

**GAMBARAN FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEJADIAN DEKUBITUS
PADA PASIEN TIRAH BARING DI RUANG RAWAT INAP
RSUD ABADI SAMBOJA**

SKRIPSI



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA
2019**

**GAMBARAN FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEJADIAN DEKUBITUS
PADA PASIEN TIRAH BARING DI RUANG RAWAT INAP
RSUD ABADI SAMBOJA**

SKRIPSI

**Untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan
(S. Kep) pada program S1 Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada
Samarinda**



DISUSUN OLEH

NELLY FATMAWATI

NIM B21741219401

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA**

2019

LEMBAR PERSETUJUAN

**GAMBARAN FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI DEKUBITUS
PADA PASIEN DI RUANG RAWAT INAP
RSUD ABADI SAMBOJA**

SKRIPSI

Disusun Oleh :

NELLY FATMAWATI

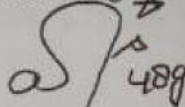
NIM B21741219401

Skripsi ini Telah Disetujui

Tanggal, Juli 2019

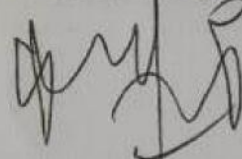
Menyetujui

Pembimbing I



Ns. Aries Abiyoga, S. Kep, M. Kep
NIK. 1130728618128

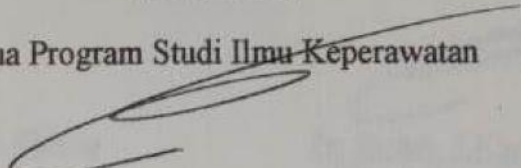
Pembimbing II



Ns. Edy Mulyono, S. Pd, S. Kep, M. Kep
NIK. 11307.74.13.045

Mengetahui,

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan



Ns. Rusdi, S. Kep, M. Kep
NIK.11307.86.14.071

HALAMAN PENGESAHAN

GAMBARAN FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEJADIAN DEKUBITUS
PADA PASIEN TIRAH BARING DI RUANG RAWAT INAP
RSUD ABADI SAMBOJA

SKRIPSI

Disusun Oleh:

NELLY FATMAWATI

NIM. B21741219401

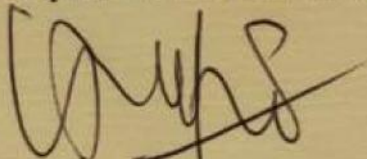
Telah dipertahankan di depan dewan penguji
Pada Tanggal 25 Juli 2019

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

1. Ns. Chrisyen Damanik, S.Kep., M.Kep (.....)
NIK. 113072.83.11.023
2. Hj. Sumiati, SKM., M.Kes (.....)
NIP . 19690510.199403.2.002
3. Ns. Aries Abiyoga, S.Kep., M.Kep (.....)
NIK. 113072.86.18.128
4. Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep (.....)
NIK. 113072.74.13.045

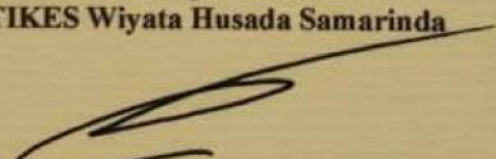
Mengetahui,

Ketua
STIKES Wiyata Husada Samarinda



Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep
NIK : 113072.74.13.045

Ketua Program Studi
Ilmu Keperawatan
STIKES Wiyata Husada Samarinda



Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep
NIK : 113072.86.13.071

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : NELLY FATMAWATI
NIM : B21741219401
Program Studi : Program Studi S.1 Keperawatan STIKES
Wiyata Husada Samarinda

Judul Laporan Tugas Akhir : Gambaran Faktor Yang Mempengaruhi
Kejadian Dekubitus Pada Pasien Tirah Baring
di Ruang Rawat Inap RSUD ABADI Samboja.

Menyatakan bahwa karya tulis akhir ini benar-benar hasil karya sendiri, dan semua sumber, baik yang dikutip maupun yang dirujuk bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau fikiran orang lain.

