BAB 2

LANDASAN TEORI

2.1 Konsep Stroke

2.1.1 Pengertian

Stroke adalah salah satu sindrom neurologi yang merupakan ancaman terbesar menimbulkan kecacatan dalam kehidupan manusia. *World Health Organization* (WHO) mendefinisikan, stroke sebagai suatu kondisi dimana tanda-tanda klinis progesif cepat bermanifestasi bsebagai defisit neurologis fokal dan global, yang dapat menjadi parah dan bertahan selama 24 jam atau lebih dan/atau dapat menyebabkan kematian, tanpa penyebab lain yang jelas selain pembuluh darah (Wati & Yanti, 2018).

Stroke adalah disfungsi neurologis yang disebabkan oleh gangguan aliran darah ke otak yang terjadi secara tiba-tiba dalam hitungan detik atau cepat selama beberapa jam dengan gejala atau tanda yang tergantung pada daerahnya. (Faridah dkk., 2019).

2.1.2 Klasifikasi

Klasifikasi Stroke berdasarkan keadaan patologis menurut Muttaqin (2008) :

1. Stroke Hemoragik

   Stroke disebabkan oleh perdarahan subarachnoid, yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di otak. Biasanya terjadi saat pasien beraktivitas atau aktif, tetapi juga saat istirahat.

2. Stroke Iskemik

   Emboli dan trombosis iskemik atau serebral, biasanya terjadi setelah istirahat lama, bangun tidur atau di pagi hari. Perdarahan tidak

terjadi tetapi terjadi iskemia yang menyebabkan hipoksia dan edema sekunder dapat timbul. Kesadaran umumnya baik.

Klasifikasi Stroke berdasarkan perjalanan Penyakit :

1. *Transient Iskemic Attack* (TIA)

Ini adalah gangguan neurologis fokal yang terjadi secara tiba-tiba dan sembuh secara spontan dalam beberapa menit hingga beberapa jam. Gejala tampak menghilang secara spontan dalam waktu kurang dari 24 jam. TIA adalah tanda awal stroke total. TIA disebabkan oleh aliran darah yang terbatas ke otak.

Tanda dan gejala TIA meliputi:.

a. Kelemahan tiba-tiba di wajah, lengan, atau tangan disatu sisi
b. Ketidakmampuan berbicara, atau ucapan yang sulit dipahami
c. Gangguan penglihatan pada satu mata
d. Pandangan ganda
e. Pusing dan sakit kepala
f. Kesulitan berjalan, tidak ada koordinasi gerak (sempoyongan), sulit berjalan atau pasien berisiko jatuh
g. Perubahan kepribadian termasuk kahilangan ingatan.

2. Progresif (*Stroke in Evolution)*

Perkembangan stroke terjadi secara perlahan hingga akut, dengan timbulnya gejala yang semakin memburuk. Prosesnya secara bertahap berlangsung selama beberapa jam atau hari. .

3. Stroke Lengkap (*Stroke Complete*)

Gangguan neurologis yang timbul persisten atau permanen, maksimal sampai awal serangan, dan dengan sedikit perbaikan.

2.1.3 Etiologi

Stroke disebut juga sebagai CVA (*Cerebrovasculer Accident)* biasanya dikenal dengan serangan otak. Menurut Brunner & Suddarth (2008) Stroke biasanya disebabkan oleh empat peristiwa, termasuk: Trombosis (gumpalan darah di pembuluh darah di otak atau leher), Emboli serebral (gumpalan darah atau bahan lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh lain), Iskemia (berkurangnya aliran darah ke area otak), Pendarahan otak (pecahnya pembuluh darah di otak dengan pendarahan ke otak) ke dalam jaringan otak atau ruang di sekitar otak).

Akibatnya, suplai darah terganggu, dan jumlah oksigen yang disuplai ke otak berkurang, menyebabkan hilangnya gerakan, pemikiran, ingatan, ucapan, dan sensasi sementara atau permanen.

