

POSISI TIDUR MIRING 30 DERAJAT TERHADAP TERJADINYA LUKA TEKAN PADA PASIEN STROKE DI RSUD SIDOARJO

Marsaid¹⁾, Hurun Ain¹⁾, Fauzia Isma Wazida¹⁾,

¹⁾ Program Studi Sarjana Terapan Keperawatan Lawang, Poltekkes Kemenkes Malang
E-mail:marsaidsaid411@gmail.com

POSITION OF 30 DEGREES LATERALLY SLEEPING POSITION AGAINST OCCURRENCE PRESSURE ULCERS IN STROKE PATIENTS

Abstract: Stroke is a cerebrovascular disease causes brain tissue death. Brain tissue death causes a neurological deficit so it will be weakness of muscle tone and impaired physical mobility that causes them immobilized and should bed rest. This research aims to determine the effect of 30 degrees laterally sleeping position against occurrence pressure ulcers in stroke patients at RSUD Sidoarjo. The research used pre experimental design with Static Group Comparism. The research design used was non probability sampling with 34 respondents (17 are the treatment group with intervention of 30 degrees laterally sleeping position and 17 are the control group without intervention but still given standard intervention). From Mann Whitney test got p value 0,016; meaning that there was a significant difference in the occurrence of pressure ulcers between the treatment group and the control group at the final observation. This research concludes that there is an effect of 30 degrees laterally sleeping position against occurrence pressure ulcers in stroke patients. It is expected intervention can be used as a prevention strategy of pressure ulcers.

Keywords: 30 degrees laterally sleeping position, Pressure ulcers, Stroke.

Abstrak: Stroke merupakan penyakit serebrovaskuler karena kematian jaringan otak. Kerusakan jaringan otak menyebabkan defisit neurologis sehingga mengalami kehilangan tonus otot dan gangguan mobilitas fisik sehingga pasien harus imobilisasi dan tirah baring. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh posisi tidur miring 30° terhadap terjadinya luka tekan pada pasien stroke di RSUD Sidoarjo. Penelitian ini menggunakan desain Pre experimental dengan rancangan Static Group Comparism. Teknik sampling menggunakan non probability sampling dengan jumlah responden 34 orang (17 orang kelompok perlakuan yang diberi intervensi posisi tidur miring 30° dan 17 orang kelompok kontrol yang tidak diberikan intervensi tersebut, namun tetap diberi intervensi standart dari ruangan. Hasil tes Mann Whitney didapatkan p value 0,016; artinya ada perbedaan yang signifikan terjadinya luka tekan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol pada observasi akhir. Penelitian ini menyimpulkan bahwa ada pengaruh posisi tidur miring 30° terhadap terjadinya luka tekan pada pasien stroke. Dari hasil penelitian ini diharapkan intervensi dapat dijadikan sebagai strategi pencegahan terjadinya luka tekan.

Kata Kunci: Tidur Miring 30°, Luka Tekan, Stroke

PENDAHULUAN

Stroke merupakan penyakit terbanyak ketiga serta penyakit penyebab kecacatan tertinggi di dunia. Serangan stroke yang mendadak dapat mengakibatkan kematian, kecacatan fisik, dan mental baik pada usia produktif maupun usia lanjut dipandang serius dan menjadi masalah yang dihadapi hampir seluruh dunia. Selain itu, komplikasi nyeri dan infeksi yang muncul akibat pasien stroke mengalami gangguan mobilitas fisik juga menjadi penyebab angka kesakitan dan kematian yang tinggi. Pada beberapa negara tingginya angka kejadian pasien stroke yang mengalami komplikasi nyeri dan infeksi (luka tekan) menjadi masalah utama yang harus segera diatasi.

Pasien stroke dengan gangguan mobilisasi yang mengalami alih baring di tempat tidur dalam waktu yang cukup lama tanpa mampu untuk merubah posisi akan berisiko tinggi terjadinya luka tekan (Fitriyani, 2009). Pada kenyataannya pengaturan posisi alih baring masih belum konsisten pada setiap pasien dan masih belum dipandang serius, terlihat dari masih banyaknya tampilan pasien-pasien stroke tidak dalam posisi yang benar. Luka tekan menimbulkan sebuah ancaman dalam pelayanan kesehatan karena insidennya semakin hari semakin meningkat. Kejadian luka tekan di Indonesia sangatlah tinggi apabila dibandingkan dengan negara-negara lain. Oleh karena itu sangatlah wajar, bila masalah luka tekan perlu mendapat penanganan yang khusus (Elysaabeth, 2010).