Samarinda, Juli 2019
Yang Membuat Pernyataan

Nelly Fatmawati

KATA PENGANTAR

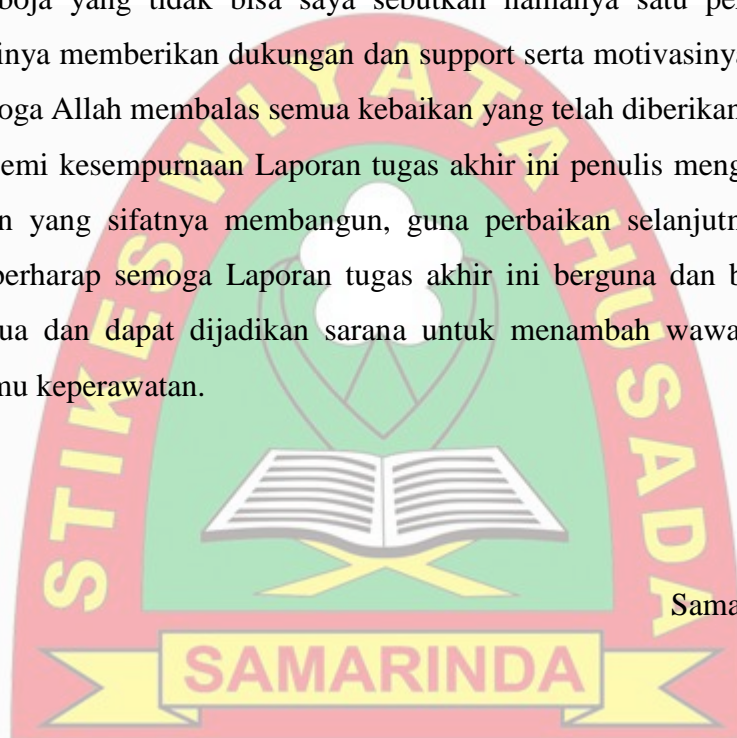
Puji syukur kepada Allah SWT karena berkat rahmat, hidayah, dan karunia-Nya kepada kita semua sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan tugas akhir ini yang berjudul “Gambaran Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Dekubitus Pada Pasien di Ruang Rawat Inap RSUD ABADI Samboja”. Laporan tugas akhir ini disusun sebagai salah satu syarat kelulusan dalam jenjang perkuliahan Strata 1 Sekolah Tinggi Wiyata Husada Samarinda jurusan S1 Keperawatan. Dalam penulisan Laporan tugas akhir ini penulis menemui berbagai hambatan dan rintangan, tapi berkat bimbingan, nasihat serta saran dari semua pihak akhirnya penulis dapat menyelesaikan pembuatan Laporan tugas akhir ini.

Walaupun begitu, penulis tahu masih terdapat banyak kekurangan dan keterbatasan dalam penulisan Laporan tugas akhir ini, maka dari itu penulis menerima berbagai saran dan kritik yang membangun agar dimasa yang akan datang tulisan ini dapat menjadi lebih baik lagi. Pada kesempatan ini penulis juga mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak H. Mujito Hadi, MM selaku Ketua Yayasan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda.
2. Bapak Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda sekaligus dosen Pembimbing II yang berkenan memberikan bimbingan dalam proses penyusunan skripsi ini.
3. Bapak Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda.
4. Bapak Ns. Aries Abiyoga, S. Kep, M. Kep selaku Pembimbing I yang berkenan memberikan bimbingan dalam proses penyusunan Laporan tugas akhir ini.
5. Penguji yang berkenan memberikan saran dalam perbaikan Laporan tugas akhir ini.
6. Staf pengajar dan Karyawan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda yang telah mendidik dan memberikan ilmu serta membimbing penulis selama diperkuliahan.

