

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Bed Rest

2.1.1 Pengertian Bed Rest

Menurut Laraswati et al (2021) tirah baring adalah situasi di mana pasien disarankan untuk tetap berbaring di tempat tidur dalam rangka proses penyembuhan, dengan durasi yang bervariasi tergantung pada kondisi kesehatan individu masing-masing. Pasien yang menjalani tirah baring yang berkepanjangan memiliki risiko mengalami gangguan integritas kulit akibat tekanan yang berlangsung lama, iritasi kulit, atau keterbatasan gerakan, yang dapat mengakibatkan munculnya luka tekan atau ulkus decubitus (Fatmasari et al., 2022).

Tirah baring adalah kondisi dimana seseorang harus tinggal di tempat tidur untuk jangka waktu yang lama dan diharuskan melakukannya. Kata "istirahat" mungkin tidak cukup akurat dalam konteks ini karena sering kali orang mengasosiasikannya dengan tidur malam yang baik. Dalam kasus tirah baring, ini bukanlah suatu pilihan sukarela. Seseorang tidak dapat berfungsi sebagaimana mestinya di luar tempat tidur karena berbagai gangguan fungsi, seperti masalah gerakan, pernapasan, atau kendali saraf. Hal ini disebabkan oleh penyakit (seperti demam tinggi) atau kelemahan fisik (seperti lumpuh) (Rismawan, 2015).

2.1.2 Etiologi Bed Rest

Ada berbagai kondisi yang dapat mengakibatkan immobilisasi. Beberapa di antaranya meliputi gangguan pada sendi dan tulang, seperti penyakit reumatik seperti pengapuran tulang atau patah tulang yang dapat menghambat pergerakan, gangguan saraf seperti stroke, penyakit Parkinson, dan gangguan saraf tepi yang juga dapat mengganggu pergerakan, penyakit jantung atau gangguan pernapasan yang dapat menyebabkan kelelahan dan sesak nafas saat beraktivitas, gangguan penglihatan yang dapat mengganggu rasa percaya diri dalam bergerak karena risiko tersandung, terbentur, atau terpeleset, masa penyembuhan pasien yang masih lemah setelah operasi atau penyakit serius tertentu yang memerlukan bantuan dalam berjalan atau istirahat yang lebih banyak. Tirah baring atau immobilisasi yang berkepanjangan dapat memiliki dampak merugikan baik secara fisik maupun psikologis. Konsep immobilisasi relatif, karena tidak hanya melibatkan kehilangan pergerakan total, tetapi juga menyangkut penurunan aktivitas dari tingkat normalnya (Rismawan, 2015)

2.1.3 Upaya Pencegahan Akibat Bed Rest

Hal-hal yang dapat dilakukan oleh perawat untuk mencegah timbulnya gangguan kesehatan akibat immobilisasi (Rismawan, 2015) :

a. Infeksi saluran kemih

Pasien diberi motivasi untuk minum cukup banyak cairan.

b. Sembelit

Mengonsumsi makanan tinggi serat dan minum cukup dapat

membantu mencegah dan mengurangi timbulnya sembelit akibat

immobilisasi.

c. Infeksi paru

Memberikan perubahan posisi dan fisioterapi dada secara teratur dapat memudahkan pengeluaran sputum.

d. Luka tekan

Untuk mencegah luka tekan maka perlu mengubah posisinya dengan miring kanan dan kiri tiap 2 jam.

2.2 Konsep Mobilisasi

2.2.1 Pengertian Mobilisasi

Mobilisasi merupakan gerakan yang melibatkan aktivitas atau kegiatan tertentu. Menurut Carpenito (2000), mobilisasi dini adalah salah satu upaya mempertahankan kemandirian dengan cara mempertahankan fungsi fisiologis. Mobilisasi merujuk pada kemampuan untuk menggerakkan anggota tubuh dengan bebas dan dalam pola gerakan normal yang dihasilkan dari kebutuhan dasar manusia. Tahap awal mobilisasi termasuk dalam upaya untuk mengubah posisi tidur guna mencegah terjadinya dekubitus (Ilyas & Rambu, 2023)

Menurut Nainggolan (2013), disebutkan bahwa mobilisasi awal memiliki peran penting dalam mempercepat proses penyembuhan pasien setelah operasi. Selain itu, praktik mobilisasi ini juga memiliki manfaat yang signifikan dalam mengurangi durasi perawatan dan mengurangi risiko masalah seperti kekakuan otot serta dekubitus (Anggraeni, 2018).