Menurut WHO (2008) dalam Narsih (2015) menunjukkan bahwa lebih dari 60% penderita stroke berada di negara berkembang. *American Heart Association* (AHA)

memperkirakan terdapat sekitar 795.000 orang di Amerika Serikat yang mengalami stroke per tahun (Goldstein *et al.*, 2011) dalam Mubarak (2016). Hasil Riset Kesehatan Dasar Kemenkes RI (2013) menunjukkan telah terjadi peningkatan prevalensi stroke di Indonesia dari 8,3 per mil pada tahun 2007 menjadi 12,1 per mil pada tahun 2013 (Pusdatin Kemenkes, 2014). Berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan provinsi Jawa Timur memiliki estimasi jumlah penderita stroke sebanyak 6,6% dan 10,5% (Pusdatin Kemenkes, 2014).

Berdasarkan dari hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada bulan Oktober 2017 di RSUD Sidoarjo, didapatkan data jumlah pasien stroke yang dirawat inap di Ruang Mawar Kuning sebanyak 224 orang dalam 1 tahun terakhir dan rata – rata terdapat 19 pasien stroke setiap bulan. Selain itu data studi pendahuluan di ruang Mawar Kuning terdapat 177 per bulan pasien mengalami imobilisasi, yang menjadi faktor terjadinya luka tekan dan terdapat 4 pasien dalam 1 tahun terakhir mengalami luka tekan.

Studi pendahuluan wawancara yang dilakukan peneliti terhadap perawat ruangan mengatakan bahwa intervensi posisi tidur miring (alih baring) sudah diterapkan sesuai standard ruangan dengan disangga menggunakan bantal namun dalam hal kemiringan derajatnya masih diabaikan untuk pencegahan terjadinya luka tekan.

Stroke dapat terjadi karena pembuluh darah di otak pecah dan adanya penggumpalan darah akibat mengalami trombosis sehingga terjadi perdarahan serebri dan penyumbatan pembuluh darah di otak yang menyebabkan penurunan suplai darah ke otak, hal ini akan menurunkan suplai oksigen ke otak sehingga mengakibatkan iskemik jaringan otak dan terjadi

disfungsi jaringan otak. Disfungsi otak mengakibatkan terjadinya hemiparesis sehingga bagian tubuh mengalami kelumpuhan sebagian yang berdampak pasien akan mengalami penurunan mobilitas fisik dan *bedrest* sehingga merusak integritas kulit yang menjadi faktor terbentuknya luka tekan. Tekanan tersebut menghambat oksigen yang menuju jaringan kulit akibatnya metabolisme seluler terganggu oleh karena berkurangnya sirkulasi ke jaringan kulit sehingga menyebabkan iskemi jaringan dan memperbesar pembuangan metabolik yang dapat mengakibatkan nekrosis (Crisp & Taylor, 2006) dalam Elysabeth (2010).

Dampak terjadinya luka tekan dapat menyebabkan nyeri berkepanjangan, rasa tidak nyaman serta komplikasi berat seperti sepsis, infeksi kronis, selulitis, osteomielitis, dan peningkatan mortalitas. Luka tekan juga akan memperpanjang lama perawatan sehingga akan meningkatkan biaya perawatan (Mubarak, 2016).

Tindakan pencegahan luka tekan harus dilakukan sedini mungkin dan terus menerus. Rekomendasi *Institute For Healthcare Improvement* (2011) dalam pencegahan terjadinya luka tekan yaitu pengkajian terhadap resiko luka tekan, menjaga kelembaban kulit, pemberian nutrisi dan mengurangi tekanan terhadap pasien dengan alih baring dan penggunaan bantalan. Pada kenyataannya intervensi yang diberikan masih belum dapat mengurangi angka kejadian luka tekan yang ditetapkan WHO dan Depkes (2001) dalam standar mutu pencegahan luka tekan yakni 0% (Lumenta, 2008) dalam Elysabeth, et al, (2010). Clark menyatakan bahwa teknologi semakin canggih, namun insiden luka tekan tidak pernah turun (Moore, 2004) dalam Elysabeth et al., (2010). Semakin menegaskan kembali bahwa

tehnologi tidak dapat sepenuhnya menggantikan peran pemberi pelayanan perawatan.

Alih baring yaitu intervensi keperawatan dengan pengaturan posisi yang diberikan untuk mengurangi tekanan dan gaya gesek pada kulit. Aplikasi pengaturan posisi atau alih baring di tatanan pelayanan kesehatan banyak dilakukan semata-mata berdasarkan rutinitas dan kebiasaan saja. Merubah posisi dapat melancarkan peredaran darah serta memperbaiki pengaturan metabolisme tubuh mengembalikan kerja fisiologi organ-organ vital dan perubahan posisi juga memungkinkan kulit yang tertekan terekspose udara (Kusmawan, 2008) dalam Ernawati (2014). Posisi tidur miring kanan dan kiri (alih baring) sudah di aplikasikan namun dalam kebenaran sudut posisi masih diabaikan padahal hal tersebut bisa menjadi pengaruh kesembuhan terjadinya luka tekan. Defloor (2000) pernah meneliti sepuluh posisi yang berbeda saat pasien di atas tempat tidur, dari kesepuluh posisi itu, didapatkan bahwa tekanan yang paling minimal dicapai oleh tubuh pasien saat diposisikan miring 30°. Saat pasien diposisikan miring sampai dengan 90°, menimbulkan kerusakan suplai oksigen yang dramatis pada area *trochanter* dibanding pasien yang diposisikan miring 30° (Colin, 1996) dalam Elysabeth (2010).

