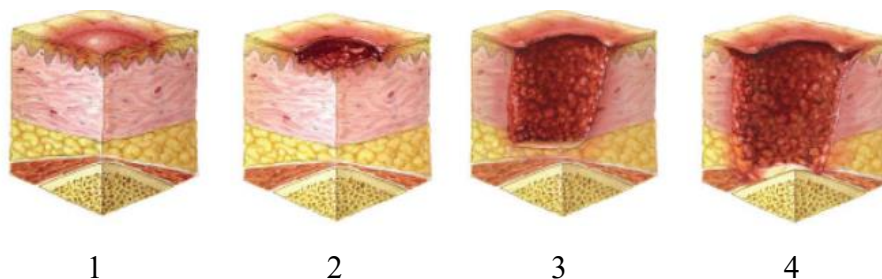


(Sumber : Amirsyah dkk, 2020).

Gambar 1 Bagian tubuh yang paling rawan terkena ulkus dekubitus berdasarkan posisinya

5. Klasifikasi luka tekan

Berdasarkan tingkat keparahannya, berikut adalah klasifikasi luka yang terjadi pada penderita ulkus dekubitus atau luka tekan :



(Sumber : Amirsyah dkk, 2020).

Gambar 2 Klasifikasi luka penderita ulkus dekubitus

a. Tingkat 1

Ulkus dekubitus derajat 1 ditandai dengan perubahan warna kulit yang terlokalisasi, seperti kemerahan atau kebiruan, disertai rasa nyeri atau gatal pada area tersebut (Amirsyah et al., 2020).

b. Tingkat 2

Pada ulkus dekubitus tingkat 2, terdapat luka lecet atau luka terbuka di area yang terdampak (Amirsyah et al., 2020).

c. Tingkat 3

Ulkus dekubitus tingkat 3 ditandai dengan lesi terbuka yang melibatkan lapisan kulit lebih dalam (Amirsyah et al., 2020).

d. Tingkat 4

Pada ulkus dekubitus derajat 4, luka terbuka cukup dalam hingga mencapai otot dan tulang (Amirsyah et al., 2020).

6. Penilaian Risiko luka tekan

Penilaian risiko luka tekan dapat dilakukan menggunakan Skala Braden, yaitu alat berbasis bukti yang distandardisasi untuk mengukur dan mendokumentasikan risiko pasien mengalami luka tekan. Risiko ini dipengaruhi oleh faktor seperti gangguan persepsi sensorik, kelembapan tinggi, aktivitas menurun, mobilitas terbatas, serta asupan nutrisi yang buruk. Setiap faktor dalam Skala Braden dinilai dari 1 hingga 4 berdasarkan kondisi pasien, lalu dijumlahkan untuk menentukan tingkat risiko, mulai dari ringan hingga berat. Skor yang lebih rendah menunjukkan risiko luka tekan yang lebih tinggi. Intervensi keperawatan kemudian disesuaikan dengan hasil skor untuk mencegah atau menangani luka tekan (Aryani et al., 2022).

7. Pencegahan masalah Risiko luka tekan

Pencegahan ulkus dekubitus sangat penting, terutama pada pasien stroke. Tindakan pencegahan yang efektif dapat meningkatkan kualitas hidup pasien, di antaranya melalui langkah-langkah berikut

- a. Pemeriksaan dan perawatan kulit dilakukan setidaknya sekali sehari, terutama pada area berisiko ulkus dekubitus, dengan menjaga kebersihan melalui mandi harian, pengeringan yang baik, serta membersihkan kulit dari keringat, urin, dan feses (Simamora et al., 2023).
- b. Mengurangi tekanan yang menghambat sirkulasi darah dilakukan dengan mengubah posisi tidur setiap dua jam. Namun, metode ini bergantung pada tenaga perawat dan bisa mengganggu istirahat pasien. Pada pasien lemah, ubah posisi secara hati-hati; hindari tekanan langsung pada trokanter saat posisi miring, dan gunakan bantal di bawah tumit serta antara kedua lutut untuk mencegah luka tekan (Simamora et al., 2023).
- c. Kasur khusus membantu mendistribusikan tekanan tubuh lebih merata, seperti kasur udara bergelombang dan kasur air bersuhu yang dapat diatur, meskipun perangkat ini mahal, butuh perawatan intensif, dan mudah rusak (Simamora et al., 2023).
- d. Mengoleskan pelembap, seperti minyak zaitun, pada kulit pasien penting untuk mencegah gesekan saat perubahan posisi (Simamora et al., 2023).