7. Drg. Musafirah Akil Ali, MARS selaku Direktur RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja yang telah mengizinkan peneliti untuk melakukan kegiatan penelitian di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja.
8. Kedua orang tua saya yang telah banyak memberikan motivasi, dukungan moril maupun materil yang tak ternilai harganya serta do'a dan kasih sayangnya selama ini. Untuk suami Dany Affandi Mandagi dan anak-anak saya Zami dan Azmi, terimakasih atas do'a, pengertian dan dukungannya.
9. Teman-teman satu angkatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda, serta sahabat seperjuangan di Ruang ICU RSUD ABADI Samboja yang tidak bisa saya sebutkan namanya satu persatu, yang tak hentinya memberikan dukungan dan support serta motivasinya untuk penulis. Semoga Allah membalas semua kebaikan yang telah diberikan.

Demi kesempurnaan Laporan tugas akhir ini penulis mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun, guna perbaikan selanjutnya. Akhir kata penulis berharap semoga Laporan tugas akhir ini berguna dan bermanfaat bagi kita semua dan dapat dijadikan sarana untuk menambah wawasan, khususnya dalam ilmu keperawatan.



Samarinda, Juli 2019

Penulis

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Nelly Fatmawati

NIM : B21741219401

Program Studi : S1 Keperawatan

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada STIKES Wiyata Husada Samarinda atas karya ilmiah saya yang berjudul :
Gambaran Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Dekubitus Pada Pasien di Ruang Rawat Inap RSUD ABADI Samboja.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, STIKES Wiyata Husada Samarinda berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Samarinda, Juli 2019

Yang menyatakan

(Nelly Fatmawati)

ABSTRAK

Gambaran Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Dekubitus Pada Pasien Tirah Baring Diruang Rawat Inap RSUD ABADI Samboja

Nelly Fatmawati ¹, Aries Abiyoga ², Edy Mulyono ³

Latar Belakang : Dekubitus merupakan masalah yang dihadapi oleh pasien-pasien dengan penyakit kronis, pasien yang sangat lemah dan lumpuh dalam waktu yang lama, bahkan saat ini banyak dialami oleh pasien-pasien yang dirawat di rumah sakit. **Tujuan** : Untuk melihat karakteristik gambaran faktor yang mempengaruhi kejadian dekubitus pada pasien tirah baring diruang rawat inap RSUD ABADI Samboja. **Metode** : Metode penelitian ini adalah *Deskriptif* dengan jumlah responden dalam penelitian ini adalah 30 responden dengan karakteristik responden pasien yang mengalami tirah baring. Instrumen penelitian menggunakan lembar observasi Skala Braden. **Hasil** : Penelitian gambaran faktor yang mempengaruhi kejadian dekubitus dikaji menggunakan skala braden, 46,7% dengan tingkat resiko rendah atau hampir setengahnya tidak memiliki resiko dekubitus, 2% dengan resiko sedang dan 46,7% dengan resiko tinggi atau hampir setengahnya memiliki resiko dekubitus. Berdasarkan usia yaitu lansia 86,7% atau hampir seluruhnya beresiko tinggi mengalami dekubitus. Berdasarkan jenis kelamin yaitu laki-laki 53,3% atau lebih dari setengahnya sedangkan lama rawat 1-5 hari yaitu 53,3% atau lebih dari setengahnya. **Kesimpulan** : Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai pertimbangan untuk membuat Standar Operasional Prosedur (SOP) pencegahan dekubitus, khususnya pada pasien yang beresiko sampai dengan pasien *total care*. Sehingga perawat khususnya perawat klinik dapat mengantisipasi resiko terjadinya dekubitus sesuai SOP yang sudah ada.

Kata kunci : Dekubitus, Skala Braden.

