

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Stroke merupakan penyakit gangguan syaraf yang ditandai dengan adanya sumbatan pada pembuluh darah dan merupakan salah satu penyakit penyebab kematian dan kecacatan tertinggi di dunia (Kuriakose & Xiao, 2020). Pasien stroke mengalami gangguan fungsi neurologis sehingga menyebabkan berkurangnya mobilitas atau kelumpuhan anggota tubuh. Penderita stroke yang kesulitan bergerak hanya bisa berbaring dan tidak bisa berganti posisi karena keterbatasan gerak. Pasien stroke yang mengalami tirah baring dalam waktu lama tanpa melakukan repositioning fisiknya akan mengalami luka dekubitus (Prabawa & Rahmanti, 2019). Lokasi terjadinya luka dekubitus paling sering terjadi pada pasien stroke adalah di area sakrum, bokong dan tumit karena sering terjadi penekanan dan friksi pada area tersebut (Mataputun & Apriani, 2023). Luka dekubitus pada pasien stroke merupakan hal yang serius karena dapat meningkatkan morbiditas, angka kematian, dan membutuhkan perawatan intensif, serta menambah lama waktu perawatan klien (Nofiyanto & Limpong, 2018). Kenyataan yang terjadi di lapangan, pasien stroke makin meningkat jumlahnya, dan dalam kondisi imobilisasi lama berisiko tinggi mengalami luka dekubitus jika tidak dilakukan perawatan yang tepat.

*World Health Organization* (WHO) dalam *stroke fact sheets 2022* menunjukkan bahwa terdapat lebih dari 12,2 juta *stroke* baru setiap tahun. Secara global, 25% orang di atas usia 25 tahun akan mengalami *stroke* seumur hidup mereka. Setiap tahun, lebih dari 16% dari semua *stroke* terjadi pada orang berusia

15-49 tahun, > 62% dari semua *stroke* terjadi pada orang di bawah usia 70 tahun dimana 47% dari semua *stroke* terjadi pada pria, dan 53% dari semua *stroke* terjadi pada wanita (WSO, 2022). Prevalensi *stroke* di Indonesia, sebanyak 10,9 per 1.000 penduduk mengalami *stroke* per 2018 dan prevalensi *stroke* di Jawa Timur mencapai 12,4 per 1000 penduduk (Kemenkes RI, 2019). Data di RSPAL Dr Ramelan Surabaya menunjukkan bahwa jumlah pasien *stroke* yang dirawat di ruang *stroke centre* pada bulan September-November 2023 sebanyak 223 pasien yaitu 74 pasien di bulan September 2023, 65 pasien di bulan Oktober 2023 dan 84 pasien di bulan November 2023 (RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, 2023). Jumlah pasien *stroke* yang mengalami dekubitus dari bulan September-November 2023 sebanyak 8 orang (3,6%) dari total keseluruhan pasien *stroke* yang dirawat (RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, 2023).

*World Health Organization* (WHO) menyebutkan bahwa prevalensi ulkus dekubitus di seluruh dunia adalah 21% atau setara dengan sekitar 8,50 juta kasus. Insiden ulkus dekubitus berkisar antara 5 sampai 11% di fasilitas perawatan akut, 15 sampai 25% di fasilitas perawatan jangka panjang, dan 7 sampai 12% di fasilitas perawatan di rumah. Tingkat recumbency studi internasional di seluruh dunia mencapai 63,6% (Apriani et al., 2023). Angka kejadian luka dekubitus di Indonesia mencapai 33,3% dimana angka ini cukup tinggi dibandingkan dengan angka prevalensi ulkus dekubitus di Asia Tenggara yang hanya berkisar 2,1-31,3% (Kemenkes RI, 2023). Di Surabaya Jawa Timur didapatkan bahwa rata-rata skor Braden pada pasien *stroke* adalah sebesar 9,87 yang artinya tergolong risiko tinggi mengalami luka dekubitus, akan tetapi 13,7% pasien *stroke* yang berkembang menjadi dekubitus (Manan et al., 2024).

Hasil studi pendahuluan pada tanggal 15-18 Desember 2023 di Ruang Stroke Centre RSPAL dr Ramelan Surabaya yang dilakukan pada 5 pasien stroke dengan menggunakan skala Braden diketahui bahwa 3 pasien (60%) termasuk kategori risiko tinggi mengalami luka luka dekubitus, 1 pasien (20%) termasuk kategori risiko moderate mengalami luka luka dekubitus, dan 1 pasien (20%) termasuk kategori risiko rendah mengalami luka luka dekubitus.

Pasien stroke mengalami kerusakan pada korteks frontal, pusat kontrol motorik, menyebabkan kelumpuhan tubuh (hemiplegia), membuat pasien tidak dapat bergerak (A. Wijaya & Putri, 2018). Pasien yang berbaring atau duduk dalam waktu lama (lebih dari 2 jam) memindahkan beban tubuh ke tulang pasien dan menimbulkan tekanan. Tekanan ini mengurangi aliran darah ke jaringan tubuh, menyebabkan iskemia. Penurunan aliran darah (iskemik) ini dapat merusak integritas kulit dan, jika tidak ditangani, dapat menyebabkan luka tekan (Potter & Perry, 2015). Tekanan pada permukaan tubuh yang menonjol dapat meningkatkan tekanan kapiler di dalam jaringan sehingga mengakibatkan gangguan sirkulasi. Hipoksia jaringan terjadi, jaringan mengalami kerusakan, dan akhirnya nekrosis. Diperkirakan 30 hingga 240 menit merupakan durasi kritis iskemia jaringan yang dapat menyebabkan terbentuknya luka tekan dan luka tekan akan terbentuk 72 jam setelah penekanan (Amirsyah et al., 2020).

Dampak luka tekan dirasakan pada pasien berupa meningkatkan morbiditas pasien, dan mempengaruhi emosional, mental fisik dan sosial, pasien menderita rasa sakit akibat luka tekan. Dampak luka tekan pada keluarga dikaitkan dengan biaya perawatan dan pengobatan yang relatif mahal. Dampak luka tekan juga dirasakan bagi tenaga kesehatan yaitu meningkatkan beban kerja perawat untuk

tindakan perawatan luka tekan. Dampak yang cukup besar dari luka tekan, memberikan gambaran pentingnya tindakan pencegahan terhadap luka tekan (Tarigan et al., 2019).