2.2.2 Manfaat Mobilisasi

- a. Mencegah kekakuan otot: mobilisasi membantu menjaga kelenturan otot dan sendi, mencegah kekakuan otot yang dapat terjadi akibat kurangnya gerakan.
- b. Meningkatkan sirkulasi darah: gerakan tubuh saat mobilisasi meningkatkan aliran darah, yang dapat membantu mencegah masalah sirkulasi dan pembentukan gumpalan darah.
- c. Meningkatkan fungsi paru-paru: aktivitas fisik saat mobilisasi membantu memperkuat otot pernapasan dan meningkatkan kapasitas paru-paru.
- d. Meningkatkan kekuatan dan keseimbangan: melalui mobilisasi, seseorang dapat memperkuat otot-otot tubuh, yang mendukung keseimbangan dan stabilitas tubuh.
- e. Mencegah dekubitus: mobilisasi teratur membantu mencegah tekanan berlebih pada kulit, yang dapat mengurangi risiko terjadinya dekubitus atau luka tekan.
- f. Mempercepat proses penyembuhan: mobilisasi awal setelah operasi atau cedera dapat membantu mempercepat proses penyembuhan dan pemulihan pasien.
- g. Meningkatkan kualitas hidup: aktivitas fisik yang teratur meningkatkan kualitas hidup, meningkatkan suasana hati, dan membantu mengurangi stress
- h. Meningkatkan pencernaan: aktivitas fisik dapat merangsang sistem pencernaan dan membantu mengurangi risiko sembelit.

2.2.3 Pengertian Alih Baring

Alih baring adalah penyesuaian posisi yang bertujuan untuk mengurangi tekanan dan gesekan pada kulit, dan menjaga sudut tempat tidur sekitar 30 derajat atau lebih rendah dapat mengurangi risiko terjadinya dekubitus akibat gesekan atau tekanan. Perubahan posisi atau perubahan posisi tidur yang dilakukan secara berkala dapat diterapkan pada pasien setiap dua jam (Fatmasari et al., 2022)

2.2.4 Pengaturan Posisi

Posisi lateral

Posisi lateral adalah posisi di mana klien berbaring di salah satu sisi tubuhnya dengan kepala menghadap ke samping.

a. Tujuan :

- 1) Mengurangi cekungan (lordosis) dan meningkatkan penyalarsan punggung yang optimal.
- 2) Cocok untuk posisi tidur dan istirahat.
- 3) Membantu mengurangi tekanan pada tulang ekor (sakrum) dan tumit.

b. Prosedur

- 1) Membersihkan tangan.
- 2) Meletakkan klien terlentang di tengah tempat tidur untuk memudahkan akses klien dan menghindari perubahan posisi tanpa melawan gaya gravitasi.
- 3) Menggulingkan klien ke posisi miring untuk menyiapkan posisi yang sesuai.

- 4) Menempatkan bantal di bawah kepala dan leher klien untuk menjaga penyelarasan tubuh, mencegah fleksi lateral, dan mengurangi ketidaknyamanan pada otot leher.
- 5) Membengkokkan bahu bawah dan memposisikan ke depan agar tubuh tidak menopang berat badan langsung pada sendi bahu.
- 6) Menempatkan bantal di bawah lengan atas untuk mencegah rotasi internal dan adduksi bahu serta mengurangi tekanan pada dada.
- 7) Menempatkan bantal di bawah paha dan kaki atas sehingga ekstremitas berada sejajar dengan permukaan tempat tidur. Hal ini mencegah rotasi internal paha dan adduksi kaki, serta mengurangi tekanan langsung dari kaki atas ke kaki bawah.
- 8) Menempatkan bantal atau gulungan di belakang punggung klien untuk menstabilkan posisi, memperjelas kesejajaran vertebra, dan mencegah terguling ke belakang serta rotasi tulang belakang.
- 9) Membersihkan tangan.
- 10) Mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan.



Gambar 2. 1 Posisi Lateral

2.3 Konsep Ulkus Dekubitus

2.3.2 Pengertian Ulkus Dekubitus

Istilah dekubitus berasal dari kata Latin "decumbere," yang berarti berbaring. Ini merujuk pada luka yang muncul sebagai akibat tekanan atau iritasi kronis. Kondisi ini sering terjadi pada kulit punggung pasien yang terus-menerus berada dalam posisi berbaring di tempat tidur atau kesulitan untuk bangun dari tempat tidur perawatan dalam waktu yang lama (Rismawan, 2015). Luka tekan, juga dikenal sebagai dekubitus atau ulkus dekubitus, adalah cedera pada jaringan lunak yang disebabkan oleh tekanan atau gesekan yang berlangsung secara berkepanjangan pada bagian-bagian tonjolan tulang (Badrujamaludin et al., 2022). Dekubitus adalah kondisi di mana terjadi nekrosis pada jaringan yang muncul karena tekanan yang berlangsung dalam waktu lama antara permukaan tulang yang menonjol dan tempat berbaring (Potter & Perry, 1997).