¹²³ Program Studi Ilmu Keperawatan, STIKES Wiyata Husada Samarinda

ABSTRACT

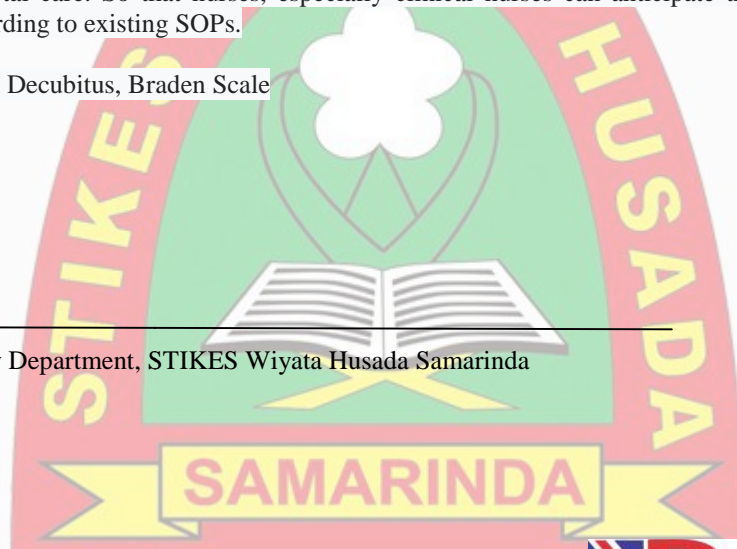
Overview of Factors Affecting the Decubitus Incidence In Bedridden Patients in the Medical Ward ABADI Samboja Hospital

Nelly Fatmawati ¹, Aries Abiyoga ², Edy Mulyono ³

Background: Decubitus is a problem faced by patients with chronic illnesses, patients who are very weak and paralyzed for a long time, even today many experienced by patients who are hospitalized. **Aim:** To see the characteristics of the factors that influence the incidence of pressure sores on bed rest patients in the medical ward of ABADI Samboja Hospital. **Method:** this research method is descriptive with total response were 30 with characteristics patients who experience bed rest. the instrument of this study used observation Braden scale. **Result:** Research illustrating the factors that influence the incidence of pressure sores were assessed using a braden scale, 46.7% with a low risk level or almost half had no risk of pressure sores, 2% with moderate risk and 46.7% with a high risk or almost half had a risk of pressure sores. Based on age, that is 86.7% elderly or almost all of them are at high risk of developing pressure sores. Based on gender, 53.3% of male or more than half, while the length of stay 1-5 days, namely 53.3% or more than half. **Conclusion:** The results of this study can be used as a consideration to create a Standard Operating Procedure (SOP) for prevention of pressure sores, especially in patients at risk up to the patient's total care. So that nurses, especially clinical nurses can anticipate the risk of pressure sores according to existing SOPs.

Keywords: Decubitus, Braden Scale

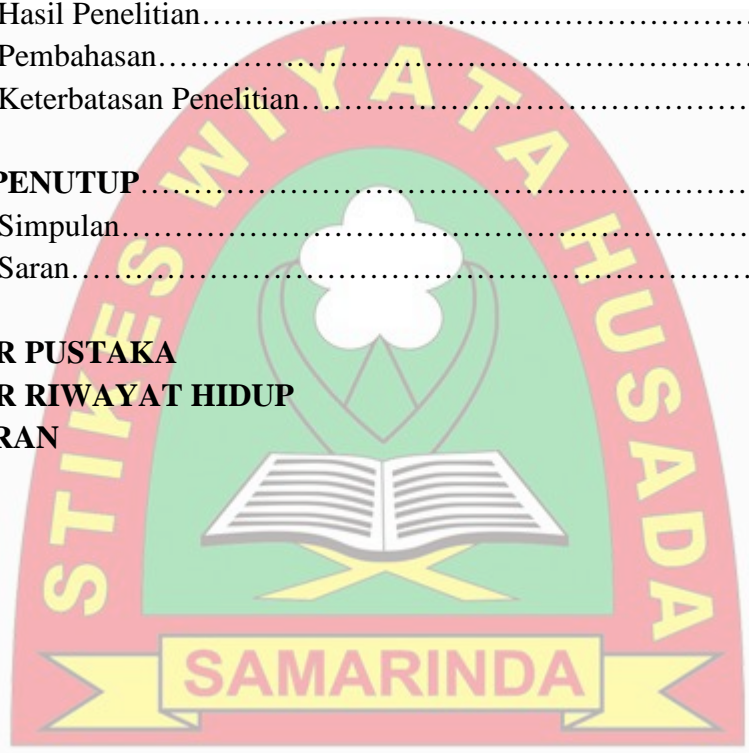
¹²³ Nursery Department, STIKES Wiyata Husada Samarinda