2.1.4 Faktor Risiko

a. Usia

Semakin tua usia, semakin tinggi risiko stroke, yang terkait dengan elastisitas pembuluh darah.

b. Hipertensi

Tekanan darah tinggi dapat disebabkan oleh aterosklerosis pada pembuluh darah otak sehingga menyebabkan pembuluh darah tersebut menebal dan mengalami degenerasi, kemudian pecah.

c. Penyakit kardiovaskuler

Pada fibrilasi atrium ini mengurangi oksigen, sehingga aliran darah ke otak berkurang, dan otak kekurangan oksigen, yang pada akhirnya dapat menyebabkan stroke.

d. Diabetes melitus

Pada diabetes, akan terjadi penyakit vaskular yang mengarah ke penyakit mikrovaskular dan aterosklerotik, munculnya aterosklerosis dapat menyebabkan emboli, iskemia, iskemia menyebabkan penurunan perfusi serebral dan kemungkinan pada akhirnya terjadi stroke darah otak.

e. Merokok

Pada perokok, plak terbentuk di pembuluh darah oleh nikotin, memungkinkan aterosklerosis menumpuk dan selanjutnya menyebabkan stroke.

f. Alkohol

Alkohol dapat meningkatkan tekanan darah, mengurangi aliran darah ke otak yang menyebabkan emboli serebral.

g. Peningkatan kolesterol

Peningkatan kolesterol dalam tubuh dapat menyebabkan aterosklerosis dan pembentukan gumpalan darah karena lemak memperlambat sirkulasi darah bahkan ke otak, sehingga mengurangi perfusi serebral.

h. Obesitas

Pada obesitas, kolesterol tinggi. Selain hipertensi yang disebabkan gangguan pembuluh darah, kondisi ini turut menyebabkan stroke.

i. Riwayat kesehatan keluarga adanya Stroke

(Andra & Yessie, 2013).

2.1.5 Patofisiologi

Oksigen sangat penting bagi otak, jika terjadi hipoksia seperti stroke maka otak akan mengalami perubahan metabolisme, kematian sel, dan kerusakan permanen (Mozaffarian dkk., 2015). Pembuluh darah yang paling sering terkena adalah arteri serebral dan arteri karotis interna yang ada di leher (Guyton & Hall, 2014). Gangguan peredaran darah otak dapat menyebabkan kerusakan otak melalui beberapa mekanisme, yaitu:

a. Penebalan dinding pembuluh darah (arteri serebral) meyebabkan penyempitan yang mencegah sirkulasi darah yang cukup, yang dapat menyebabkan iskemia.
b. Pecahnya dinding pembuluh darah dapat menyebabkan perdaraha.
c. Pembesaran satu atau lebih pembuluh darah yang dapat menekan jaringan otak.
d. Edema adalah akumulasi cairan di ruang interstisial jaringan otak (*Smeltzer & Bare, 2013)*.

Pada awalnya, penyempitan pembuluh darah di otak menyebabkan perubahan aliran darah, kemudian setelah derajat stenosis yang cukup parah dan melampaui ambang krisis, volume darah turun tajam dan cepat. Penyumbatan arteri di otak akan menyebabkan penyempitan di area di mana jaringan otak normal di sekitarnya yang masih memiliki aliran darah yang baik berusaha membantu suplai darah melalui jalur komunikasi yang ada. Perubahan yang terjadi di korteks serebral akibat oklusi vaskular awalnya penggelapan darah vena, penurunan laju aliran darah, dan pelebaran arteri dan arteriol. (*America Health Association., 2015*). Penyempitan atau oklusi arteri serebral tengah sering

menyebabkan kelemahan dan kelenturan otot kontralateral, serta penurunan sensasi (hemiaesthesia) karena girus anterior dan posterior bilateral. *(America Health Association 2015).*

2.1.6 Manifestasi Klinis

Manifestasi Klinis Stroke tergantung pada sisi atau bagian yang terkena, rata-rata derajat serangan, ukuran lesi, dan adanya lesi sirkulasi kolateral. Pada stroke akut, gejala klinisnya antara lain:

a. Kelumpuhan tiba-tiba pada wajah atau anggota badan (hemiplegia) atau kelemahan (hemiparesis).
b. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan

   Gangguan sensibilitas terjadi karena kerusakan system saraf otonom dan neuropati sensorik.
c. Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, latergi, strupor atau koma), yang terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak dan selanjutnya kompresi batang otak, atau terjadinya gangguan metabolism otak akibat kekurangan oksigen.
d. Afasia (kesulitan berbicara)