8. Komplikasi

Luka tekan atau dekubitus merupakan salah satu komplikasi serius yang dapat terjadi pada pasien stroke hemoragik, terutama akibat imobilitas yang berkepanjangan. Proses penyembuhan luka ini memerlukan waktu yang

lama dan dapat berdampak signifikan terhadap kualitas hidup pasien. Luka tekan tidak hanya memperlambat proses rehabilitasi, tetapi juga dapat memperburuk kondisi penyakit utama yang diderita pasien. Selain itu, perawatan luka yang kompleks seringkali memerlukan biaya yang besar, sehingga menjadi beban finansial bagi keluarga. Komplikasi lebih lanjut dari luka tekan dapat mencakup infeksi serius seperti sepsis, selulitis, infeksi kronis, bahkan berujung pada kematian, terutama pada pasien usia lanjut (Alimansur & Santoso, 2019)

C. Konsep Dasar Risiko Luka Tekan Pada Pasien Stroke Hemoragik

1. Pengertian

Risiko luka tekan (D.0144) merupakan kondisi berisiko mengalami cedera lokal pada kulit dan/atau jaringan yang biasanya terjadi pada tonjolan tulang akibat tekanan dan/gesekan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2. Faktor risiko

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), faktor risiko yang dapat menyebabkan masalah keperawatan risiko luka tekan, yaitu :

1. Skor skala Braden $Q \leq 16$ (anak) atau skor skala Braden < 18 (dewasa)
2. Perubahan fungsi kognitif
3. Perubahan sensasi
4. Skor ASA (*American in Sensation Anesthesiologist*) ≥ 2
5. Anemia
6. Penurunan mobilisasi
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°C
14. Periode imobilisasi yang lama diatas permukaan yang keras (mis: prosedur operasi ≥ 2 jam)
15. Usia ≥ 65 tahun
16. Berat 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 (*Risk Assesment Pressure Score*) rendah
25. Klasifikasi fungsional NYHA (*New York Heart Association*) ≥ 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

3. Kondisi klinis terkait

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), kondisi klinis yang berkaitan dengan masalah keperawatan risiko luka tekan adalah:

1. Anemia
2. Gagal jantung kongestif
3. Trauma
4. Stroke
5. Malnutrisi
6. Obesitas
7. Fraktur tungkai
8. Cedera medulla spinalis dan atau kepala
9. Imobilisasi

4. Penatalaksanaan

Intervensi yang diberikan pada pasien dengan diagnosis keperawatan risiko luka tekan menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) adalah pencegahan luka tekan (I.14543), sebagai berikut:

Observasi

- 1) Periksa luka tekan dengan menggunakan skala braden
- 2) Periksa adanya luka tekan sebelumnya
- 3) Monitor suhu kulit yang tertekan
- 4) Monitor berat badan dan perubahannya
- 5) Monitor status kulit harian

- 6) Monitor ketat area yang merah
- 7) Monitor kulit di atas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi
- 8) Monitor sumber tekanan dan gesekan
- 9) Monitor mobilitas dan aktivitas individu

Terapeutik

- 1) Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urine
- 2) Gunakan barrier seperti lotion atau bantalan penyerap air
- 3) Ubah posisi dengan hati-hati setiap 1-2 jam
- 4) Buat jadwal perubahan posisi
- 5) Berikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang
- 6) Jaga sprai tetap kering, bersih dan tidak ada kerutan/lipatan
- 7) Gunakan kasur khusus, jika perlu
- 8) Hindari pemijatan di atas tonjolan tulang
- 9) Hindari pemberian lotion pada daerah luka atau kemerahan
- 10) Hindari menggunakan air hangat dan sabun keras saat mandi
- 11) Pastikan asupan makanan yang cukup terutama protein, vitamin B dan C, zat besi, kalori

Edukasi

- 1) Jelaskan tanda-tanda kerusakan kulit
- 2) Anjurkan melapor jika menemukan tanda-tanda kerusakan kulit
- 3) Ajarkan cara merawat kulit