DAFTAR ISI

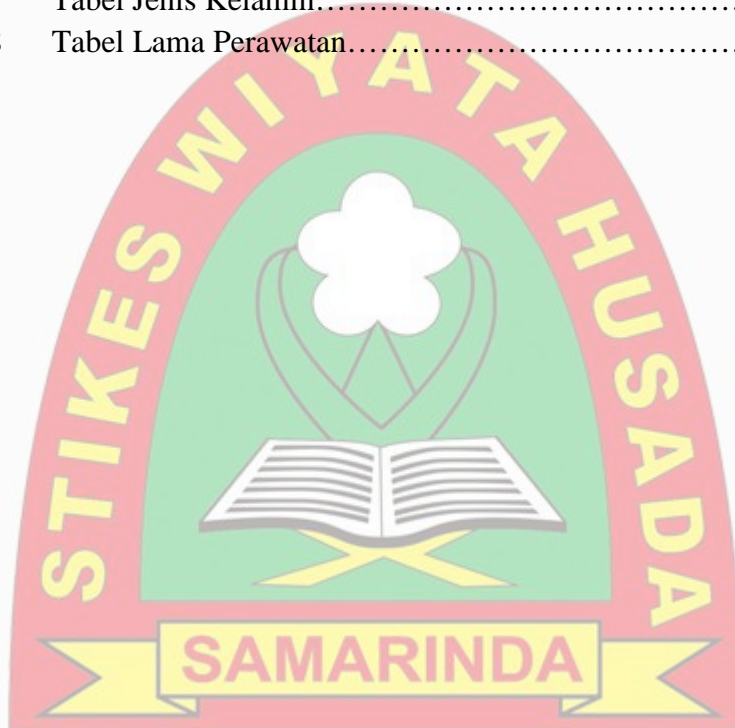
	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN	iv
KATA PENGANTAR	v
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR SKEMA	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	4
E. Penelitian Terkait	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
A. Telaah Pustaka	9
1. Dekubitus.....	9
a. Pengertian.....	9
b. Etiologi.....	9
c. Patofisiologi.....	10
d. Faktor Resiko.....	11
e. Klasifikasi Dekubitus.....	17
f. Pencegahan decubitus.....	21
g. Pengkajian Resiko terjadinya decubitus.....	23
2. Tirah Baring.....	26
a. Pengertian.....	26
b. Indikasi	26
c. Perawatan.....	27
B. Kerangka Konsep.....	27
BAB III METODE PENELITIAN	28
A. Jenis dan Rancangan Penelitian	28
B. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	28
C. Populasi dan Sampel penelitian	29

1. Populasi Penelitian.....	29
2. Sampel Penelitian.....	29
D. Teknik Pengambilan Sampel.....	29
E. Variabel Penelitian.....	29
F. Definisi Operasional.....	30
G. Instrumen Penelitian.....	30
H. Uji Validitas dan Reabilitas.....	31
I. Analisa Data.....	31
J. Etika Penelitian.....	32
K. Alur Penelitian.....	33
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	35
A. Hasil Penelitian.....	35
B. Pembahasan.....	39
C. Keterbatasan Penelitian.....	41
BAB V PENUTUP.....	43
A. Simpulan.....	43
B. Saran.....	43
DAFTAR PUSTAKA	
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	31
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Kejadian Dekubitus.....	37
Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Kejadian Dekubitus Berdasarkan Usia.....	37
Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Kejadian Dekubitus Berdasarkan Jenis Kelamin.....	37
Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Kejadian Dekubitus Berdasarkan Lama Rawat.....	38
Tabel 4.5 Skala Braden.....	38
Tabel 4.6 Tabel Usia Pasien.....	39
Tabel 4.7 Tabel Jenis Kelamin.....	39
Tabel 4.8 Tabel Lama Perawatan.....	40