   Afasia adalah kekurangan dalam ketrampilan komunikasi verbal, termasuk membaca, menulis, dan memahami bahasa, afasia terjadi ketika ada kerusakan pada area pusat bicara.
e. Disartria (bicara cedal atau pelo)

   Adalah kesulitandalam berbicara terutama dalam pengucapan sehingga ucapan menjadi samar. Namun pasien dapat memahami pembicaraan,

menulis, mendengarkan dan membaca. Pasien juga mengalami kesulitan mengunyah dan menelan.

f. Gangguan penglihatan, diplopia

Pasien mungkin mengalami penurunan ketajaman visual atau penglihatan ganda, gangguan penglihatan unilateral.

g. Disfagia

Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan saraf kranial IX.

h. Inkontinensia

Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi karena gangguan saraf yang mempersyarafi kandung kemih dan usus.

i. Vertigo, mual, muntah dan sakit kepala, terjadi karena peningkatan tekanan intrakranial, edema serebral (Tarwoto, 2013).

2.1.7 Komplikasi

Menurut Pudji Astuti (2011), pada penderita stroke dapat menimbulkan masalah emosional dan fisik yaitu:

1. Dekubitus

Bagian yang paling sering memar adalah pinggul, bokong, pergelangan kaki, dan tumit. Jika memar ini tidak diobati, dapat menjadi infeksi. Kondisi ini semakin parah jika berbaring di tempat yang basah,

2. Bekuan Darah

Bekuan darah mudah terbentuk di kaki yang lumpuh. Dapat menyebabkan penumpukan cairan, pembengkakan, dan menyebabkan emboli paru, yaitu bekuan darah yang terbentuk di arteri yang memasok darah ke paru-paru.

3. Pneumonia

   Diketahui bahwa ketidakmampuan untuk bergerak dapat menyebabkan pneumonia. Setelah stroke, pasien tidak dapat batuk atau menelan dengan baik, yang dapat menyebabkan penumpukan cairan di paru-paru dan menyebabkan pneumonia.

4. Atrofi dan Kekakuan Sendi

   Hal ini disebabkan karena kurang gerak dan mobilisasi.

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan adalah :

1. *Computerized Tomografi Scaning* (CT-Scan)

   Mengetahui area infark, edema, hematoma, struktur dan system ventrikel.

2. *Magnetic Resonance Imaging* (MRI)

   Menunjukkan area infark, hemoragic, malforasi arteriovenal.

3. *Electro Encephalografi* (EEG)

   Mengidentifikasi masalah berdasarkan gelombang otak dan dapat mengidentifikasi area kerusakan tertentu.

4. Angiografi Serebral

   Membantu menentukan penyebab pasti stroke seperti perdarahan,penyumbatan arteri, titik yang tersumbat atau pecah.

5. Sinar X tengkorak

   Mengetahui klasifikasi arteri karotis interna pada thrombosis serebral.

2.1.9 Pencegahan

Menurut Muhammad Ridwan, (2017) terdapat beberapa kiat untuk pencegahan stroke yaitu :

a. Mengontrol tekanan darah secara teratur.
b. Berhenti merokok.
c. Menurunkan konsumsi kolesterol dan kontrol kolesterol rutin.
d. Mengurangi makanan bergaram
e. Mencegah minum alkohol.
f. Latihan fisik teratur.
g. Mencegah obesitas/memantau berat badan.
h. Mengendalikan penyakit jantung untuk mengurangi resiko terjadinya penyakit stroke.
i. Mengatasi stress dan depresi

2.2 Konsep Dekubitus

2.2.1 Pengertian

Menurut Suriadi (2004) Dekubitus adalah cedera jaringan lokal yang disebabkan oleh tekanan jaringan lunak pada tulang yang menonjol *(bone prominence)* dan tekanan dari luar dalam waktu yang lama. Kompresi jaringan akan menyebabkan gangguan suplai darah ke area stres. Jika hal ini berlangsung lama dapat menyebabkan gangguan aliran darah, hipoksia atau iskemia jaringan, dan akhirnya dapat menyebabkan kematian sel (Mahmuda, 2019).