D. Asuhan Keperawatan Risiko Luka Tekan pada Pasien Stroke

Hemoragik

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dalam proses keperawatan yang dilakukan dengan mengumpulkan data secara akurat dari klien untuk mengidentifikasi berbagai masalah yang dialami. Pengkajian juga dapat diartikan sebagai kumpulan informasi mengenai pasien yang menjadi dasar dalam perencanaan tindakan keperawatan, mencakup data subjektif dan objektif (Gayatri, 2024). Bagian-bagian pengkajian terdiri dari :

a. Identitas pasien

Berisi informasi seperti nama, usia, jenis kelamin, agama, tingkat pendidikan, pekerjaan, alamat, status pernikahan, suku bangsa, nomor rekam medis, tanggal masuk rumah sakit, serta diagnosis medis.

b. Keluhan utama

Alasan utama yang mendorong pasien untuk mencari bantuan medis.

c. Riwayat kesehatan masa lalu

Mencakup faktor-faktor yang dapat memicu timbulnya penyakit, seperti alergi dan riwayat penyakit sebelumnya.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Meliputi informasi mengenai penyakit yang diturunkan secara genetik, termasuk apakah ada anggota keluarga lain yang mengalami kondisi serupa.

e. Pemeriksaan fisik

Evaluasi terhadap tubuh pasien secara menyeluruh atau pada bagian tertentu guna menegakkan diagnosis, dengan menggunakan metode inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi (Gayatri, 2024).

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan hasil penilaian klinis terhadap respons individu terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan yang berlangsung actual maupun potensial (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Diagnosis ini menjadi dasar dalam menentukan intervensi keperawatan yang menjadi tanggung jawab profesional perawat. (Gayatri, 2024). Diagnosis keperawatan pada pasien stroke hemnoragik adalah risiko luka tekan dibuktikan dengan riwayat stroke (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosis keperawatan terbagi menjadi dua kategori, yaitu Diagnosis Negatif dan Diagnosis Positif. Diagnosis Negatif menggambarkan kondisi klien yang sedang sakit atau berisiko sakit, yang memerlukan intervensi keperawatan untuk penyembuhan, pemulihan, dan pencegahan. Diagnosis ini mencakup Diagnosis Aktual dan Diagnosis Risiko. Sementara itu, Diagnosis Positif menunjukkan bahwa klien dalam keadaan sehat dan memiliki potensi untuk mencapai kondisi yang lebih sehat atau optimal, yang juga dikenal sebagai Diagnosis Promosi Kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Jenis- jenis diagnosa keperawatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

a. Diagnosa aktual

Diagnosis ini menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan yang menyebabkan masalah kesehatan. Tanda atau gejala utama dan sekunder dapat ditemukan dan diverifikasi pada klien.

b. Diagnosa Risiko

Diagnosis ini menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan yang berisiko menyebabkan masalah kesehatan. Meskipun tidak ditemukan tanda atau gejala utama dan sekunder, klien memiliki faktor risiko untuk mengalami masalah kesehatan.

c. Diagnosa promosi kesehatan

Diagnosa ini menggambarkan keinginan dan motivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik atau optimal.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Komponen dari intervensi keperawatan yaitu label, definisi, dan tindakan (observasi, terapeutik, edukasi, kolaborasi) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Luaran keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan. Komponen luaran keperawatan ada 3 yaitu label, ekspektasi, dan kriteria hasil (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

4. Implementasi keperawatan

Tindakan keperawatan merupakan perilaku atau aktivitas khusus yang dilakukan oleh perawat untuk melaksanakan intervensi keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah proses penilaian yang dilakukan dengan membandingkan perubahan kondisi dan respon pasien setelah mendapatkan tindakan keperawatan, berdasarkan pengamatan terhadap tujuan dan standar hasil yang ditetapkan pada tahap perencanaan. Evaluasi keperawatan adalah proses yang berlangsung secara terus-menerus untuk memastikan efektivitas rencana keperawatan serta menentukan apakah rencana tersebut perlu diterapkan, disesuaikan, atau dihentikan (Kurniawati, 2024).