Mekanisme dari pemberian posisi tidur miring 30° yaitu membebaskan tekanan sebelum terjadi iskemia jaringan hingga terjadi reaktif hiperemia dan mengatasi hipoksia jaringan, maka iskemik jaringan tidak sempat terjadi dan luka tekan pun tidak akan pernah ada. Hasil penelitian Huda (2012) mengatakan bahwa pemberian posisi miring/lateral 30° yang dilakukan secara kontinyu dan benar akan memberikan dampak yang bagus terhadap pasien yang mengalami

kelemahan anggota gerak yaitu mencegah dan mengurangi adanya luka tekan.

Berdasarkan latar belakang di atas penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang pengaruh posisi tidur miring 30° terhadap terjadinya luka tekan pada pasien stroke.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh posisi tidur miring 30° terhadap terjadinya luka tekan pada pasien stroke.

METODOLOGI

Penelitian ini menggunakan metode *Pre Eksperimental* dengan rancangan *Static Group Comparism*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien stroke yang dirawat inap di Ruang Mawar Kuning RSUD Sidoarjo.

Teknik pengambilan sampel menggunakan *consecutive sampling* sesuai dengan kriteria inklusi sebagai berikut: pasien yang didiagnosa stroke, skor Braden 13-14 (resiko sedang), imobilisasi (Tidak mampu miring kiri dan kanan secara mandiri), pasien tidak dalam kondisi gelisah, tidak mempunyai riwayat kejang, tidak terdapat luka tekan sebelumnya, tidak ada edema, dan pasien tidak mempunyai riwayat penyakit/penyakit komplikasi diabetes melitus. Untuk kriteria ekslusinya: pasien yang saat proses sedang berlangsung tiba-tiba membatalkan karena suatu hal tertentu, pasien yang saat diberi intervensi posisi tidur miring 30° tiba-tiba mengubah intervensi yang diberikan karena pasien tidak kooperatif.

Sampel yang diperoleh berjumlah 34 sampel dengan 17 kelompok perlakuan dan 17 kelompok kontrol. Instrumen penelitian untuk menilai resiko luka tekan menggunakan Skala Braden, dan untuk menilai terjadinya luka tekan menggunakan klasifikasi luka tekan menurut EPUAP-NPUAP 2009

Analisis statistik yang digunakan meliputi usia, jenis kelamin, riwayat merokok, status IMT, dan kadar albumin yang ditampilkan dalam bentuk nilai distribusi dan frekuensi. Uji *Mann U Whitney* untuk mengetahui perbedaan terjadinya luka tekan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Penelitian ini dilaksanakan di Ruang Mawar Kuning RSUD Sidoarjo. Penelitian dilakukan pada tanggal 18 April 2018 – 18 Mei 2018.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil Penelitian

Tabel 1 Karakteristik Dasar Responden Jenis Kelamin

Jenis kelamin	Perlakuan		Kontrol		Jumlah	
	n	%	N	%	N	%
Laki- Laki	12	70,6	8	47,1	20	58,8
Perempuan	5	29,4	9	52,9	14	41,2
Jumlah	17	100%	17	100%	34	100%

Berdasarkan Tabel 1 menunjukkan bahwa kelompok perlakuan 12 orang (70,6%) laki-laki, dan kelompok kontrol 9 orang (52,9%) perempuan.

Tabel 2 Karakteristik Dasar Responden Umur

Variabel	N	Mean	SD	Min	Max
Kelompok Perlakuan	17	59,59	7,746	49	77
Kelompok Kontrol	17	64,82	11,27	41	90

Berdasarkan Tabel 2 menunjukkan bahwa kelompok perlakuan rata-rata umur responden 59,59 tahun, standar deviasi 7,746, umur termuda 49 tahun, dan umur tertua 77 tahun. Kelompok kontrol rata-rata umur responden 64,82 tahun, standar deviasi 11,27, umur termuda 41 tahun, dan umur tertua 90 tahun.

Tabel 3 Karakteristik Dasar Responden Riwayat Merokok

Riwayat Merokok	Perlakuan		Kontrol		Jumlah	
	N	%	n	%	N	%
Merokok	12	70,6	8	47,1	20	58,8
Tidak Merokok	5	29,4	9	52,9	14	41,2
Jumlah	17	100%	17	100%	34	100%

Berdasarkan Tabel 3 menunjukkan bahwa kelompok perlakuan memiliki riwayat merokok 12 orang (70,6%). Kelompok kontrol tidak memiliki riwayat merokok 9 orang (52,9%).