3.3.2 Etiologi Ulkus Dekubitus

Beberapa kondisi yang mempengaruhi terbentuknya ulkus dekubitus (Mugiarti, 2022) :

- a) Immobilisasi : Ketika pasien terlentang di tempat tidur tanpa bergerak selama minimal dua jam, kondisi tersebut dapat menjadi penyebab terbentuknya dasar dari dekubitus.
- b) Disfungsi mekanisme pengaturan saraf : Bagian ini memiliki peran dalam mengatur aliran darah di tingkat lokal, dan jika terjadi gangguan pada mekanisme tersebut, maka dapat mengakibatkan pembentukan ulkus.

- c) Tekanan yang berlangsung dalam waktu lama: Ketika terjadi tekanan yang berkepanjangan pada jaringan, hal tersebut dapat mengakibatkan penyumbatan kapiler yang pada gilirannya mengurangi pasokan oksigen ke daerah tersebut. Akibatnya, jaringan mengalami iskemia dan akumulasi metabolit beracun, yang selanjutnya dapat menyebabkan terbentuknya ulserasi dan nekrosis jaringan.
- d) Dalam beberapa situasi, ada risiko yang lebih tinggi untuk mengalami ulkus dekubitus, termasuk pasien dengan gangguan neurologis, masalah kardiovaskular, periode anestesi yang panjang, kekurangan cairan, masalah gizi, tekanan darah rendah, dan pasien yang telah menjalani operasi.

2.3.3 Faktor Risiko Ulkus Dekubitus

Faktor risiko terjadinya ulkus dekubitus (Rismawan, 2015) :

- a. Mobilitas dan aktivitas

Pasien yang secara kontinu berada dalam posisi tidur tanpa perpindahan atau perubahan posisi memiliki risiko yang cukup tinggi terkena dekubitus. Faktor imobilisasi merupakan unsur yang paling dominan dalam terjadinya dekubitus.

- b. Penurunan sensori persepsi

Pasien yang mengalami penurunan persepsi sensori akan mengalami penurunan kemampuan untuk merasakan rasa sakit akibat tekanan di atas tulang yang menonjol. Jika kondisi ini berlangsung dalam waktu yang lama, pasien akan lebih rentan terhadap perkembangan luka tekan.

c. Kelembaban

Kelembaban yang muncul akibat inkontinensia dapat menyebabkan maserasi pada kulit. Jaringan yang terkena maserasi akan menjadi lebih rentan terhadap erosi. Selain itu, kelembaban juga dapat menyebabkan kulit lebih mudah mengalami gesekan dan perobekan jaringan. Inkontinensia alvi lebih berpotensi dalam mempengaruhi perkembangan dekubitus karena terdapat bakteri dan enzim dalam tinja yang dapat merusak kondisi kulit.

d. Tenaga yan merusak (*shear*)

Merupakan kekuatan fisik yang menyebabkan regangan dan kerusakan pada jaringan, pembuluh darah, dan struktur jaringan yang terletak dekat dengan tulang yang menonjol.

e. Peregesekan (*friction*)

Pergesekan terjadi ketika dua permukaan bergerak dalam arah yang berlawanan. Hal ini dapat menyebabkan gesekan dan merusak lapisan luar kulit (epidermis). Pergesekan bisa terjadi saat mengganti sprei pasien dengan kurang berhati-hati.

f. Nutrisi

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Guenter (2000), stadium tiga dan empat dari dekubitus pada orang tua berkaitan dengan penurunan berat badan, penurunan kadar albumin dalam darah, dan asupan makanan yang tidak mencukupi.

g. Usia

Pasien lanjut usia memiliki risiko yang lebih tinggi terkena dekubitus karena perubahan yang terjadi pada kulit dan jaringan seiring dengan proses penuaan.

h. Tekanan anterior yang rendah

Penelitian yang dilakukan oleh Nancy Bergstrom (1992) menemukan bahwa tekanan sistolik dan diastolik yang rendah berperan dalam meningkatkan risiko perkembangan luka tekan.

i. Stress emosional

Depresi dan stres emosional yang berlangsung dalam jangka waktu yang lama, seperti pada pasien psikiatrik, juga menjadi faktor risiko untuk kemungkinan terjadinya dekubitus.

j. Merokok

Kandungan nikotin dalam tembakau dapat mengurangi aliran darah dan memiliki dampak beracun pada lapisan dalam pembuluh darah (endotelium).