Risiko terjadinya luka tekan dapat diminimalisir dengan cara memobilisasi klien sejak dini dan mobilisasi ini sebaiknya mulai dilakukan 24-48 jam setelah serangan stroke pada klien yang kondisi klinis dan hemodinamiknya stabil (Sabbrina & Khamid, 2022). *Repositioning* memiliki manfaat dalam mencegah luka tekan pada klien yang menjalani perawatan di rumah sakit, terutama pada klien dengan rentang usia 41-60 tahun, dimana pada usia tersebut terjadi beberapa perubahan seperti menipisnya kulit, kehilangan jaringan lemak, menurunnya fungsi persepsi sensoris, meningkatnya fragilitas pembuluh darah, dan lain sebagainya (Kusumah, 2021). Hasil penelitian (Wardani & Nugroho, 2022) menunjukkan bahwa *repositioning* setiap 2 jam dapat mengurangi risiko kejadian luka dekubitus pada penderita terutama post stroke. Farida et al (2019) dalam penelitiannya juga menunjukkan bahwa pemberian posisi miring atau *repositioning* efektif menurunkan derajat luka dekubitus.

Pencegahan luka tekan adalah hal yang sangat penting agar meminimalkan rasa sakit dan meningkatkan kualitas hidup baik secara fisik maupun sosial bahkan mengurangi risiko kematian bagi klien dan mencegah waktu perawatan yang lama. Metode pencegahan dan perawatan luka tekan dapat mulai dari pengkajian risiko, pengkajian kulit, manajemen aktifitas, nutrisi yang baik, hingga permukaan tempat tidur klien yang mendukung serta menerapkan *repositioning* (Primalia & Hudiyawati, 2020). Berdasarkan latar belakang tersebut, maka peneliti tertarik

untuk meneliti tentang efektivitas penerapan *repositioning* dalam upaya pencegahan luka tekan pada pasien stroke non hemoragik di ruang 7.

## **1.2 Konsep Teori**

### **1.2.1 Konsep Stroke**

#### **1.2.1.1 Pengertian**

Stroke adalah kehilangan fungsi pada bagian otak yang diakibatkan karena suplai oksigen dan darah ke otak berhenti, sindrom klinik yang timbul secara mendadak, progresif, cepat berupa gangguan neurologis yang bersifat lokal atau global dan berlangsung selama 24 sehingga dapat menimbulkan ancaman sebuah kematian. Kondisi ini dikarenakan semata – mata peredaran darah ke otak dan bersifat non traumatic (Pribadhi H, 2019).

Stroke adalah gambaran adanya perubahan neurologis akibat adanya gangguan pada aliran darah di otak. Stroke juga merupakan kondisi sebuah emergensi akibat iskemia serebral dengan penurunan aliran darah dan oksigen ke jaringan otak atau disebabkan hemoragik serebral yang dapat menyebabkan kerusakan otak yang bersifat permanen (Batubara & Tat, 2015).

Stroke adalah merupakan gangguan otak yang bersifat fokal ataupun global secara mendadak yang disebabkan oleh gangguan vaskuler dan dapat menyebabkan kematian yang berlangsung selama 24 jam atau lebih. Stroke juga dapat menyebabkan hambatan pada aliran darah yang menuju ke otak sehingga terdapat kematian sel-sel otak (Hasanah & Nuban, 2021).

Stroke adalah penyakit serebrovaskuler (pembuluh darah otak) yang ditandai dengan adanya gangguan fungsi otak oleh karena terdapat kerusakan atau kematian pada jaringan otak akibat berkurang atau tersumbatnya aliran darah dan oksigen ke

otak. Aliran darah ke otak dapat berkurang disebabkan pembuluh darah pada otak mengalami penyempitan, penyumbatan, atau karena terdapat pecahnya pembuluh darah (Pajri et al., 2018).

#### 1.2.1.2 Etiologi

Stroke biasanya diakibatkan oleh salah satu dari empat (Endro Haksara, 2018), biasanya salah satu dari empat kejadian dibawah ini, yaitu :

##### 1) Trombosis

Trombosis yaitu merupakan adanya gumpalan darah atau penyempitan darah yang timbul akibat arteriosclerosis, penumpukan plak pada akhirnya akan menyempitkan ruang pembuluh darah (Kuriakose & Xiao, 2020). Thrombosis juga suatu bekuan darah di dalam pembuluh darah otak atau leher (Endro Haksara, 2018).

##### 2) Embolisme serebral

Emolisme serebral diakibatkan oleh emboli yang timbul dari lesi ateromatus yang terletak pada pembuluh yang lebih distal. Gumpalan-gumpalan kecil dapat terlepas dari trombus yang lebih besar dan dibawa ke tempat-tempat lain dalam aliran darah. Bila embolus mencapai arteri yang terlalu sempit untuk dilewati dan menjadi tersumbat, aliran darah fragmen distal akan terhenti, mengakibatkan infark jaringan otak distal karena kurangnya nutrisi dan oksigen. Emboli merupakan 32% dari penyebab stroke non hemoragik (A. S. Wijaya & Putri, 2018).

##### 3) Iskemia

Iskemia adalah kematian jaringan pada bagian otak karena terjadi gangguan aliran darah ke daerah otak, yang disebabkan oleh tersumbatnya arteri serebral atau servikal atau yang kurang atau mungkin tersumbat, vena serebral (Mutiarasari, 2019). *Ischemic* akan menyebabkan gangguan dalam fungsi sel, dan jika dibiarkan maka sel otak akan mengalami nekrosis dalam beberapa menit. disertai perubahan fungsi dan struktur otak yang irreversibel (infark) (Mutiarasari et al., 2019).

#### 4) Hemoragik serebral

Stroke hemoragik adalah adanya ruptur arteri, sehingga menyebabkan darah mengalir keluar ke jaringan sekitar (Sholihah et al., 2016).