Evaluasi pada setiap diagnosis keperawatan mencakup data subjektif (S), data objektif (O), analisis permasalahan (A) klien yang didasarkan pada data S dan O, serta perencanaan ulang (P) apabila terjadi penurunan kondisi pasien berdasarkan hasil analisis tersebut. Evaluasi ini dikenal juga sebagai evaluasi proses. Dalam pelaksanaannya, perawat dituntut untuk melakukan pemeriksaan secara kritis dan mengidentifikasi respons pasien terhadap intervensi yang telah diberikan. Evaluasi keperawatan terdiri dari dua tingkatan, yaitu evaluasi formatif atau evaluasi proses, yang menilai respons langsung pasien setelah intervensi keperawatan, dan evaluasi sumatif atau evaluasi hasil, yang menilai respons jangka panjang terhadap tujuan, yakni menilai sejauh mana kemajuan menuju hasil akhir yang diharapkan. (Kurniawati, 2024)

E. Konsep Minyak Zaitun

1. Pengertian

Minyak zaitun (olive oil) diperoleh dari ekstrak buah zaitun yang telah diproses. Buah ini berasal dari pohon zaitun, yang secara ilmiah dikenal sebagai *Olea europaea*. Pohon tersebut termasuk dalam keluarga Oleaceae dan tumbuh secara alami di wilayah-wilayah beriklim tropis hangat di berbagai belahan dunia (Ayu, dkk 2021).

2. Kandungan minyak zaitun

Kandungan minyak zaitun terbagi menjadi dua kelompok utama: saponifikasi dan non-saponifikasi. Sekitar 98% terdiri dari senyawa saponifikasi seperti triasilgliserol, gliserida parsial, ester asam lemak, dan fosfatida. Sisanya, sekitar 1–2%, termasuk senyawa non-saponifikasi seperti tokoferol, fitosterol, pigmen, dan fenolat, serta sejumlah kecil asam lemak jenuh dan tak jenuh ganda, seperti asam linoleat, sementara asam oleat mendominasi sebagai asam lemak tak jenuh tunggal utama (Ayu, dkk 2021).

Tabel 1
Kandungan Minyak Zaitun

Komponen	Konsentrasi
Saturated Fatty Acid (UFA)	
Asam Miristat	0,05%
Asam Palmitat	9,4-19,5%
Asam Stearat	1,4-3%
Asam Arakidat	0,3-0,4%
Monosaturated Fatty Acid (MUFA)	
Asam Palmitat	0,6-3,2%
Asam Oleat	63,1-79,7%
Polysaturated Fatty Acid (PUFA)	
Asam Linoleat	6,6-14,8%

(sumber : Ayu, dkk 2021)

Minyak zaitun memiliki daya tahan tinggi terhadap oksidasi dan berfungsi sebagai antioksidan karena kandungan UFA dan MUFA-nya yang tinggi, terutama asam oleat sebagai komponen utamanya. Kandungan asam oleat yang tinggi juga membuat minyak zaitun efektif sebagai emolien, karena membantu menjaga kelembapan, kelenturan, dan kelembutan kulit. Selain itu, minyak zaitun mengandung vitamin A, D, dan E di mana vitamin E yang kaya akan tokoferol berperan sebagai antioksidan yang melindungi kulit dari radikal bebas, mempercepat penyembuhan kerusakan kulit, dan menjaga kelembapan dengan mempertahankan kadar air di kulit (Ayu, dkk 2021).

3. Efektifitas penggunaan minyak zaitun dalam mencegah luka tekan

Penggunaan pelembap dalam perawatan kulit dinilai sebagai metode yang hemat, aman, dan mudah dilakukan. Minyak zaitun mengandung sekitar 80% asam oleat dan hanya sekitar 7% asam lemak linoleat. Asam linoleat berperan memperkuat lapisan pelindung kulit sehingga mencegah penyerapan air berlebih, sedangkan asam oleat meningkatkan permeabilitas kulit, yang membantu menjaga kelembapan tetap terjaga (Aryani et al., 2022).

Minyak zaitun terbukti aman dan tidak menimbulkan efek samping negatif. Penggunaan minyak zaitun secara topikal dianggap aman berkat sifat antiinflamasinya, dan minyak zaitun murni memiliki efek pencegahan yang dapat membantu mencegah terbentuknya luka dekubitus. Ketika diterapkan pada kulit, minyak zaitun memberikan kelembapan dan kekenyalan yang ideal, mengurangi risiko pengelupasan atau robekan pada kulit yang lebih rentan. Untuk mencegah luka tekan, minyak zaitun dapat membantu menjaga

kelembapan kulit pada tingkat yang tepat, tidak terlalu basah maupun kering (Liligoly & Khamid, 2023).