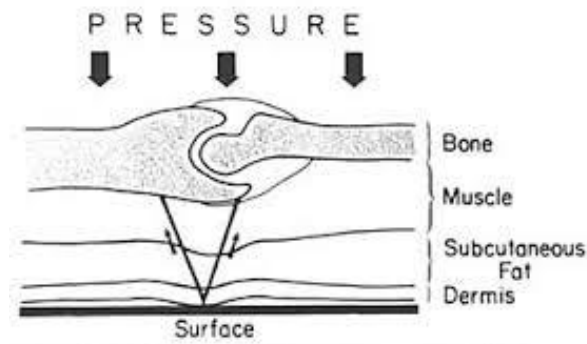
k. Temperature kulit

Kenaikan suhu tubuh adalah faktor yang memiliki dampak besar terhadap risiko terjadinya dekubitus.

2.3.4 Patofisiologi Ulkus Dekubitus

Ulkus dekubitus dapat dipicu oleh sejumlah faktor, baik yang berasal dari luar maupun dari dalam tubuh, namun hampir semuanya memiliki gejala utama, yaitu iskemia dan nekrosis. Ulkus dekubitus disebabkan oleh tekanan mekanis

yang bertahan pada jaringan lunak, seringkali terjadi pada tulang yang menonjol seperti sakrum, iskiurm, tumit, atau trokanter.

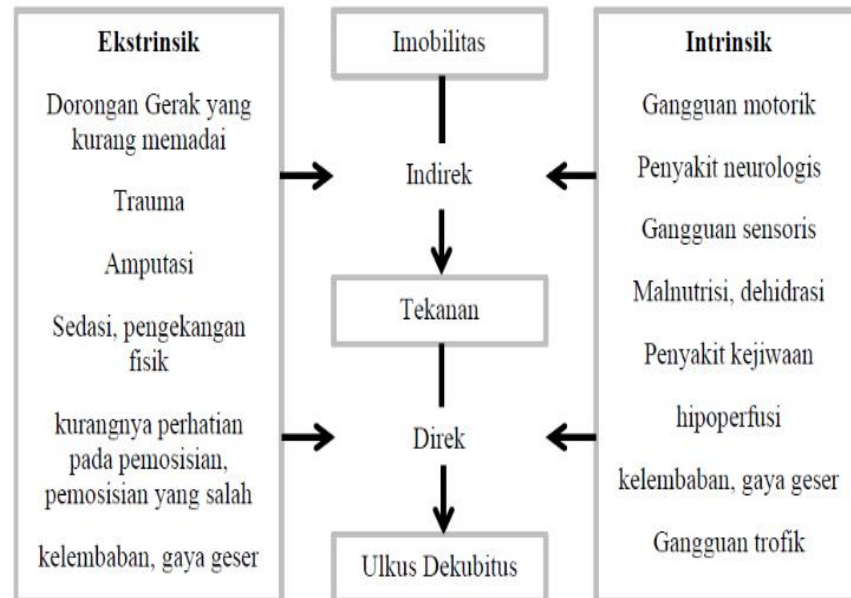


Gambar 2. 2 Gradien tekanan 3 dimensi

Dikutip dari (Amirsyah et al., 2020)

Meskipun kulit memiliki kemampuan untuk menanggung tekanan eksternal yang tidak normal, tekanan yang berlangsung secara terus-menerus dalam jangka waktu yang cukup lama menjadi penyebab utama dari ulkus dekubitus. Tekanan eksternal harus melebihi tekanan kapiler arteri (32 mmHg) untuk menghambat aliran darah dan harus lebih tinggi daripada tekanan penutupan kapiler (8 hingga 12 mmHg) untuk menghambat aliran darah kembali dari vena. Jika tekanan di atas ambang batas ini dipertahankan, hal ini akan menyebabkan iskemia pada jaringan tubuh dan pada akhirnya akan mengakibatkan nekrosis jaringan. Tekanan yang mencukupi ini dapat disebabkan oleh kompresi atau tekanan dari kasur yang keras, rel di tempat tidur rumah sakit, atau permukaan keras tempat pasien bersentuhan. Selain itu, gesekan yang disebabkan oleh kulit yang berada dalam kontak langsung dengan permukaan seperti pakaian atau tempat tidur juga bisa menyebabkan ulkus yang umumnya terjadi pada saat pasien sedang istirahat pada lapisan kulit yang lebih permukaan. Kelembaban juga memiliki potensi untuk

memicu terjadinya ulkus dan memperburuk ulkus yang sudah ada melalui kerusakan jaringan dan maserasi.