2.2.2 Klasifikasi

Dekubitus akan terjadi jika pasien tidak dilakukan mobilisasi selama 24-72 jam setelah stroke, berdasarkan gambaran klinis Djunaedi dkk (1990) membagi dekubitus dalam 4 stadium:

a. Stadium I

Ulserasi terbatas pada epidermis dan dermis dengan eritema pada kulit.Pasien yang sensitif mengeluh nyeri. Stadium ini biasanya reversibel dan dapat sembuh dalam 5 sampai 10 hari.

b. Stadium II

Ulserasi dermis dan perluasan ke jaringan adipose, terlihat eritema dan indurasi (melepuh) Stadium ini dapat sembuh dalam 10-15 hari.

c. Stadium III :

Ulkus meluas sampai ke lapisan lemak subkutan dan mulai terganggu dengan adanya edema, peradangan, infeksi, dan hilangnya struktur. Tepi ulkus tidak teratur dan tampak hiperpimentasi atau hipopigementasi dengan fibrosis. Biasanya sembuh dalam waktu sekitar 3-8 minggu.

d. Stadium IV:

Ulserasi luas dan nekrosis yang melibatkan fasia, otot, tulang dan sendi dapat terjadi artritis septik atau osteomielitis, dan sering disertai anemia. Bisa sembuh dalam waktu sekitar 3-6 bulan

(Widodo, 2019).

2.2.3 Faktor Risiko

Faktor risiko terjadinya dekubitus antara lain yaitu :

1. Faktor Ekstrinsik

a. Gesekan

Gesekan terjadi ketika dua permukaan bergerak berlawanan arah. Gesekan dapat menyebabkan abrasi dan kerusakan pada permukaan epidermis kulit. Menggosok dapat terjadi jika sprei pasien tidak diganti dengan hati-hati.

b. Tekanan

Faktor tekanan, merupakan penyebab utama terjadinya dekubitus, karena tekanan menyebabkan jaringan iskemik.

2. Faktor intrinsik

a. Immobilitas

Suatu kondisi ketika individu mengalami atau berisiko mengalami keterbatasan gerak fisiknya, yang dapat dilihat pada seseorang dengan gangguan saraf, patah tulang tungkai, dll, yang membuat pasien berisiko terkena luka dekubitus.

b. Aktivitas

Keterbatasan aktivitas membuat penderita stroke sangat tergantung pada keluarga dan perawat. Pasien yang berbaring terus menerus di tempat tidur tanpa bisa mengubah posisi berisiko tinggi untuk terkena luka tekan.

c. Penurunan Sensori Persepsi

Pasien dengan sensori persepsi yang berkurang akan mengalami penurunan nyeri secara bertahap akibat tekanan pada tulang yang menonjol. Jika dibiarkan dalam waktu lama, pasien akan mudah terkena luka tekan.

d. Kelembaban

Kelembaban dapat terjadi pada pasien immobilitas yang tidak mampu memenuhi kebutuhan kebersihannya sendiri. Kelembaban membuat kulit rentan terhadap gesekan.

e. Nutrisi

Hipoalbuminemia, penurunan berat badan, dan malnutrisi sering diidentifikasi sebagai faktor predisposisi terjadinya luka tekan. Menurut penelitian Guenter (2000) dekubitus stadium tiga dan empat pada lansia berhubungan dengan penurunan berat badan, rendahnya kadar albumin, dan asupan makanan yang tidak memadai

f. Usia

Pasien lansia lebih berisiko mengalami luka tekan karena kulit dan jaringan berubah seiring bertambahnya usia. Perubahan ini dikombinasikan dengan faktor penuaan lainnya, membuat kulit kurang tahan terhadap tekanan, gesekan, dan tenaga yang merobek.

g. Tekanan arteriolar yang rendah

Tekanan arteriolar yang rendah akan mengurangi toleransi tekanan padai kulit sehingga penerapan tekanan rendah dapat menyebabkan jaringan menjadi iskemia.

h. Temperatur kulit

Peningkatan suhu merupakan faktor yang penting dalam risiko terjadinya luka tekan (Mahmuda, 2019).