Tabel 4 Karakteristik Dasar Responden Status IMT

Variabel	n	Mean	SD	Min	Max
Kelompok Perlakuan	17	19,94	2,703	17	25
Kelompok Kontrol	17	19,74	2,476	17	25

Berdasarkan Tabel 4 menunjukkan bahwa kelompok perlakuan rata-rata status IMT responden 19,94 (normal), standar deviasi 2,703, nilai minimum 17 (kurang), dan nilai maximum 25 (lebih/ pra obesitas). Kelompok kontrol rata-rata status IMT responden 19,74 (normal), standar deviasi 2,476, nilai minimum 17 (kurang), dan nilai maximum 25 (lebih/ pra obesitas).

Tabel 5 Karakteristik Dasar Responden Kadar Albumin

Variabel	N	Mean	SD	Min	Max
Kelompok Perlakuan	17	3,664	0,2735	3,4	4,1
Kelompok Kontrol	17	3,564	0,3855	3,0	4,5

Berdasarkan Tabel 5 menunjukkan bahwa kelompok perlakuan rata-rata kadar albumin responden 3,664 g/dL (normal), standar deviasi 0,2735, nilai minimum 3,4 g/dL (normal), dan nilai maximum 4,1 g/dL (normal). Kelompok kontrol rata-rata kadar albumin responden 3,564 g/dL (normal), standar deviasi 0,3855, nilai minimum 3,0 g/dL (kurang/ hipoalbuminea), dan nilai maximum 4,5 g/dL (normal).

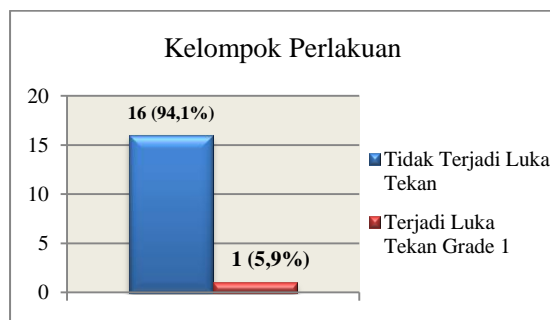


Diagram 6 Terjadinya Luka Tekan Pada Kelompok Perlakuan Setelah Diberikan Intervensi Posisi Tidur Miring 30°

Berdasarkan Diagram 6 menunjukkan pada kelompok perlakuan 16 orang (94,1%) tidak terjadi luka tekan.

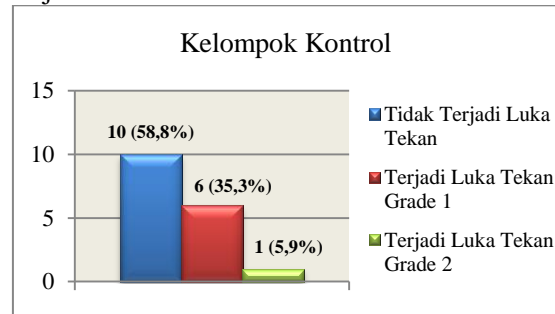


Diagram 7 Terjadinya Luka Tekan Pada Kelompok Kontrol Pada Observasi Akhir

Berdasarkan Diagram 7 menunjukkan pada kelompok kontrol 10 orang (58,8%) tidak terjadi luka tekan.

Tabel 8 Perbedaan Terjadinya Luka Tekan Antara Kelompok Perlakuan Dan Kelompok Kontrol Setelah Diberi Intervensi/ Pada Observasi Akhir

Variabel	Perlakuan		Kontrol		Jumlah n	P Value
	N	%	N	%		
Tidak Terjadi Luka Tekan	16	94,1	10	58,8	26	,016
Terjadi Luka Tekan Grade 1	1	5,9	6	35,3	7	
Terjadi Luka Tekan Grade 2	0	0	1	5,9	1	
Jumlah	17	100%	17	100%	34	

Berdasarkan Tabel 8 menunjukkan pada kelompok perlakuan 16 orang (94,1%) tidak terjadi luka tekan. Sedangkan kelompok kontrol hanya 10 orang (58,8%) yang tidak terjadi luka tekan. Hasil uji *Mann whitney* didapatkan P Value 0,016 yakni nilai $p < 0,05$ yang berarti H_0 ditolak artinya ada perbedaan yang signifikan terjadinya luka tekan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol setelah diberi intervensi dan pada observasi akhir.