Gambar 2. 3 Path Way Decubitus dikutip dari (Amirsyah et al., 2020)

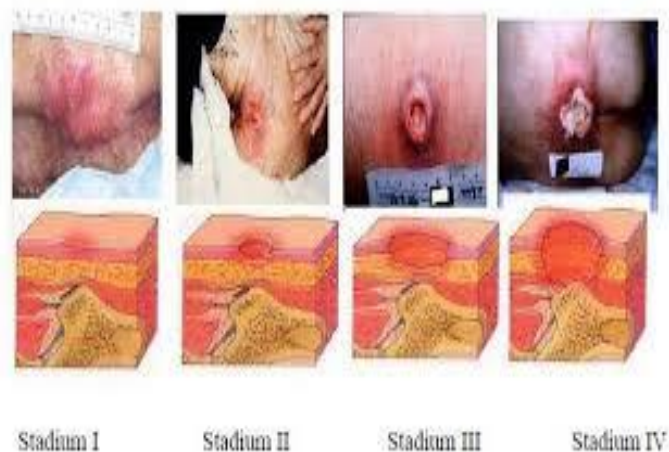
2.3.5 Manifestasi Klinis Ulkus Dekubitus

Menurut NPUAP (National Pressure Ulcers Advisory Panel) tahun 2014 dalam (Muhammad Hafizh Izuddin Alzamani et al., 2022), dekubitus dibagi menjadi empat tahap, yaitu :

- a. Stadium 1 : Terdapat perubahan yang dapat diamati pada kulit. Bila dibandingkan dengan kulit yang normal, beberapa tanda berikut dapat terlihat: perubahan suhu kulit (lebih dingin atau lebih hangat), perubahan dalam kekakuan jaringan (lebih keras atau lebih lunak), perubahan dalam sensasi (sensasi gatal atau nyeri). Pada individu dengan kulit berwarna putih, luka mungkin terlihat sebagai kemerahan yang berlangsung. Sementara pada individu dengan kulit berwarna

gelap, luka dapat tampak sebagai warna merah persisten, biru, atau ungu.

- b. Stadium 2 : Hilangnya sebagian lapisan kulit, baik itu epidermis, dermis, atau keduanya. Ciri-cirinya adalah luka yang berada pada permukaan, bisa berupa abrasi, kulit terkelupas, atau membentuk lubang yang dangkal.
- c. Stadium 3 : Kehilangan seluruh lapisan kulit, termasuk kerusakan atau nekrosis jaringan di bawahnya, mencapai jaringan subkutan atau lebih dalam, tetapi tidak mencapai fascia. Luka ini tampak sebagai lubang yang memiliki kedalaman yang signifikan.
- d. Stadium 4 : Kehilangan seluruh lapisan kulit dengan kerusakan yang melibatkan area yang luas, nekrosis jaringan, kerusakan pada otot, tulang, atau tendon. Keberadaan lubang yang memiliki kedalaman yang signifikan, serta kemungkinan adanya saluran sinus, juga termasuk dalam stadium IV dari luka tekan.



Gambar 2. 4 Stadium Ulkus Dekubitus

2.3.6 Pencegahan Ulkus Dekubitus

Pencegahan dan intervensi awal menurut (Mugiarti, 2022) :

- a. Kaji risiko individu terhadap kejadian luka tekan
- b. Kaji faktor risiko pada individu saat rawat inap di RS
- c. Identifikasi kelompok yang berisiko tinggi mengalami luka tekan
- d. Kaji keadaan kulit pasien secara teratur
- e. Kaji status mobilisasi pasien
- f. Kurangi risiko terjadinya tekanan
- g. Mengurangi tindakan terhadap pergeseran
- h. Mengkaji inkontinensia
- i. Mengevaluasi penyembuhan luka

2.3.7 Penatalaksanaan Ulkus Dekubitus

Tindakan keperawatan yang bisa dilakukan (Rismawan, 2015) :

- a. Ganti posisi pasien setidaknya setiap 2 jam. Saat melakukan perubahan, hindari gesekan yang dapat terjadi dengan menggeser pasien menggunakan linen atau peralatan lainnya.
- b. Disarankan agar pasien duduk di kursi roda setiap 10 menit untuk mengurangi tekanan. Jika pasien mampu duduk, mereka harus ditempatkan di kursi dengan dukungan untuk kedua kaki dan bantal-bantal kecil untuk menopang tubuh pasien. Jika memungkinkan, posisi tidur pasien harus diubah setiap hari dengan menggunakan bantal atau bantalan busa untuk mendukungnya.