Risiko tinggi terjadinya ulkus dekubitus ditemukan pada:

a) Orang-orang yang tidak dapat bergerak (misalnya lumpuh, sangat lemah, dipasung).
b) Orang-orang yang tidak mampu merasakan nyeri, karena nyeri merupakan tanda yang menyebabkan seseorang untuk bergerak. Kerusakan saraf (misalnya akibat cedera, stroke, diabetes) dan koma dapat mengurangi kemampuan untuk merasakan nyeri.
c) Orang yang kekurangan gizi (malnutrisi) tidak memiliki lapisan lemak pelindung, kulitnya tidak mengalami pemulihan sempurna karena kekurangan nutrisi yang diperlukan (Mahmuda, 2019).

2.2.4 Patofisiologi

Luka tekan terjadi akibat tekanan yang berkepanjangan pada permukaan tulang yang menonjol dan berkurangnya aliran darah ke daerah yang terkena, dan seiring waktu jaringan lokal menjadi iskemik, hipoksia, dan nekrotik. Tekanan normal dalam kapiler adalah 32 mm Hg, jika tekanan kapiler melebihi tekanan arteri dan struktur vaskular kulit runtuh. Saat kerusakan dimulai, oksigen dan nutrisi ke jaringan tersumbat dan area tersebut melemah menyebabkan penyumbatan aliran darah. Dengan perluasan kapiler arteri, terjadi perpindahan cairan di kapiler, yang menyebabkan edema dan dengan demikian autolisis. Akibatnya, aliran getah bening berkurang, edema juga terjadi dan berkontribusi pada nekrosis jaringan (Suriadi, 2007).

2.2.5 Manifestasi Klinis

Luka tekan atau dekubitus sering muncul pada kulit sekitar bokong, punggung, tulang belakang, atau pada punggung lengan, belakang lutut, pergelangan kaki, dan kaki. Gambaran klinis posisi terlentang pertama kali

ditandai dengan eritema atau eritema, dengan ciri jika jari ditekan ke dalam, eritema akan lama kembali. Kulit kemudian membengkak dan suhu di area tersebut meningkat atau jika menyentuhnya terasa panas, tanda luka tekan ini dapat berkembang tergantung seberapa merah hingga gelap kulit yang muncul. cedera yang melibatkan jaringan otot dan tulang (Suriadi, 2007).

2.2.6 Komplikasi

1. Dapat terjadi infeksi akibat dari kelemahan dan perawatan di Rumah sakit yang bekepanjangan bahkan pada luka kecil
2. Komplikasi sering terjadi pada luka decubitus derajat III dan IV, walaupun dapat terjadi pada luka yang superficial.
3. Ada beberapa komplikasi yang dapat terjadi, antara lain :

a. Infeksi, sering bersifat multibakteri, baik yang aerobic maupun anaerobic.
b. Keterlibatan jaringan tulang dan sendi, seperti : periostitis (peradangan yang mengelilingi tulang), dan arthritis septik (infeksi selaput sendi).
c. Sepsis merupakan kondisi dimana bakteri menyebar ke seluruh tubuh melalui aliran darah dengan kondisi infeksi yang sangat berat, bisa menyebabkan organ tubuh gagal berfungsi dan berujung pada kematian.
d. Kematian.

2.2.7 Pencegahan

Pencegahan luka tekan dimulai dengan kewaspadaan untuk mencegah timbulnya luka tekan dengan cara mengidentifikasi orang-orang yang berisiko tinggi terkena luka tekan, misalnya pada pasien immobilitas. Untuk menyaring risiko luka tekan menggunakan skor skala Norton.

1. Pencegahan Umum

Pendidikan Kesehatan tentang Ulkus ekubitus bagi penderita dan Keluarganya serta pemeliharaan keadaan umum dan hygine penderita

2. Pencegahan Khusus

a. Mengurangi faktor tekanan yang mengganggu aliran darah, misal: Alih baring setiap dua jam sekali
b. Kasur khusus untuk membagi rata tekan yang terjadi pada tubuh penderita.
c. Regangan kulit yang menyebabkan sirkulasi darah setempat terganggu, dapat dikurangi dengan menjaga posisi penderita, tempat tidur diratakan atau memungkinkan duduk dikursi.
d. Pemeriksaan atau perawatan kulit dua kali sehari, seperti pembersihan dengan memandikan setiap hari
e. Mengkaji status mobilitas, untuk pasien yang lemah harus mengubah posisi. Untuk menghindari luka tekan di area tumit, gunakan bantal di bawah tulang kering. Bantal juga dapat digunakan pada area berikut untuk mengurangi kejadian luka tekan, yaitu antara lutut kanan dan kiri, antara pergelangan kaki, belakang punggung, dan di bawah kepala.
f. Evaluasi inkontinensia urin, inkontinensia urin basah dapat menyebabkan retensi urin. Untuk mencegah cedera pada pasien dengan inkontinensia adalah: Cuci bersih setiap kali basah dengan pembersih pH seimbang, hindari menggosoknya dengan keras pada kulit karena dapat melukai kulit, pembersih (Mahmuda, 2019).