#### 1.2.1.3 Patofisiologi

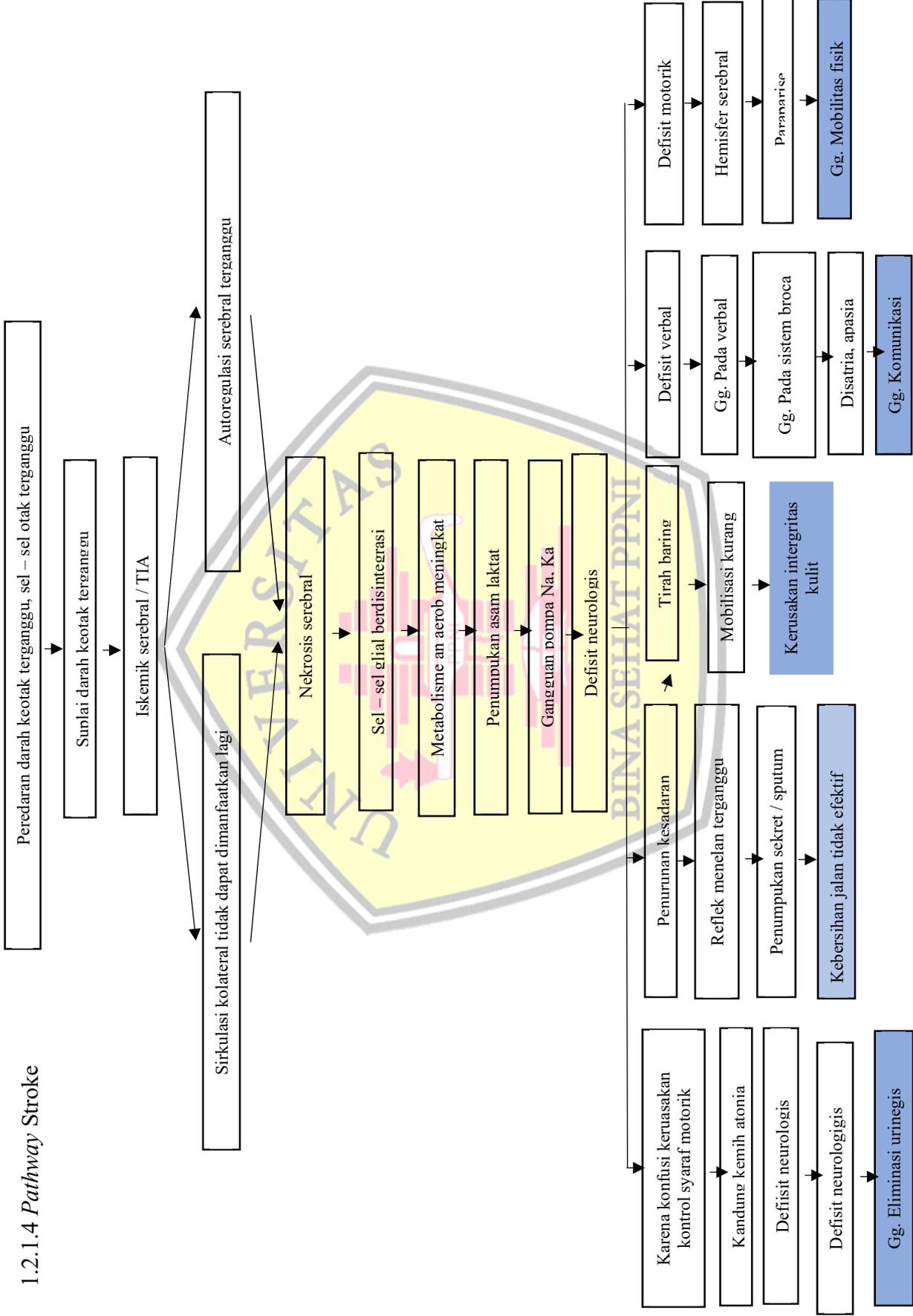
Stroke non hemoragik didefinisikan sebagai ledakan neurologis yang bersifat mendadak dikarenakan sebuah gangguan perfusi melalui pembuluh darah menuju ke otak. Aliran darah ke otak diatur oleh dua karotid internal manifestasi klinis dari stroke. Aliran darah ke otak diatur oleh dua karotis interna di anterior dan dua arteri vertebralis di posterior. Stroke iskemik disebabkan oleh anterior dan dua arteri vertebralis posterior, stroke iskemik disebabkan oleh kekurangan suplai darah dan oksigen ke otak. Stroke hemoragik disebabkan oleh pendarahan atau kebocoran suplai darah dan oksigen yang kurang ke otak akibat adanya pendarahan atau kebocoran pembuluh darah (Kuriakose & Xiao, 2020).

Patologi Stroke adalah peradangan, kegagalan energi, hilangnya homeostasis, asidosis, organel dan bocornya isi seluler yang diikuti dengan pecahnya membran plasma, pembengkakan neuronal yang berkontribusi terhadap ruang ekstraseluler stroke, asidosis, peningkatan kadar kalsium intraseluler, kadar

kalsium, eksitotoksisitas, toksisitas ke dalam ruang ekstraselular. Hilangnya fungsi yang dimediasi radikal bebas, sitotoksisitas yang dimediasi sitokin, aktivasi komplemen, aktivasi otak, aktivasi sel glial, stres oksidatif dan stres infiltrasi dan infiltrasi leukosit. Stroke hemoragik menyumbang sekitar 10-15% dari semua stroke dan memiliki angka dan kematian yang tinggi Stroke hemoragik menyumbang sekitar 10-15% dari semua stroke. Pada kondisi ini, tekanan pada jaringan otak dan luka dalam menyebabkan pembuluh memiliki tingkat kematian yang tinggi. Kecepatan, darah pecah ini menghasilkan efek toksik pada sistem vaskular, mengakibatkan infark (Kuriakose & Xiao, 2020).



1.2.1.4 Pathway Stroke



Gambar 1. 1 Pathway Stroke

Berdasarkan gambar 1.1 diketahui bahwa pasien stroke mengalami gangguan peredaran darah ke otak sehingga sel-sel otak terganggu. Hal ini menyebabkan suplai darah ke otak terganggu dan menyebabkan otak mengalami iskemik. Kondisi iskemik menyebabkan autoregulasi otak terganggu dan sirkulasi kolateral tidak dapat dimanfaatkan lagi sehingga menyebabkan nekrosis serebral. Nekrosis ini menyebabkan sel-sel glial berdisintegrasi sehingga metabolisme anaerob meningkat menyebabkan penumpukan asam laktat, sehingga terjadi gangguan pompa Natrium Kalium sehingga terjadi defisit neurologis. Defisit neurologis menyebabkan kerusakan pada korteks frontal, pusat kontrol motorik, menyebabkan kelumpuhan tubuh (hemiplegia), membuat pasien tidak dapat bergerak sehingga pasien mengalami tirah baring total dan berisiko mengalami luka tekan (A. Wijaya & Putri, 2018).

#### 1.2.1.5 Manifestasi klinis

Gejala dan gangguan fungsi otak pada stroke sangat tergantung pada daerah atau bagian otak yang terkena. Defisit neurologis yang ditimbulkan akan dapat bersifat fokal maupun global, yaitu :

- 1) Kelumpuhan sisi atau kedua sisi, kelumpuhan satu ekstremitas, kelumpuhan otot-otot penggerak bola mata, kelumpuhan otot-otot untuk proses menelan, bicara, dan sebagainya.
- 2) Gangguan fungsi keseimbangan
- 3) Gangguan fungsi penghidu.
- 4) Gangguan fungsi penglihatan.
- 5) Gangguan fungsi pendengaran.