- c. Disarankan untuk memberikan asupan nutrisi yang sesuai dan cairan yang mencukupi.
- d. Langsung hilangkan tinja atau urin dari kulit karena keduanya dapat menyebabkan iritasi pada kulit. Basuh dan keringkan area tersebut segera.
- e. Segera laporkan jika ada tanda-tanda kemerahan pada kulit.
- f. Pastikan kulit tetap bersih dan kering, serta selalu menjaga agar linen tetap dalam kondisi kering, bersih, dan bebas dari kerutan atau benda keras.
- g. Mandikan pasien dan berikan perhatian khusus pada daerah-daerah yang rentan terhadap tekanan atau gesekan.
- h. Lakukan pemijatan di sekitar area yang mengalami kemerahan dengan menggunakan lotion.
- i. Lakukan latihan Rentang Gerak (Range of Motion, ROM) setidaknya dua kali sehari untuk mencegah terjadinya kontraktur.
- j. Pertimbangkan penggunaan kasur busa, kasur anti-dekubitus, atau kasur dengan sistem perubahan tekanan. Jika pasien harus menjalani tirah baring dalam waktu yang lama, kasur khusus seperti kasur berisi air atau udara dapat digunakan.

2.4 Konsep Bantal Penyangga Tubuh Mika Miki

2.4.1 Definisi Bantal Penyangga Tubuh Mika Miki

Bantal penyangga tubuh miring kanan dan kiri adalah alat bantu medis yang dirancang untuk membantu pasien dalam mempertahankan posisi tubuh

miring ke arah kanan atau kiri. Bantal ini memiliki fitur-fitur khusus yang membuatnya efektif dalam memberikan dukungan dan kenyamanan kepada pasien, untuk mengurangi tekanan pada bagian tubuh yang berisiko tinggi terkena luka dekubitus atau memudahkan perubahan posisi pasien yang terbatas dalam mobilitas. Karakteristik utama dari bantal penyangga ini adalah sebagai berikut:

- a. Bahan bantal : Bantal ini terbuat dari material yang berkualitas tinggi, seringkali menggunakan bahan seperti dakron yang empuk. Dakron adalah serat sintetis yang digunakan dalam pembuatan bantal karena sifatnya yang ringan, empuk, dan mudah dibentuk.
- b. Struktur Bergelombang: Bantal ini memiliki struktur bergelombang yang mengikuti bentuk tubuh pasien. Bergelombang ini membantu dalam mendistribusikan tekanan dengan merata, mengurangi risiko terjadinya tekanan berlebihan pada satu titik tubuh.
- c. Penyangga Kokoh : Bantal ini juga dilengkapi dengan rangka kayu penyangga yang kokoh. Rangka ini memberikan dukungan dan kestabilan pada bantal, memastikan bahwa bantal tetap dalam posisi yang diinginkan dan tidak longgar saat pasien berada di atasnya.

Dengan menggunakan bantal penyangga tubuh ini, perawat atau tenaga medis dapat membantu menjaga keseimbangan dan kenyamanan pasien yang berada dalam posisi miring, serta mengurangi risiko komplikasi akibat immobilisasi.

2.4.2 Tujuan Penggunaan Bantal Penyangga Tubuh Mika Miki

- a. Pencegahan Luka Dekubitus: Alat ini dirancang untuk mengurangi tekanan yang berlebihan pada area tubuh yang berisiko tinggi terkena luka dekubitus (ulcerasi tekanan). Dengan memberikan dukungan yang tepat, alat ini membantu mencegah terjadinya kerusakan kulit dan jaringan yang disebabkan oleh tekanan yang berlangsung lama.
- b. Kenyamanan Pasien: Bantal penyangga tubuh miring memberikan kenyamanan kepada pasien saat mereka harus menjalani perawatan dalam posisi miring. Ini membantu pasien merasa lebih nyaman dan dapat mengurangi rasa tidak nyaman atau sakit yang mungkin timbul akibat tekanan atau posisi yang tidak nyaman.
- c. Dukungan Posisi Medis: Alat ini mendukung posisi medis yang diinginkan oleh tenaga medis atau perawat. Posisi miring kanan atau kiri seringkali diperlukan dalam perawatan pasien, terutama dalam situasi seperti perawatan pasien dengan gangguan pernapasan, pembedahan, atau kondisi medis tertentu. Bantal ini membantu menjaga posisi yang diinginkan dengan stabil.
- d. Distribusi Tekanan Merata: Bantal ini membantu mendistribusikan tekanan yang merata di sepanjang tubuh pasien. Ini mengurangi risiko tekanan berlebih pada satu titik tertentu dan membantu mencegah terjadinya tekanan tinggi yang dapat merusak kulit dan jaringan.
- e. Pencegahan Komplikasi: Dengan menjaga pasien dalam posisi miring yang tepat dan memberikan dukungan yang baik, alat ini membantu mencegah komplikasi seperti luka dekubitus, kontraktur otot, dan