Penelitian yang dilakukan oleh Bargasta (2024) menunjukkan bahwa penggunaan minyak zaitun efektif dalam mencegah terjadinya luka tekan. Dalam penelitian ini, minyak zaitun diberikan selama 5 hari berturut-turut, dengan intervensi utama yaitu pencegahan luka tekan dan aplikasi minyak zaitun dua kali sehari, yaitu pagi dan sore. Hasilnya, penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada tanda-tanda awal terbentuknya luka tekan pada pasien yang diberi intervensi tersebut.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien yang pernah mengalami stroke dapat terhindar dari luka dekubitus dengan penggunaan minyak zaitun. Minyak zaitun dapat dioleskan secara . rutin untuk menjaga kelembapan kulit dan mencegah kerusakan akibat gesekan dengan tempat tidur. Penggunaan dimulai sejak hari pertama pengobatan dan dilanjutkan selama lima hari, dengan sekitar 10-15 ml minyak zaitun dioleskan ke punggung dan sakrum dua kali sehari, yaitu pagi dan sore setelah mandi, untuk membantu pasien yang terbaring lama di tempat tidur, terutama yang berisiko mengalami dekubitus dalam tujuh hari pertama (Cholilalah, dkk 2020)

Perawatan kulit dengan minyak zaitun yang mengandung 70% asam lemak dilakukan dengan memberikan 15 ml minyak, kemudian dituangkan ke tangan dan digosokkan merata pada area kulit yang mengalami luka dekubitus, seperti di kepala belakang, punggung, pinggul, bokong, tangan, kaki, tumit, dan lutut. Minyak zaitun ini dioleskan dua kali sehari selama 10-15 menit untuk mencegah luka tekan. Pemberian minyak zaitun selama tujuh

hari, pada pagi dan sore, membantu mencegah kerusakan kulit, menjaga kelembapan, memperlancar peredaran darah, mengurangi peradangan, dan menjaga elastisitas kulit, sehingga dapat mencegah terjadinya luka dekubitus pada pasien stroke yang terbaring lama. Pemberian minyak zaitun sebanyak 10-15 ml dengan cara dioleskan lembut tanpa tekanan pada area yang berisiko terkena luka tekan terbukti efektif dalam mencegah terjadinya luka tekan. (Meliza et al., 2020).

4. Penatalaksanaan penggunaan minyak zaitun

Perawatan kulit menggunakan minyak zaitun dilakukan dengan mengoleskan 10–15 ml secara lembut pada area tubuh yang rentan terhadap luka tekan, seperti bagian belakang kepala, punggung, pinggul, bokong, tangan, kaki, tumit, dan lutut. Tindakan ini dilakukan dua kali sehari, yakni pagi dan sore setelah mandi, selama 5 hingga 10 menit dan berlangsung selama lima hari berturut-turut (Laily et al., 2019).

Adapun Standar Operasional Prosedur (SOP) penggunaan minyak zaitun adalah sebagai berikut:

- a. Indikasi : dilakukan pada pasien stroke hemoragik yang menjalani tirah baring.
- b. Tahap Persiapan:
 - 1) Persiapan alat: minyak zaitun dan sarung tangan (handscoon)
 - 2) Persiapan pasien: melakukan kontrak dengan pasien mengenai waktu, tempat, dan tujuan tindakan.
 - 3) Penciptaan lingkungan: menciptakan suasana yang ramah dan nyaman serta menjaga privasi pasien.

c. Tahap Pelaksanaan

1) Orientasi:

- a) Menyapa pasien dengan salam.
- b) Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan kepada pasien atau keluarga.
- c) Memberi kesempatan kepada pasien atau keluarga untuk bertanya sebelum tindakan dimulai.

2) Tahap kerja:

- a) Mencuci tangan sebelum memulai tindakan.
- b) Menggunakan sarung tangan bersih.
- c) Mengatur posisi pasien dengan nyaman.
- d) Melakukan penilaian risiko luka tekan menggunakan skala Braden.
- e) Mengoleskan minyak zaitun secara perlahan ke area tubuh yang menonjol pada pagi dan sore hari setelah mandi.

3) Terminasi:

- a) Melakukan evaluasi terhadap kondisi pasien.
- b) Menutup interaksi dengan mengucapkan salam dan terima kasih.
- c) Mencatat tindakan dalam dokumentasi asuhan keperawatan
- d) Kontrak waktu selanjutnya.