PEMBAHASAN

1. Terjadinya luka tekan pada kelompok perlakuan setelah diberikan intervensi posisi tidur miring 30°

Kelompok perlakuan diberikan intervensi dengan ketentuan posisi tidur miring 30° selama 1 jam ke arah ekstremitas yang mengalami kelemahan, kemudian diposisikan terlentang selama 2 jam selanjutnya diposisikan tidur miring 30° selama 2 jam ke arah ekstremitas yang tidak mengalami kelemahan. Intervensi ini diberikan secara terus-menerus selama tiga hari berturut-turut.

Pada pasien stroke terjadi penurunan berat badan hingga > 3 kg oleh karena penurunan intake nutrisi yang disebabkan oleh gangguan dalam menelan, berkurang nafsu makan. Hipoalbuminemia, kehilangan berat badan, dan malnutrisi umumnya diidentifikasi sebagai faktor predisposisi terjadinya luka tekan. IMT pada pasien dengan indeks massa tubuh rendah cenderung akan mengalami penekanan tonjolan tulang lebih besar dibandingkan pasien yang mempunyai indeks massa tubuh yang lebih tinggi (Jonsson *et al.*, 2008) dalam Elysabeth (2010).

Penelitian yang dilakukan oleh (Zulaikah, Kristiyawati, & Purnomo, 2016) tentang pengaruh alih baring 2 jam terhadap resiko dekubitus dengan varian berat badan pada pasien bedrest total menyimpulkan bahwa ada pengaruh antara Indeks Masa Tubuh dengan resiko terjadinya dekubitus.

Tekanan pada kondisi normal arteriola, kapiler, dan tekanan vena adalah 32, 20 dan 12 mm Hg. Kelebihan tekanan dari kisaran normal menyebabkan sumbatan aliran kapiler, menyebabkan iskemik, cedera dan bengkak biru cairan, sel, dan protein. Otot dapat rusak oleh tekanan melebihi 60 mm Hg selama lebih dari satu jam. Fakta-fakta ini memberikan alasan agar

sering reposisi pasien setiap 2 jam berubah. (I. S. Huda, 2015)

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Nur Aeni (2014) yang mengatakan bahwa salah satu cara pencegahan luka tekan yaitu menjaga kemiringan 30 derajat terhadap kasur ketika pasien dalam posisi miring. Penelitian Purwati (2018) juga mengatakan bahwa alih baring dengan memiringkan klien 30 derajat secara teratur dan menyangganya dengan matras dapat mencegah terjadinya kejadian dekubitus pada klien stroke.

Menurut Ika Sari Huda (2015) posisi miring 30 derajat kiri dan kanan akan sangat berguna untuk mencegah terbentuknya luka tekan pada lokasi yang paling umum di belakang, pinggul, dan ankes. Pemberian posisi miring 30° bertujuan membebaskan tekanan sebelum terjadi iskemia jaringan hingga terjadi reaktif hiperemia dan mengatasi hipoksia jaringan, maka iskemik jaringan tidak sempat terjadi dan luka tekan pun tidak akan pernah ada (Yuliasuti, Hastuti, Elysabeth, Haryuni, & Dkk, 2010).

Berdasarkan hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pada kelompok perlakuan yang diberi intervensi posisi tidur miring 30°, tekanan yang didapatkan pasien sudah dibebaskan yang mana keadaan immobilisasi dan tirah baring lama pada responden akan mengakibatkan terjadinya penekanan pada daerah-daerah yang menonjol. Apabila penekanan tersebut dibiarkan, sirkulasi oksigen dalam darah akan menurun sehingga menghambat aliran di pembuluh darah yang akhirnya dapat menyebabkan hipoksia jaringan. Keadaan ini apabila dibiarkan akan menyebabkan jaringan menjadi iskemik yang dapat menimbulkan terjadinya luka tekan.

Peneliti berpendapat bahwa resiko tinggi terjadinya kerusakan integritas kulit pada pasien stroke dikarenakan adanya perfusi yang buruk oleh edema jaringan akibat hiperalbuminea/akumulasi protein sehingga menjadikan jaringan iskemik yang selanjutnya memperburuk kerusakan kulit dan menimbulkan terjadinya luka tekan. Kerusakan kulit dan jaringan dibawahnya juga akan semakin cepat terjadi dikarenakan metabolisme jaringan akibat dari peningkatan kebutuhan oksigen seiring dengan peningkatan suhu tubuh pasien. Adanya penekanan yang terlalu lama mengakibatkan asupan nutrisi dan oksigenasi ke jaringan tidak adekuat, sehingga tekanan arteri kapiler pada kulit meningkat, aliran darah terhambat, timbul iskemik yang akhirnya terjadi nekrosis.

Pengaturan posisi merupakan komponen yang paling penting dari pencegahan luka tekan dan merupakan teknik reposisi untuk membebaskan adanya tekanan serta mencegah kontak dengan kulit yang dapat mengakibatkan luka tekan pasien. Posisi 30 derajat dapat meminimalisir tekanan dan gesekan serta sirkulasi oksigen ke bagian perifer pada area tulang yang menonjol dibandingkan dengan posisi 90 derajat sehingga mengalami perlambatan dalam hiperemia reaktif pada bagian perifer (Berman, 2009 hal 224).