2.3 Konsep Skala Norton

Pada awal 1960-an, Norton memperkenalkan skala dekubitus untuk memprediksi luka tekan pada pasien lanjut usia. Skala ini dibuat berdasarkan

pengalaman klinis dan mencakup lima variabel. Variabel tersebut meliputi: kondisi fisik, keadaan mental/tingkat kesadaran, aktivitas, mobilitas, dan inkontinensia urin. Skor maksimal yang dapat diperoleh pada skala ini adalah 20. Skor di atas 18 berarti risiko berbaring miring masih rendah, 14-18 berisiko sedang, 10-13 berisiko tinggi, dan kurang dari 10 berisiko sangat tinggi. jenis. Validitas skala ini juga telah diselidiki oleh beberapa studi yang menunjukkan sensitivitas dan spesifisitas dalam domain yang berbeda. Keuntungan dari skala ini adalah sangat mudah digunakan dan tidak memakan banyak waktu untuk digunakan (Widodo, 2019).

Skala Norton menilai lima faktor risiko yaitu, kondisi fisik, kondisi mental, aktivitas, mobilisasi dan inkontinensia, dengan penjelasan seperti berikut :

2.3.1 Kondisi fisik

Kondisi medis dan kesehatan fisik saat ini (pertimbangkan status gizi, integritas jaringan otot dan kondisi kulit).

1) Nilai 4 (baik) diberikan kepada klien yang mentalnya stabil, tampak sehat dan bergizi baik.
2) Nilai 3 (sedang) diberikan kepada klien yang umumnya stabil dan tampak sehat.
3) Nilai 2 (buruk) untuk klien dengan kondisi kesehatan tidak stabil namun berpenampilan sehat.
4) Nilai 1 (Sangat Buruk) diberikan kepada klien dengan kondisi kesehatan kritis dan menunjukkan penyakit berat.

2.3.2 Kondisi mental

Merupakan kesadaran dan orientasi.

1) Nilai 4 (Peringatan) diberikan kepada klien yang 3x orientasi dan sadar lingkungan.
2) Nilai 3 (Apatis) diberikan kepada klien yang orientasi 2-3x dan pengaruh pasif yang brutal.
3) Nilai 2 (Kebingungan) untuk 1-2x ucapan berorientasi non-temporal
4) Nilai 1 (stupor) untuk klien yang tidak responsif dan koma .

2.3.3 Aktivitas

Tingkat di mana klien dapat berjalan

1) Nilai 4 (Berjalan) diberikan kepada klien yang dapat berjalan dengan bebas, termasuk dengan tongkat/pejalan kaki.
2) Nilai 3 (berjalan dengan bantuan) untuk klien yang tidak mampu berjalan tanpa bantuan orang lain.
3) Nilai 2 (duduk di kursi) diberikan kepada klien yang hanya bisa duduk di kursi, terbatas pada duduk di kursi karena kondisi atau instruksi medis.
4) Nilai 1 (tetap di tempat tidur) diberikan kepada klien yang terbaring di tempat tidur karena kondisi atau arahan dokter.

2.3.4 Mobilitas

Tingkat klien mengendalikan dan menggerakkan ekstremitas

1) Nilai 4 (penuh) diberikan kepada klien yang dapat menggerakkan dan mengendalikan semua anggota tubuhnya sesuka hati, bebas bergerak secara mandiri.
2) Nilai 3 (sedikit terbatas) diberikan kepada klien yang dapat mengontrol dan menggerakkan anggota tubuhnya, tetapi memiliki beberapa derajat keterbatasan, membutuhkan bantuan untuk mengubah posisi.