- 6) Gangguan fungsi somatik sensoris.
- 7) Gangguan fungsi kognitif, seperti : gangguan atensi, memori, bicara verbal, gangguan mengerti pembicaraan, gangguan pengenalan ruang, dan sebagainya.
- 8) Gangguan global berupa gangguan kesadaran.

Dikembangkan menggunakan akronim Cincinnati FAST, pemeriksaan sederhana untuk tdan gejala stroke adalah F, yaitu wajah terkulai (mulut maju/asimetris), A, kelemahan lengan, S, kesulitan berbicara. ) dan T. saatnya mencari pertolongan medis (waktunya pergi ke rumah sakit secepatnya). FAST memiliki sensitivitas 85% dan spesifisitas 68% untuk diagnosis stroke, serta reliabilitas yang baik bagi dokter dan paramedis. Tklinis stroke juga dapat dilakukan dengan pemeriksaan fisik neurologis untuk memastikan tdan gejala dari anamnesis. Pemeriksaan fisik utama meliputi gangguan kesadaran pada Glasgow Coma Scale (GCS), kelumpuhan saraf kranial, kelemahan motorik, gangguan sensorik, gangguan otonom, gangguan kognitif, dan lain-lain (Wirawan & Putra, 2016).

#### 1.2.1.6 Komplikasi Stroke

Menurut (Waluyo, 2017), komplikasi lain yang dapat diakibatkan oleh stroke adalah:

- 1) Dekubitus : luka lecet pada bagian tubuh yang tergecet karena pasien tidak dapat bergerak, misalnya pinggul, bokong, sendi kaki, sendi tumit.
- 2) Bekuan darah : mudah terjadi pada kaki yang lumpuh, penumpukan cairan dan pembengkakan serta embolisme paru

- 3) Pneumonia akibat pasien tidak dapat menelan dengan baik dan tidak dapat batuk
- 4) Kaku pada otot dan sendi akibat terlalu lama berbaring
- 5) Stress yang disebabkan ketidakberdayaan pasien
- 6) Nyeri bahu akibat dislokasi sendi bahu

### **1.2.2 Konsep Risiko Luka Tekan**

#### **1.2.2.1 Definisi**

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



### 1.2.2.2 Faktor Risiko

Menurut SDKI (2017), faktor risiko luka tekan adalah:

- 1) Skor skala Braden Q < 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 kentang
- 12) Ederma
- 13) Peningkatan suhu kulit 1-2°C
- 14) Periode imobilisasi yang lama diatas permukaan yang keras (mis. prosedur operasi 22jam)
- 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 Assisment Preddure Score*) rendah
- 25) Klasifikasi fungsional NYHA (*New York Heart Association*) <2
- 26) Efek agen farmakologis (mis. anatesi umum, vasopresor, antidepresan, norepinefrin)
- 27) Imobilisasi fisik
- 28) Penekanan di atas tonjolan tulang
- 29) penurunan tebal lipatan kulit trisep
- 30) Kulit bersisik
- 31) Gesekan permukaan kulit

#### 1.2.2.3 Kondidi Klinik Terkait

Menurut SDKI (2017), kondisi klinik terkait risiko luka tekan adalah:

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

#### 1.2.2.4 Patofisiologi Luka Tekan pada Pasien Stroke

Luka tekan pada pasien stroke terjadi akibat imobilisasi dalam waktu yang lama. Luka tekan terbentuk saat berat badan memberikan gaya ke bawah pada kulit dan jaringan subkutan yang terletak antara tonjolan tulang dan permukaan luar (seperti kasur, bantalan kursi roda, maupun perangkat medis).

Diperkirakan gaya yang menghasilkan tekanan eksternal lebih dari tekanan pengisian kapiler arteri (sekitar 32 mmHg), dan lebih dari tekanan aliran keluar kapiler vena (sekitar 8 hingga 12 mmHg) akan menghambat aliran darah dan menyebabkan hipoksia jaringan. Tekanan pada permukaan tubuh yang menonjol dapat meningkatkan tekanan kapiler di dalam jaringan sehingga mengakibatkan gangguan sirkulasi. Hipoksia jaringan terjadi, jaringan mengalami kerusakan, dan akhirnya nekrosis. Diperkirakan 30 hingga 240 menit merupakan durasi kritis iskemia jaringan yang dapat menyebabkan terbentuknya luka tekan.

Toleransi jaringan juga berperan penting; waktu reperfusi jaringan setelah tekanan eksternal hilang menentukan seberapa besar iskemia jaringan dan penyembuhan luka. Pengaruh fisik lain yang dapat merusak kulit dan berkontribusi pada terbentuknya ulkus dekubitus adalah gesekan pada permukaan kulit, gaya geser, dan kelembaban. Gesekan dan gaya geser (seperti saat berbaring miring) dapat mempengaruhi lapisan kapiler lokal dan berkontribusi pada hipoksia jaringan. Saat berbaring miring, gaya gravitasi ke bawah dilawan oleh gesekan, yang mencegah orang tersebut tergelincir di tempat tidur. Meskipun kulit tidak bergeser dari alasnya, struktur internal seperti otot dan tulang yang tidak bersentuhan dengan permukaan luar akan bergeser ke bawah karena gravitasi. Gaya ini dapat

mengganggu aliran darah karena pembuluh darah yang terperangkap di antara kulit dan tulang terdistorsi atau tertekan. Kelembapan (dari keringat atau inkontinensia) dapat merusak kulit, membuatnya lebih rentan rusak dengan gesekan dan reposisi. Kelembaban tidak menyebabkan cedera tekanan, tetapi dapat meningkatkan pembentukan luka kronis dengan melunakkan lapisan atas kulit (maserasi) dan mengubah lingkungan kimia kulit (perubahan pH) (Amirsyah et al., 2020).