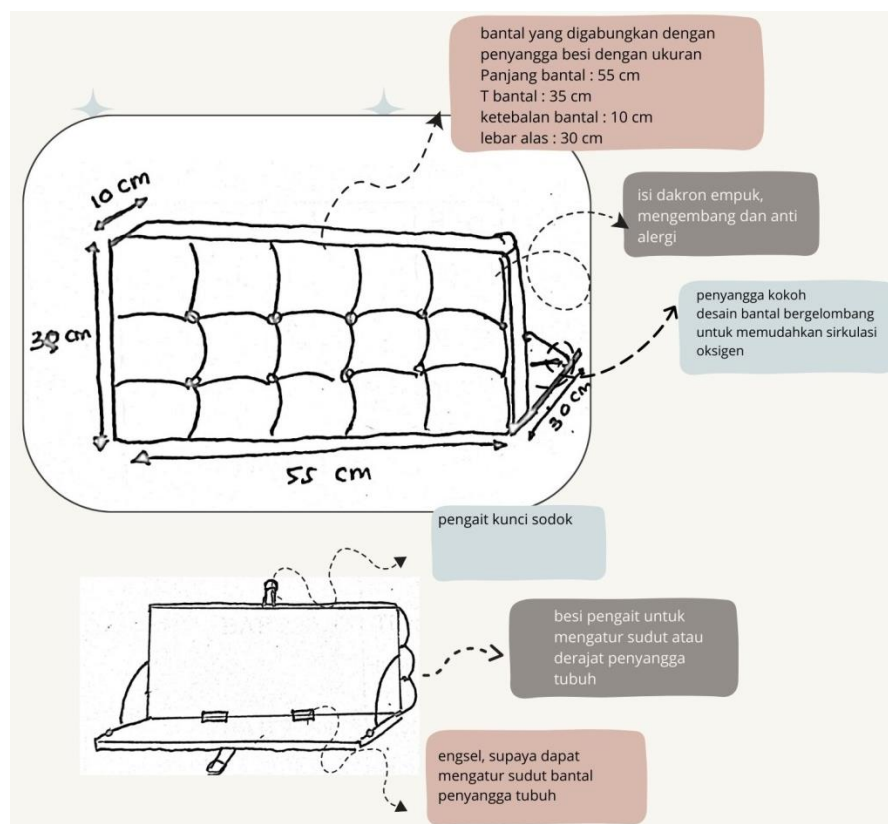
masalah lain yang dapat timbul akibat immobilisasi atau tekanan yang tidak merata.

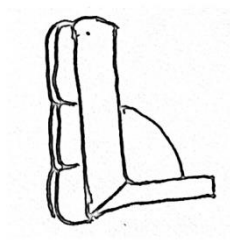
2.4.3 Kelebihan Bantal Penyangga Tubuh Mika Miki

Kelebihan dari alat bantal penyangga tubuh miring kanan dan kiri adalah sebagai berikut:

- Memberi rasa nyaman pada pasien
- Alat stabil dan kokok
- Praktis dan mudah digunakan
- Meningkatkan kualitas perawatan

2.4.4 Desain Alat

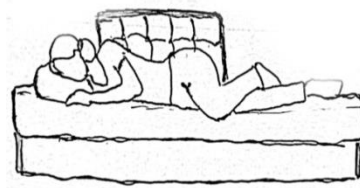




Tampak samping



Tampak dari atas



Tampak dari samping

2.4.5 Bahan dan Alat Yang Digunakan

Bahan yang digunakan :

- a. Kain
- b. Dakron
- c. Kayu
- d. Karet
- e. Pengait
- f. Engsel
- g. Pengait kunci sodok

Alat :

- a. Gergaji
- b. Staples tembak
- c. 1 set alat jahit
- d. Gunting
- e. Meteran

2.4.6 Langkah-Langkah Pembuatan Bantal Penyangga Tubuh Mika Miki

1. Persiapkan alat dan bahan sesuai dengan kebutuhan
2. Buat kerangka kayu berbentuk persegi 2 buah sesuai dengan ukuran yang telah ditentukan
3. Gabungkan kayu lalu pasang engsel dan juga pengait pada rangka penyangga



4. Masukkan dakron ke dalam kain pembungkus sehingga membentuk bantal



5. Kemudian pasang bantal pada kerangka penyangga lalu ditutup dengan kain dan dijahit membentuk pola bergelombang
6. Pasang pengait kunci sodok pada bantal penyangga tubuh mika miki