3) Nilai 2 (sangat terbatas) untuk klien yang tidak mampu melakukan reposisi tanpa bantuan, memerlukan bantuan mobilitas, kelumpuhan, dan spastisitas.
4) Nilai 1 (Imobilisasi) diberikan kepada klien yang tidak dapat berpindah tempat dan tidak dapat berpindah posisi.

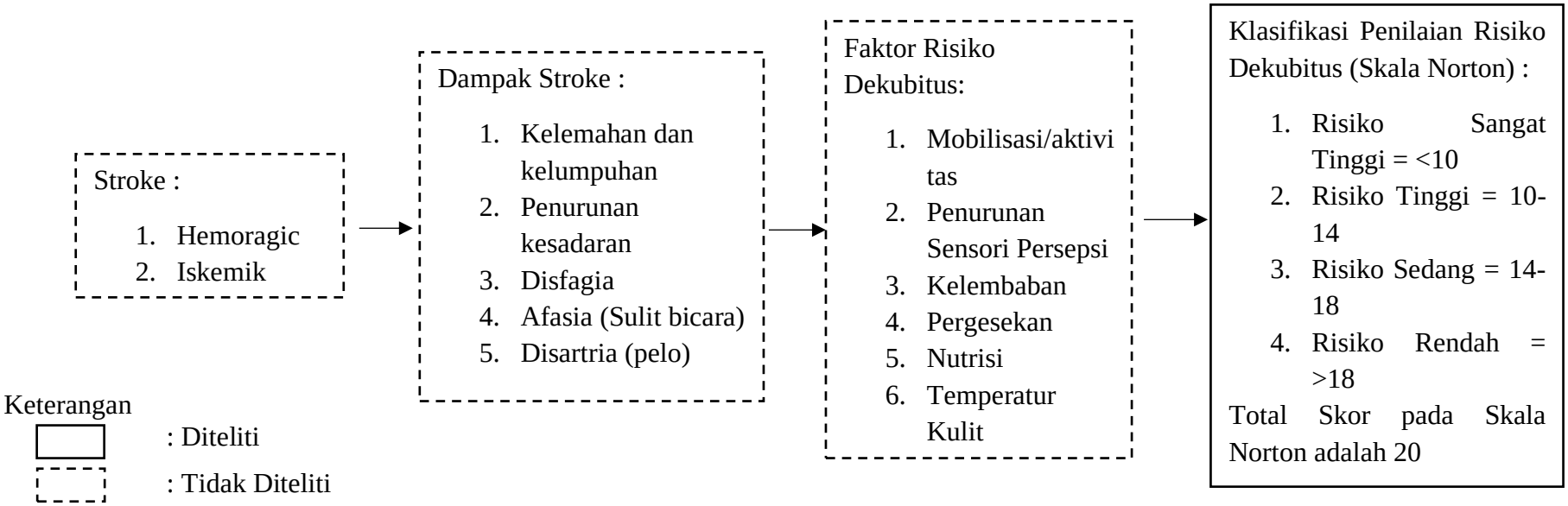
2.3.5 Inkontinensia

1) Nilai 4 (Tidak ada)
2) Nilai 3 (Kadang)
3) Nilai 2 (Sering Urine)
4) Nilai 1 (Sering urine dan alvi)

Nilai total berkisar dari 5 hingga 20, nilai total yang rendah menunjukkan risiko tinggi terjadi dekubitus. Saat ini, nilai 16 dianggap sebagai nilai yang berisiko. Skor di atas 18 berarti risiko dekubitus masih rendah, 14-18 risiko sedang, 10-13 risiko tinggi, dan kurang dari 10 sangat tinggi (Perry & Potter, 2006) dalam (Wahyu, 2016).

2.4 Kerangka Konseptual

Notoatmodjo, 2012 mengemukakan kerangka konsep penelitian adalah suatu uraian dan visualisasi tentang hubungan dan kaitan antara-antara konsep-konsep atau variabel-variabel yang akan diamati atau diukur melalui penelitian yang akan dilakukan. Sesuai dengan tujuan penelitian yang bersifat deskriptif yaitu untuk Mengetahui Gambaran Resiko Dekubitus pada pasien Stroke.



Gambar 2. 1 Kerangka Konseptual Gambaran Resiko Dekubitus Pada Pasien Stroke dengan skala Norton di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedono Madiun