#### 1.2.2.5 Pengukuran Risiko Luka tekan

Penilaian risiko dekubitus Skor Braden dalam (Morison, 2016):



Tabel 1. 1 Penilaian risiko dekubitus Skala Braden

No	Pemeriksaan	Skor				Hasil
		1	2	3	4	
1	<b>Persepsi Sensori</b> Kemampuan untuk: Merespon rasa tidak nyaman yang berhubungan dengan tekanan	<b>Benar-benar terbatas</b> Tidak respon terhadap rangsangan nyeri karena kesadaran ATAU terbatas untuk merasakan nyeri pada seluruh tubuh	<b>Sangat terbatas</b> Respon hanya ada rangsangan nyeri atau mengering ATAU gangguan sensori untuk merasakan nyeri pada lebih sebagian tubuh.	<b>Agak terbatas</b> Respon verbal tetapi tidak selalu dapat berkomunikasi ATAU gangguan sensori untuk merasakan sakit pada 1 atau 2 ekstremitas.	<b>Tidak ada gangguan</b> Respon verbal tidak mempunyai gangguan sensori dan mampu merasakan nyeri atau tidak nyaman	
2	<b>Kelambaban</b> Tingkat paparan kulit terkena cairan	<b>Terus menerus basah</b> Kulit basah hampir terus menerus terkena keringat. Urine terdeteksi saat <i>repositioning</i> .	<b>Sering basah</b> Kulit sering basah tapi tidak selalu. Linen harus diganti setiap <i>repositioning</i> .	<b>Sesekali basah</b> Kulit kadang-kadang basah yang memerlukan penggantian linen kira-kira 1x/hari	<b>Jarang basah</b> Kulit biasanya kering. Linen diganti sesuai jadwal rutin.	
3	<b>Aktifitas</b> Tingkat aktifitas fisik	<b>Terbatas ditempat tidur</b> Aktifitas terbatas ditempat tidur	<b>Tidak mampu berpindah ke kursi sendiri</b> Kemampuan berjalan sangat terbatas atau tidak ada. Tidak dapat berpindah ke kursi roda sendiri dan atau harus dibantu ke kursi atau ke kursi roda	<b>Berjalan sesekali</b> Berjalan sesekali untuk jarak yang pendek dengan atau tanpa bantuan. Mayoritas berada dikursi atau tempat tidur setiap shift.	<b>Berjalan sering</b> Berjalan diluar ruangan setidaknya 2x/hari diluar ruangan paling tidak setiap 2 jam	
4	<b>Mobilitas</b> Kemampuan untuk mengubah dan mengendalikan posisi tubuhnya	<b>Benar-benar tidak ada pergerakan</b> Tidak adarepositioning tubuh sedikitpun atau ekstremitas sendiri	<b>Sangat terbatas</b> Kadang-kadang melakukan perubahan kecil pada posisi tubuhnya atau ekstremitas tetapi tidak mampu membuat perubahan yang penting	<b>Agak terbatas</b> Sering melakukan perubahan pada posisi tubuh meskipun sedikit atau ekstremitas secara mandiri.	<b>Tidak ada batasan</b> Sering melakukan perubahan pada posisi dan tanpa bantuan	

5	<b>Nutrisi</b> Pola supan nutrisi	<b>1</b> <b>Sangat buruk</b> Tidak pernah makan makanan lengkap. Jarang makan >1/3 dari seyiap makaan yang ditawarkan. Makan 2 atau kurang protein yang disajikan (daging atau susu) perhari. Kebutuhan cairan buruk. Tidak diberikan suplemen diet cair, ATAU puasa dan minum air putih atau hanya dengan cairan IV selama >5 hari.	<b>2</b> <b>Kemungkinan adekuat</b> Jarang makan makanan lengkap dan saat makan hanya sekitar 1 ½ dari setiap makanan yang ditawarkan. Asupan protein hanya mencakup 3 produk daging atau susu perhari.kadang kadang memerlukan makanan suplemen ATAU menerima <jumlah yang optimal dari makanan cair atau makanan melalui pipa saluran makanan.	<b>3</b> <b>Adekuat</b> Makan >1/2 dari porsi. Makan dengan total 4 protein (daging, produk susu) setiap hari. Kadang kadang menolak snack, tetapi biasanya akan mengambil jika ditawarkan ATAU pada pipa saluran makanan yang memenuhi sebagian besar kebutuhan gizi.	<b>4</b> <b>Sangat baik</b> Makan setiap kali makan. Tidak pernah menolak makan. Biasanya makan dengan total 4 atau > daging dan produk susu. Kadang-kadang makan diantara waktu makan. Tidak memerlukan suplemen.
6	<b>Gesekan pada pergeseran</b>	<b>1</b> <b>Masalah</b> Membutuhkan bantuan seseorang dalam bergerak. Maksimal dalam bergerak. Mengangkat dengan linen. Sering merosot dari tempat tidur atau kursi, sering memperbaiki posisi dengan bantuan penuh. Spastic, kontraktur atau mengarah agitasi.	<b>2</b> <b>Potensi masalah</b> Bergerak bebas atau membutuhkan bantuan minimal. Selama memindahkan, kulit mungkin tergesek pada linen, kursi, restrain atau perangkat lainnya. Mempertahankan posisi yang baik di tempat tidur tapi kadang-kadang merosot.	<b>3</b> <b>Tidak ada masalah</b> Bergerak di tempat tidur dan kursi secara mandiri dan memiliki kekuatan otot yang cukup untuk mengangkat selama bergerak.1 mempertahankan posisi yang baik di tempat tidur atau kursi setiap saat.	<b>4</b>
		<b>Total score</b>			

Keterangan :

- d) Tidak berisiko: 19-23
- e) Risiko ringan: 15-18
- f) Risiko sedang: 13-14
- g) Risiko tinggi: 10-12
- h) Risiko berat: 6-9

(Mayangsari, 2020)

### 1.2.3 Penatalaksanaan *Repositioning*

#### 1.2.3.1 Definisi

*Repositioning* adalah mengganti posisi tubuh pasien atau *repositioning* perlu dilakukan untuk melancarkan sirkulasi darah, karena luka tekan adalah lesi iskemik kulit dan jaringan lunak dibawahnya yang terlokalisasi dan cenderung untuk meluas jika diberi tekanan yang dapat merusak aliran darah dan limfe dalam jangka waktu yang lama, tekanan yang diberikan akan mengganggu suplai darah ke daerah yang tertekan sehingga menimbulkan kematian jaringan (Yilmazer & Tuzer, 2019).

Reposisi pasien merupakan komponen penting dari pencegahan luka tekan, direkomendasikan untuk membalikkan pasien setidaknya sekali setiap 2 jam pada alas kasur dan setiap 4 jam sekali pada matras namun, rekomendasi ini tidak didukung sebagai standar perawatan dan disarankan agar posisi pasien diputar setiap 2 jam, bergantian dari posisi lateral ke posisi terlentang. Saat memposisikan ulang, tubuh pasien harus diputar lateral 30° dan kepala tempat tidur terangkat tidak lebih tinggi dari 30° untuk mencegah tekanan pada tulang

ekor. Ada beberapa kondisi pasien yang tidak dapat diberikan *repositioning* secara rutin, seperti pasien yang dikhawatirkan mengganggu kualitas tidur, pasien yang memiliki ketidakstabilan hemodinamik dan lainnya (Primalia & Hudiyawati, 2020).