2. Terjadinya luka tekan pada kelompok kontrol pada observasi akhir

Kelompok kontrol tidak diberikan intervensi dari peneliti, namun tetap diberi intervensi standart dari ruangan sebagaimana mestinya, dimana dalam intervensi yang diberikan kurang konsisten pemberiannya dan derajat kemiringan masih diabaikan serta intervensi yang diberikan kepada pasien dilakukan sendiri oleh keluarga pasien bukan oleh perawat ruangan yang hanya

menginstruksikan saja tanpa memantau pemberian intervensi tersebut.

Integritas kulit pada pasien yang mengalami tirah baring dapat tercapai dengan memberikan perawatan kulit yang terencana dan konsisten. Perawatan kulit yang tidak terencana dan tidak konsisten dapat mengakibatkan terjadinya gangguan integritas kulit (Retno, 2015).

Secara fisik berat badan pasien terbagi menjadi tiga yaitu kurus, normal, gemuk/obesitas. Pada pasien yang mengalami obesitas jaringan adiposa memperoleh vaskularisasi yang buruk, sehingga semakin rentan mengalami luka tekan. Demikian pula dengan pasien yang kurus mempunyai masa otot yang kurang dan tonjolan tulang yang nyata sehingga beresiko terjadinya dekubitus (Potter&Perry, 2012, hal 1260).

Menurut Nur Aeni (2014) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa tertekannya daerah yang lebih dari 2 jam akan menyebabkan gangguan sirkulasi cairan tubuh dan oksigen ke jaringan. Hal ini menunjukkan bahwa pengaruh untuk merubah posisi pada pasien yang mengalami imobilisasi sangat dibutuhkan untuk melancarkan peredaran darah serta memperbaiki pengaturan metabolisme tubuh mengembalikan kerja fisiologi organ-organ vital dan perubahan posisi juga memungkinkan kulit yang tertekan terekspose udara.

Berdasarkan hasil penelitian ini peneliti berpendapat bahwa pembuluh darah yang terdapat pada kulit apabila mengalami terputusnya aliran darah maka kulit akan mati dan rusak sehingga oksigen di kulit akan berkurang yang ditandai dengan kulit tampak merah dan meradang lalu membentuk luka tekan. Tekanan yang diterima oleh responden yang

tidak diberikan intervensi posisi tidur miring 30° masih melebihi dari tekanan pada nilai normalnya sehingga dapat menimbulkan kolaps yang selanjutnya akan menghalangi laju oksigenisasi dan nutrisi ke jaringan, serta menghambat peredaran aliran darah. Tekanan juga dipengaruhi oleh berat badan yang mana saat pasien berbaring berat badan akan berpindah pada penonjolan tulang. Tulang yang menonjol akan mengalami tekanan yang menyebabkan penurunan suplai darah pada jaringan sehingga jaringan akan kekurangan oksigen yang berpotensi mengalami luka tekan.

Tekanan normal pada kapiler yakni 32 mmHg.(Suryani, 2015). Meningkatnya tekanan *interface* dapat menyebabkan penurunan oksigenasi jaringan sehingga mengakibatkan sumbatan pada pembuluh kapiler dan gangguan pada sistem limfatik yang konsekuensinya menghasilkan kerusakan dan atau kematian jaringan dan perkembangan luka dekubitus.(Sumara, 2015). Informasi dan edukasi dalam pelaksanaan intervensi alih baring yang diberikan juga menjadi faktor terjadinya luka tekan mengingat intervensi ini dapat dilakukan oleh semua orang.

3. Perbedaan terjadinya luka tekan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol setelah diberi intervensi/ pada observasi akhir

Pengaturan posisi bukan semata-mata merubah posisi pasien berbeda dari posisi sebelumnya, melainkan membutuhkan teknik-teknik agar tidak menimbulkan masalah luka tekan yang baru. Pemberian posisi miring/lateral 30 derajat yang dilakukan secara *continue* dan benar akan memberikan dampak yang bagus terhadap pasien yang mengalami kelemahan anggota gerak yaitu mencegah dan mengurangi adanya luka tekan.(N. Huda, 2012).

Kerusakan jaringan karena adanya tekanan *interface* dapat terjadi dalam hitungan jam atau sampai 3 hari (Retno, 2015). Penelitian Defloor (2000) dalam Ana (2016) menyatakan bahwa dari sepuluh posisi yang berbeda-beda, tekanan yang paling minimal dicapai tubuh yaitu pada saat pasien diposisikan miring 30 derajat. Menurut penelitian Santoso (2014) memberikan alih baring posisi tubuh lateral dengan sudut maximum 30° juga akan mencegah kulit dari pergesekan (*friction*) dan perobekan jaringan (*shear*).