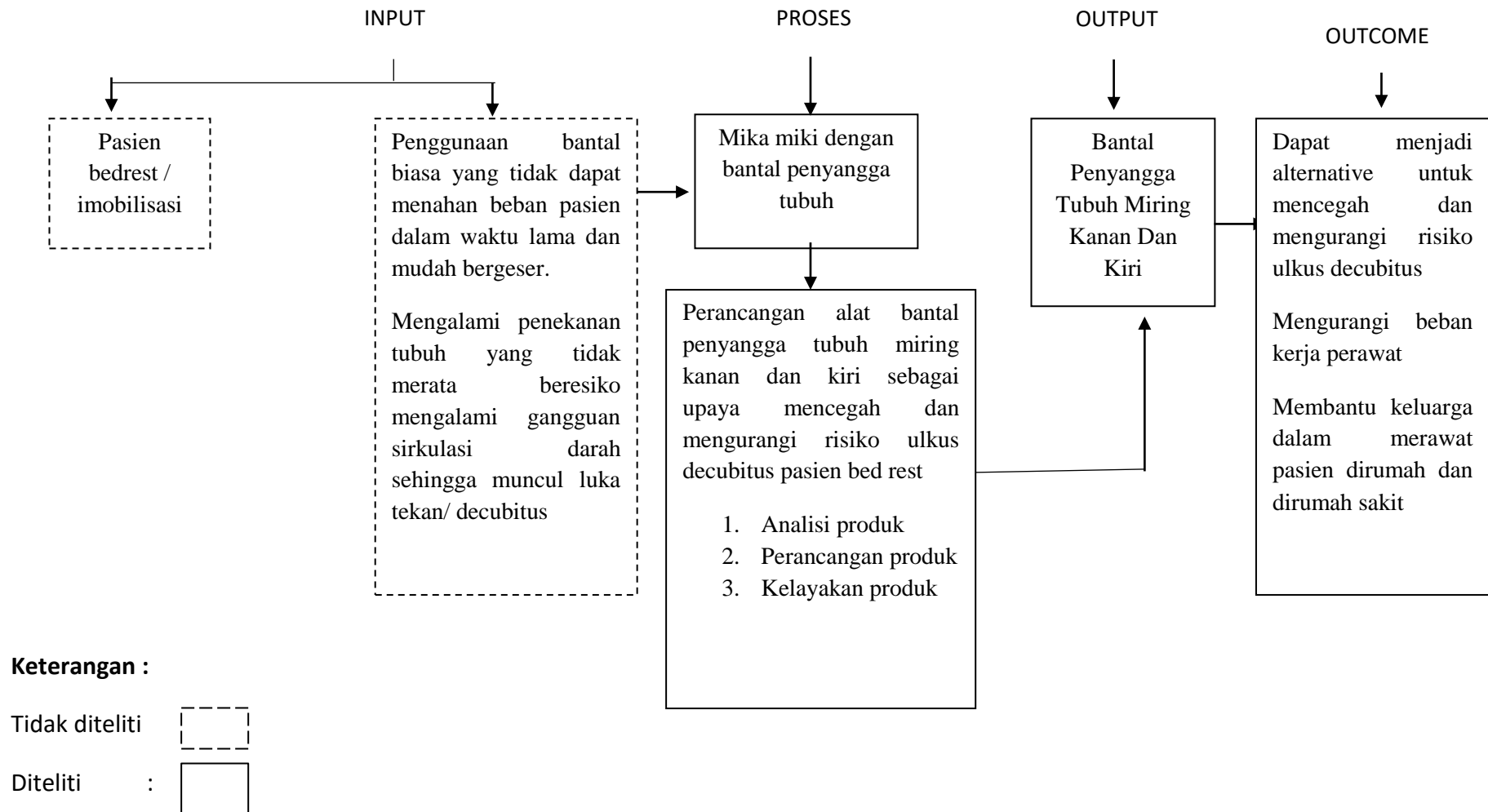


2.4.7 Langkah-Langkah Penggunaan Bantal Penyangga Tubuh Mika

Miki

1. Siapkan bantal penyangga tubuh mika miki
2. Pasang pengait untuk mengatur sudut bantal penyangga tubuh mika miki
3. Posisikan pasien dengan posisi miring
4. Membengkokkan bahu bawah dan memposisikan ke depan agar tubuh tidak menopang berat badan langsung pada sendi bahu.
5. Menempatkan bantal di bawah lengan atas untuk mengurangi tekanan pada dada.
6. Menempatkan bantal di bawah paha dan kaki atas sehingga ekstremitas berada sejajar dengan permukaan tempat tidur. Hal ini mengurangi tekanan langsung dari kaki atas ke kaki bawah
7. Menempatkan bantal penyangga tubuh mika miki di belakang punggung klien untuk menstabilkan posisi, memperjelas kesejajaran vertebra, dan mencegah terguling ke belakang serta rotasi tulang belakang

2.5 Kerangka Konsep



Gambar 2. 5 Kerangka Konsep

Modifikasi dari Ayu et al.,(2018)