#### 1.2.3.2 Tujuan *Repositioning* Pada Pasien Stroke

Tujuan *repositioning* adalah untuk mengurangi atau mengurangi tekanan pada daerah yang berisiko, menjaga massa otot dan integritas jaringan umum dan menjamin pasokan darah yang memadai untuk di daerah risiko. Meskipun sering reposisi untuk orang yang berisiko dekubitus menjadi praktek terbaik yang berlaku, ada kurangnya bukti yang diterbitkan di daerah ini pedoman dan ulasan lain telah mengandalkan opini konsensus praktek terbaik (Najihah et al., 2022).

#### 1.2.3.3 Pengaruh *Respositioning* Dalam Mencegah Luka Tekan

Perubahan tempat tidur memengaruhi perkembangan luka tekan. Pasien yang mengganti tempat tidurnya setiap 2 jam memiliki insiden luka tekan yang sangat rendah, perubahan tempat tidur adalah *repositioning* tempat tidur karena ketidakmampuan pasien untuk melakukan *repositioning* tidurnya sendiri. *Repositioning* berbaring ini dilakukan untuk mengubah adanya tekanan tubuh pada area tertentu, sehingga tidak terjadi ketidakseimbangan beban tubuh pada suatu titik yang dapat menyebabkan gangguan sirkulasi pada area yang tertekan tersebut. Posisi berbaring ini dirancang untuk mengurangi tekanan dan gesekan pada kulit. Menjaga kepala tempat tidur pada 30 derajat atau lebih rendah mengurangi gesekan berbaring, melakukan *repositioning*/atau bergantian tidur/tidur setiap 2 jam dan lebih waspada terhadap cedera tekanan yang

disebabkan oleh gesekan, melakukan repositioning atau mengubah tempat tidur atau tidur bergantian (Potter & Perry, 2015).

#### 1.2.4 Analisis Jurnal Terkait Penatalaksanaan *Repositioning*

**Tabel 1. 2 Evidence Based Nursing**

No	Keaslian Penelitian
1	<p>Nama Peneliti/Tahun : Wardani dan Nugroho (2022)</p> <p>Judul : Implementasi <i>Masase Neuroperfusi</i> dan <i>Repositioning</i> Terhadap Risiko Dekubitus Pasien Post Stroke</p> <p>Populasi : 28 pasien stroke</p> <p>Intervensi : <i>Repositioning</i></p> <p><i>Comparison</i> : <i>Masase neuroperfusi</i></p> <p><i>Outcome</i> : <i>Repositioning</i> setiap 2 jam dapat mengurangi risiko kejadian dekubitus pada penderita terutama post stroke lebih efektif dibandingkan <i>massage</i></p>
2	<p>Nama Peneliti/Tahun : Herly et al., 2021</p> <p>Judul : Efektifitas pemberian posisi miring dalam pencegahan luka tekan pada pasien stroke</p> <p>Populasi : 1 pasien stroke</p> <p>Intervensi : Posisi miring</p> <p><i>Comparison</i> : Tidak ada</p> <p><i>Outcome</i> : Pemberian posisi miring setiap 2 jam terbukti efektif menurunkan risiko dekubitus</p>
3	<p>Nama Peneliti/Tahun : Badrujamaludin et al., 2022</p> <p>Judul : Pengaruh mobilisasi dan <i>massage</i> terhadap pencegahan risiko luka tekan pada pasien tirah baring</p> <p>Populasi : 30 pasien stroke</p> <p>Intervensi : Mobilisasi</p> <p><i>Comparison</i> : <i>Masase</i></p> <p><i>Outcome</i> : Pelaksanaan mobilisasi mampu menurunkan risiko luka tekan pada pasien tirah baring lebih efektif dibandingkan <i>massage</i></p>
4	<p>Nama Peneliti/Tahun : Kusumah, 2021</p> <p>Judul : Pengaruh Perubahan Posisi Dalam Mencegah Dekubitus Pada Pasien yang menjalani perawatan di Rumah sakit Aminah Ciledug Tangerang</p> <p>Populasi : 44 Pasien Stroke</p> <p>Intervensi : perubahan posisi</p> <p><i>Comparison</i> : Tidak ada</p> <p><i>Outcome</i> : Terdapat pengaruh dari perubahan posisi minimal 2 jam sekali dalam mencegah luka decubitus</p>

5	Nama Peneliti/Tahun	: Alimansur & Santoso, 2019
	Judul	: The Main Prevention of pressure sores in stroke patients
	Populasi	: 40 Pasien Stroke
	Intervensi	: Mobilisasi 2 jam, pemenuhan nutrisi, dan perawatan kulit, resiko luka dekubitus
	Comparation	: Tidak ada
	Outcome	: Pelaksanaan mobilisasi tiap 2 jam dalam waktu 3 hari dapat mencegah luka tekan pada pasien stroke

---

### 1.2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Risiko Luka Tekan

Pengkajian tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan (Sihaloho, 2020).

#### 1.2.5.1 Pengkajian

##### 1) Identitas

Umur/usia perlu ditanyakan karena adanya hubungan dengan proses penyembuhan luka atau regenerasi sel. Sedangkan ras dan suku bangsa perlu dikaji karena kulit yang tampak normal pada ras dan kebangsaan tertentu kadang tampak abnormal pada klien dengan ras dan kebangsaan lain.

Pekerjaan dan hobi klien juga ditanyakan untuk mengetahui apakah klien banyak duduk atau sedikit beraktivitas sehingga terjadi penekanan pembuluh darah yang menyebabkan suplai oksigen berkurang, sel-sel tidak mendapat cukup zat makanan dan sampah hasil sisa metabolisme tertumpuk. Akhirnya sel-sel mati, kulit pecah dan terjadilah lubang yang dangkal dan luka dekubitus pada permukaan.

##### 2) Keluhan Utama

Merupakan keluhan yang paling dirasakan oleh klien sehingga ia mencari pertolongan. Keluhan yang diungkapkan klien pada umumnya yaitu adanya rasa risiko luka tekan. Lokasi luka biasanya terdapat pada daerah- daerah yang menonjol, misalnya pada daerah belakang kepala, daerah bokong, tumit, bahu, dan daerah pangkal paha yang mengalami ischemia sehingga terjadi luka tekan

### 3) Riwayat Penyakit Sekarang

Hal- hal yang perlu dikaji adalah mulai kapan keluhan dirasakan, lokasi keluhan, intensitas, lamanya atau frekuensi, faktor yang memperberat atau memperingan serangan, serta keluhan- keluhan lain yang menyertai dan upaya- upaya yang telah dilakukan perawat disini harus menghubungkan masalah kulit dengan gejalanya seperti: gatal, panas, mati rasa, immobilisasi, risiko luka tekan, demam, edema, dan neuropati.