Posisi 30 derajat dapat meminimalisir tekanan dan gesekan serta sirkulasi oksigen ke bagian perifer pada area tulang yang menonjol dibandingkan dengan posisi 90 derajat sehingga mengalami perlambatan dalam hiperemia reaktif pada bagian perifer (Berman, 2009 hal 224).

Posisi 90 derajat dapat meningkatkan kejadian dekubitus hal ini disebabkan karena posisi 90 derajat menimbulkan masalah yang sering terjadi pada sendi dengan posisi lateral 90 derajat karena fleksi lateral leher, kurva spinalis memiliki kesejajaran yang tidak normal, bahu dan sendi pinggul rotasi internal dan adduksi, kurangnya dukungan pada kaki, kurangnya perlindungan sendi yang tertekan pada telinga, spina iliaka, trokhanter, dan pergelangan kaki. (Potter & Perry, 2010 hal 528)

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Sarwanto et al (2016) yang mengatakan bahwa posisi 30 derajat lebih efektif dibandingkan posisi 90 derajat dalam menurunkan risiko dekubitus dilihat dari nilai Mean.

Penelitian yang dilakukan Elysabeth, Sitorus, & Sukmarini (2010) juga megatakan bahwa responden yang tidak diberi perlakuan posisi miring 30 derajat mempunyai peluang 9,6

kali untuk terjadi luka tekan dibanding dengan responden yang diberi perlakuan posisi miring 30 derajat. Secara luas, pengaruh pemberian posisi 30 derajat ini akan berdampak pada penurunan angka kejadian luka tekan.

Berdasarkan hasil penelitian ini terdapat 7 responden dari kelompok kontrol yang tidak diberi intervensi posisi tidur miring 30° mengalami luka tekan bila dibandingkan dengan kelompok perlakuan yang diberi intervensi posisi tidur miring 30° hanya satu responden yang mengalami luka tekan. Adanya tekanan dan durasi yang cukup lama merupakan faktor ekstrinsik yang paling signifikan terjadinya luka tekan. Penekanan tersebut mengakibatkan terhambatnya sirkulasi darah ke jaringan sehingga menyebabkan iskemia lokal. Jaringan akan mengalami anoksia dan mati, selanjutnya menimbulkan perlukaan. Intervensi posisi tidur miring 30° yang diberikan peneliti kepada kelompok perlakuan berpengaruh dalam pencegahan terjadinya luka tekan, meskipun sama-sama mendapatkan tekanan antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan, responden yang mendapatkan intervensi dari peneliti ini mengalami peredaran sirkulasi O₂ yang baik karena pemberian intervensi posisi tidur miring 30° diberikan secara konsisten dan berkelanjutan sehingga tidak mengalami kekurangan aliran darah pada jaringan dibawahnya yang menyebabkan kemungkinan kecil untuk terjadinya luka tekan.

Dalam hasil penelitian ini juga teridentifikasi responden mengalami suasana hati yang cenderung depresif yang ditandai dari ekspresi wajah pasien yang kurang bergairah. Keadaan yang dialami responden ini dikaitkan dengan adanya perubahan hormonal yakni terjadi peningkatan hormon kortisol dan menyebabkan

kehilangan kolagen yang dapat dihubungkan dengan terjadinya luka tekan (Braden & Bergstrom, 2000) dalam Elysabeth (2010).

Mengingat tidak diperlukan energi yang besar untuk memberikan intervensi penelitian ini, pemberian secara berkelanjutan dan ketelatenan dalam melakukannya dapat memberikan dampak yang sangat baik yang tidak kalah dengan alat-alat canggih yang sudah ada.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Terjadinya luka tekan pada kelompok perlakuan sebanyak 1 orang (5,9%).
2. Terjadinya luka tekan pada kelompok kontrol sebanyak 7 orang (41,2%).
3. Ada perbedaan terjadinya luka tekan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol setelah diberikan posisi tidur miring 30°. ($p \text{ value} < \alpha, 0,016 < 0,05$)
4. Hasil penelitian ini didapatkan bahwa ada pengaruh posisi tidur miring 30° terhadap terjadinya luka tekan pada pasien stroke.

Saran

1. Bagi pengembangan ilmu dan teknologi keperawatan, ini dapat menjadi masukan khususnya dalam memodifikasi Standar Operasional Prosedur (SOP) keperawatan yang sudah diterapkan sebagai standart ruangan dalam usaha pencegahan terjadinya luka tekan pada pasien stroke.
2. Bagi masyarakat intervensi posisi tidur miring 30° dapat dilakukan oleh semua kalangan dan mengingat tidak diperlukan energi maupun dana yang besar untuk memposisikan pasien. Bagi masyarakat apabila mendapati

keluarganya sakit dan dalam keadaan tidak bisa bergerak/ imobilisasi, dapat diberikan posisi tidur miring 30° dengan ketentuan intervensi harus diberikan secara kontinyu, dan konsisten dalam pemberian derajat kemiringannya karena posisi derajat kemiringannya juga mempengaruhi tekanan yang didapat oleh pasien.