### 4) Riwayat Personal dan Keluarga

Riwayat penyakit keluarga perlu ditanyakan karena penyembuhan luka dapat dipengaruhi oleh penyakit – penyakit yang diturunkan seperti: DM, alergi, Hipertensi (stroke). Riwayat penyakit kulit dan prosedur medis yang pernah dialami klien. Hal ini untuk memberikan informasi apakah perubahan pada kulit merupakan manifestasi dari penyakit sistemik seperti: infeksi kronis, kanker, DM.

### 5) Riwayat Pengobatan

Apakah klien pernah menggunakan obat- obatan. Yang perlu dikaji perawat yaitu: Kapan pengobatan dimulai, Dosis dan frekuensi, waktu berakhirnya minum obat.

### 6) Riwayat Diet

Yang dikaji yaitu berat badan, tinggi badan, pertumbuhan badan dan makanan yang dikonsumsi sehari-hari. Nutrisi yang kurang adekuat menyebabkan kulit mudah terkena lesi dan proses penyembuhan luka yang lama.

7) Riwayat Kesehatan, seperti:

- a) Bed-rest yang lama
- b) Immobilisasi
- c) Inkontinensia
- d) Nutrisi atau hidrasi yang inadkuat

8) Pengkajian Psikososial

Kemungkinan hasil pemeriksaan psikososial yang tampak pada klien yaitu: Perasaan depresi, frustrasi, asietas/kecemasan, keputusasaan.

9) Aktivitas Sehari-hari

Klien yang immobilisasi dalam waktu yang lama maka bisa terjadi ulkus pada daerah yang menonjol karena berat badan bertumpu pada daerah kecil yang tidak banyak jaringan dibawah kulit untuk menahan kerusakan kulit. Sehingga diperlukan peningkatan latihan rentang gerak dan mengangkat berat badan. Tetapi jika terjadi paraplegi maka akan terjadi kekuatan otot tidak ada (pada ekstremitas bawah), penurunan peristaltik usus (terjadi konstipasi), nafsu makan menurun dan defisit sensori pada daerah yang paraplegi.

10) Pemeriksaan Fisik

a) *Breathing* (B1)

Inspeksi bentuk thorax dan ekspansi paru, auskultasi irama pernafasan, vokal premitus, adanya suara tambahan, bunyi jantung, dan bunyi jantung tambahan, perkusi thorax untuk mencari ketidak normalan pada daerah thorax.

Pada pasien dengan penurunan kesadaran, inspeksi didapatkan batuk karena peningkatan produksi sputum, sesak nafas, penggunaan otot bantu nafas, dan peningkatan frekuensi pernafasan. Auskultasi bunyi nafas tambahan seperti ronchi didapatkan pada pasien dengan peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang menurun.

Pada pasien dengan tingkat kesadaran composmentis, pengkajian inspeksi pernafasan tidak ada kelainan. Palpasi thorax didapatkan taktil premitus simetris kanan dan kiri. Auskultasi tidak didapatkan bunyi nafas tambahan.

b) *Blood* (B2)

Pada sistem kardiovaskular didapatkan renjatan syok hipovolemik yang sering terjadi pada pasien stroke. Tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi massif (tekanan darah sistole > 200 mmHg).

c) *Brain* (B3)

Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologi, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang

perfusinya tidak adekuat, dan aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Lesi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya.

Tingkat kesadaran dikaji dengan sistem GCS. Nilainya bisa menurun bila terjadi risiko luka tekan hebat (syok neurogenik) dan panas atau demam tinggi, mual muntah, dan kaku kuduk

d) *Bladder* (B4)

Inspeksi adanya kelainan pada perinium. Klien kemungkinan mengalami inkontinensia uri sementara karena ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang kontrol spincter urine eksternal berkurang atau hilang, sehingga dilakukan pemasangan kateter untuk buang air kecil.

e) *Bowel* (B5)

Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual-muntah pada fase akut. Bentuk perut datar atau flat, bising usus mengalami penurunan karena immobilisasi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus. Pada perkusi abdomen hypersonor jika dispensi abdomen atau tegang.

f) *Bone* (B6)

Pada pasien stroke didapatkan hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh. Pada kulit, jika pasien kekurangan oksigen kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan buruk. Perlu juga dikaji tanda-tanda luka tekan terutama pada daerah yang menonjol karena pasien stroke mengalami masalah mobilitas fisik.

Adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise/hemiplegi, dan mudah lelah menyebabkan masalah pola aktivitas dan istirahat.

g) Pengkajian Fisik Kulit

(1) Inspeksi kulit

Pengkajian kulit melibatkan seluruh area kulit termasuk membran mukosa, kulit kepala, rambut dan kuku. Tampilan kulit yang perlu dikaji yaitu warna, suhu, kelembaban, kekeringan, tekstur kulit (kasar atau halus), lesi, vaskularitas. Yang harus diperhatikan oleh perawat yaitu :

- (a) Warna, dipengaruhi oleh aliran darah, oksigenasi, suhu badan dan produksi pigmen.
- (b) Edema, Selama inspeksi kulit, perawat mencatat lokasi, distribusi dan warna dari daerah edema.
- (c) Kelembaban, Normalnya, kelembaban meningkat karena peningkatan aktivitas atau suhu lingkungan yang tinggi kulit kering dapat disebabkan oleh beberapa faktor, seperti lingkungan kering atau lembab yang tidak cocok, intake cairan yang inadkuat, proses menua.
- (d) Integritas, Yang harus diperhatikan yaitu lokasi, bentuk, warna, distribusi, apakah ada drainase atau infeksi.
- (e) Kebersihan kulit: Kondisi kulit klien yang sering mengalami kelembapan mendorong maserasi kulit sehingga lebih mudah merusak kulit akibat gesekan dan gerakan. Basah ini bisa disebabkan

oleh drainase luka yang tidak terus menerus, keringat yang banyak dan lain-lain

(f) Vaskularisasi, Perdarahan dari pembuluh darah menghasilkan petechie dan echimosis.