3. Bagi penelitian selanjutnya diharapkan penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan referensi dalam melakukan penelitian yang sejenis. Selanjutnya mungkin perlu dilakukan penelitian mengenai pengaruh tingkat depresi terhadap terjadinya maupun perkembangan luka tekan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ana, K. D. (2016). Pengaturan Posisi Miring 30 Derajat Dengan Kejadian *Pressure Ulcer*. *Adi Husada Nursing Journal*, 2(1), 108–113.
- Berman, A. (2009). Buku ajar praktik keperawatan klinis. Edisi 5. Jakarta : EGC
- Elysaabeth, D. (2010). Pengaruh posisi miring 30 derajat terhadap kejadian luka tekan grade 1 (*non blanchable erythema*) pada pasien stroke.
- Elysaabeth, D., Sitorus, R., & Sukmarini, L. (2010a). Penurunan Kejadian Luka Tekan *Grade I (Non Blanchable Erythema)* Pada Klien Stroke Melalui Posisi Miring 30 Derajat. *Jurnal Keperawatan indonesia*, 13(3), 181–186.
- Elysaabeth, D., Sitorus, R., & Sukmarini, L. (2010b). Penurunan Kejadian Luka Tekan *Grade I* Pada Klien Stroke Melalui Posisi Miring 30 Derajat. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 13(2), 181–186.
- Ernawati, Y. (2014). Pemberian posisi miring 30 derajat terhadap pencegahan terjadinya luka tekan grade 1 pada tn. d dengan stroke non hemoragik.
- Fitriyani, N. (2009). Pengaruh Posisi Lateral Inklin 30° Terhadap Kejadian Dekubitus Pada Pasien Stroke.
- Huda, I. S. (2015). Luka Tekan (Ulkus Dekubitus) Gambaran Klinis dan Penatalaksanaan.
- Huda, N. (2012). Pengaruh Posisi Miring Untuk Mengurangi Luka Tekan Pada Pasien Dengan Gangguan Persyarafan. *Jurnal Ilmiah Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya*, 3(2), 29–33.
- RI, pusat data dan informasi kementerian kesehatan. (2014). *Situasi Kesehatan Jantung*.
- Mubarok, S. (2016). Eefektifitas Terapi Topikal *Virgin Coconut Oil* Dan Alih Baring Terhadap Resiko Dekubitus Pada Pasien Stroke. *Jurnal mahasiswa*.
- Narsih, W. (2015). Pemberian Massage Dengan *Virgin Coconut Oil* (VCO) Terhadap Pencegahan Luka Tekan Pada Asuhan Keperawatan Ny. SP Dengan Stroke Hemoragik.
- Potter, P.A., & Perry, vA.G. (2012). Buku ajar fundamental keperawatan: konsep, proses dan praktik.
- Potter, P.A & Perry, A. G. (2010). Buku ajar fundamental keperawatan : konsep, proses dan praktik. Edisi 4. Jakarta : EGC
- Purwati, I. (2018). Analisis Praktik Klinik Keperawatan Pada Klien Stroke Dengan Intervensi Inovasi Pengaturan Posisi Baring Miring 30 Derajat Dalam Mencegah Kejadian Dekubitus *Grade I*.
- Santoso, N. A. E. (2014). Pemberian Posisi Alih Baring Terhadap Kejadian Dekubitus Pada Asuhan Keperawatan Tn. M Dengan Stroke Hemoragik.
- Sarwanto, D. P., Kriatyawati, S. P., & Arief, S. (2016). Perbedaan Efektivitas Posisi Miring 30 Derajat Dan 90 Derajat Dalam Menurunkan Risiko Dekubitus Pada Pasien *Bedrest Total*. *jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 1–12.
- Sumara, R. (2015). Tekanan Interface Pada Pasien Tirah Baring. *The Sun*, 2(1), 60–67.
- Suryani, Y. (2015). Pemberian *Back Pillow* Dan Alih Baring Terhadap Dekubitus Pada Asuhan Keperawatan Ny. S.
- Yuliastuti, C., Hastuti, P., Elysaabeth, D., Haryuni, S., & Dkk. (2010). *Jurnal Ilmiah Keperawatan*. *Jurnal Ilmiah Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya*.
- Zulaikah, Kristiyawati, S. P., & Purnomo, E. C. (2016). Pengaruh Alih Baring 2 Jam Terhadap Resiko Dekubitus Dengan Variasi Berat Badan Pada Pasien *Bedrest Total*. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, 29–36.