(g) Palpasi kulit, Yang perlu diperhatikan yaitu lesi pada kulit, kelembaban, suhu, tekstur atau elastisitas, turgor kulit

(Carpenito dalam (Anugrah, 2022)

### 1.2.5.2 Diagnosa Keperawatan

#### 1.2.5.2.1 Diagnosa

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

#### 1.2.5.2.2 Faktor Risiko

- a) Skor skala Braden Q <18
- b) Penurunan mobilisasi
- c) Penurunan oksigenasi jaringan
- d) Penurunan perfusi jaringan
- e) Dehidrasi
- f) Periode imobilisasi yang lama diatas permukaan yang keras (mis. prosedur operasi 22jam)
- g) Usia >65 tahun
- h) Riwayat stroke
- i) Inkontinensia
- j) Ketidakadekuatan nutrisi

- k) Imobilisasi fisik
- l) Penekanan di atas tonjolan tulang
- m) Gesekan permukaan kulit

#### 1.2.5.2.2 Kondisi Klinis Terkait

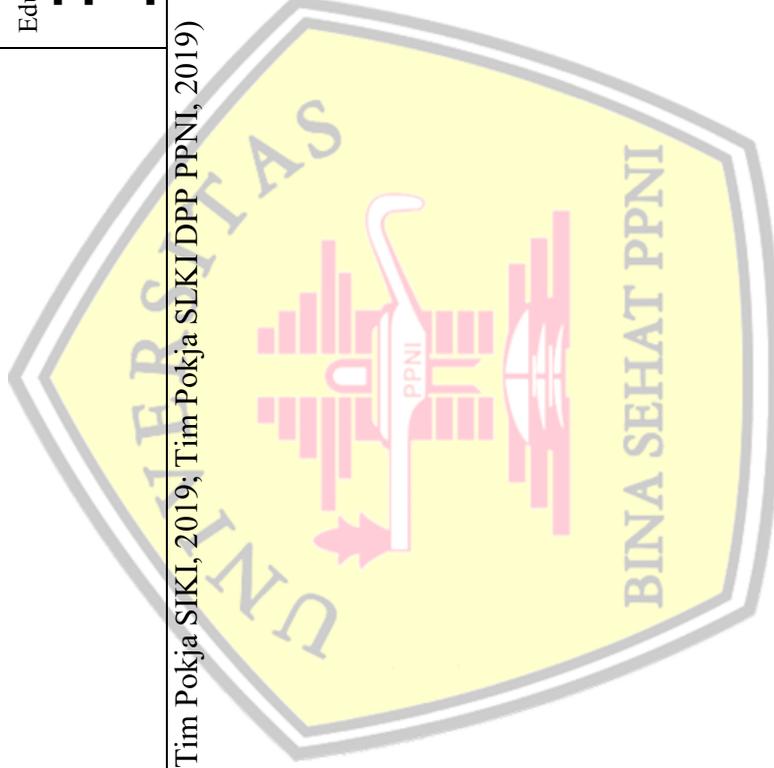
Kondisi klinis pada kedua pasien didapatkan dengan diagnose medik stroke non hemoragik dan mengalami kelemahan ekstremitas kiri sehingga kedua pasien aktivitasnya terbatas dan keperluannya dibantu.





Diagnosa Keperawatan	Perencanaan Keperawatan	
	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hindari menggunakan air hangat dan sabun keras saat mandi</li> <li>▪ Pastikan asupan makanan yang cukup terutama protein, vitamin B dan C, zat besi, dan kalori</li> </ul> Edukasi <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jelaskan tanda-tanda kerusakan kulit</li> <li>▪ Anjurkan melapor jika menemukan tanda-tanda kerusakan kulit</li> <li>▪ Ajarkan cara merawat kulit</li> </ul>

(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017; Tim Pokja SIKI, 2019; Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)



#### 1.2.5.4 Implementasi

Implementasi atau tindakan keperawatan yaitu inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tindakan keperawatan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam implementasi juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Sirait, 2019).

#### 1.2.5.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari perencanaan dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dalam memenuhi kebutuhan klien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan telah tercapai. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan yaitu pada komponen kognitif, afektif, psikomotor, perubahan fungsi dan tanda gejala yang spesifik (Rukajat, 2018).

### 1.3 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penulisan KIAN ini adalah “Bagaimanakah analisis asuhan keperawatan pada pasien stroke dengan masalah risiko luka tekan melalui penatalaksanaan repositioning di ruang 7 RSPAL dr. Ramelan Surabaya

## 1.4 Tujuan Penelitian

### 1.4.1 Tujuan Umum

Melakukan asuhan keperawatan pada pasien stroke dengan masalah risiko luka tekan melalui penatalaksanaan repositioning di ruang 7 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

### 1.4.2 Tujuan Khusus

1. Memberikan gambaran asuhan keperawatan pada pasien stroke dengan masalah risiko luka tekan melalui penatalaksanaan repositioning di ruang 7 RSPAL dr. Ramelan Surabaya
2. Menganalisis penerapan *repositioning* untuk mengatasi risiko luka tekan di ruang 7 RSPAL dr. Ramelan Surabaya

## 1.5 Manfaat Penelitian

### 1.5.1 Manfaat Aplikatif

#### 1.5.1.1 Bagi Perawat

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai tambahan informasi tentang efektivitas penerapan *repositioning* pada pasien stroke sehingga dapat dijadikan sebagai terapi komplementer dalam upaya pencegahan luka tekan

#### 1.5.1.2 Bagi Pasien

Pasien mendapatkan perawatan *repositioning* sehingga risiko luka tekan dapat dicegah dan pasien tidak mengalami luka tekan.

#### 1.5.1.3 Bagi Rumah Sakit

Hasil asuhan ini dapat dijadikan sebagai evidence based nursing sebagai dasar pembuatan SOP repositioning untuk mencegah terjadinya risiko luka tekan pada pasien dengan imobilisasi lama

#### 1.5.1.4 Bagi Institusi Pendidikan

Penelitian ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan, khususnya pengetahuan tentang efektivitas penerapan *repositioning* dalam upaya pencegahan luka tekan pada pasien stroke. Penelitian ini dapat dijadikan sebagai sarana penerapan ilmu pengetahuan bagi mahasiswa di institusi pendidikan tentang intervensi pencegahan luka tekan pada pasien stroke dan metode penelitian, sehingga hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai acuan dalam melakukan pengembangan penelitian tentang penerapan *repositioning* dalam upaya pencegahan luka tekan pada pasien stroke serta dapat dijadikan sebagai *evidence based nursing* untuk mencegah luka tekan.

#### 1.5.2 Manfaat Keilmuan

Karya ilmiah ini diharapkan dapat menjadi referensi bagi ilmu keperawatan dalam menerapkan intervensi keperawatan pada klien stroke. Karya ilmiah ini dapat menjadi data dasar dan kelengkapan literatur bagi pengembangan ilmu dan praktik pada institusi pendidikan keperawatan khususnya manfaat dalam intervensi keperawatan pada masalah risiko luka tekan