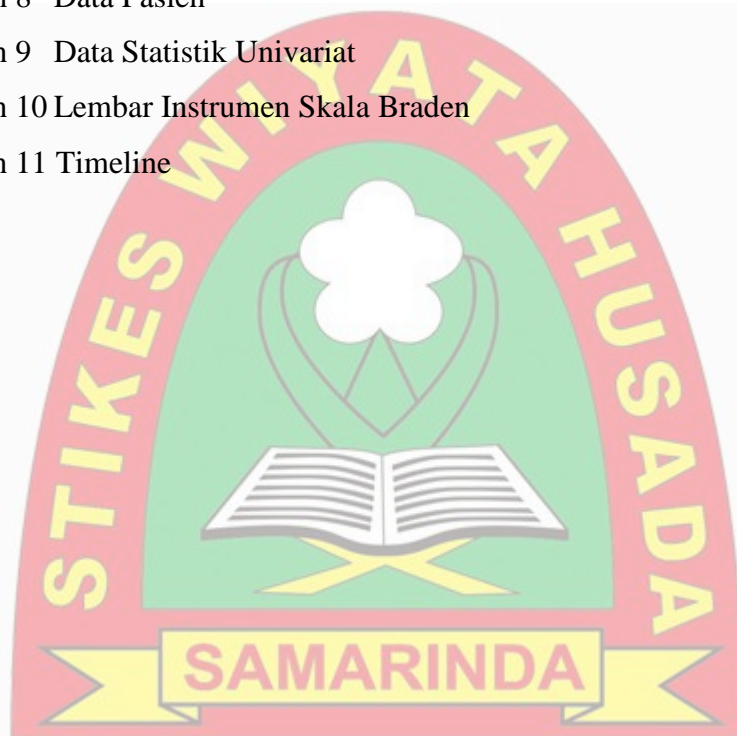
DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema 2.1 Kerangka Konsep.....	28
Skema 3.1 Alur Penelitian.....	35



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2 Surat Permohonan ijin Studi Pendahuluan dan Pengambilan Data
- Lampiran 3 Jawaban Permohonan ijin Studi Pendahuluan dan Pengambilan Data
- Lampiran 4 Permohonan ijin Penelitian
- Lampiran 5 Jawaban Permohonan ijin Penelitian
- Lampiran 6 Lembar Permohonan menjadi responden
- Lampiran 7 Surat pernyataan bersedia menjadi responden
- Lampiran 8 Data Pasien
- Lampiran 9 Data Statistik Univariat
- Lampiran 10 Lembar Instrumen Skala Braden
- Lampiran 11 Timeline



BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tirah baring merupakan perawatan dengan berbaringnya pasien di tempat tidur akibat ketidakmampuan melakukan gerakan atau aktivitas. (Farlex, 2012) Perawatan tirah baring sangat penting untuk menghindari akibat yang dapat terjadi dari tirah baring. Salah satu perawatan tirah baring adalah mobilisasi, perawatan mobilisasi pada pasien tirah baring sangat berpengaruh dalam upaya pencegahan akibat yang dapat terjadi. Penelitian menunjukkan pasien dengan mobilisasi menurunkan terjadinya luka dekubitus. Perawatan lain adalah merubah posisi secara berulang/sering, pemberian cairan yang adekuat, nutrisi adekuat, pemberian kasur dekubitus juga memberikan pengaruh terhadap perkembangan kulit dan menurunkan gejala. (Mutia L, 2013).

Salah satu aspek penting dalam pelayanan rumah sakit adalah perawatan pasien secara holistik yang meliputi biologis, psikologis, sosiologis dan spiritual, termasuk di dalamnya perawatan bagi pasien tirah baring lama yang mengalami gangguan mobilitas seperti pasien stroke, fraktur tulang belakang, atau penyakit degenerative. Immobilisasi sebagai salah satu tindakan perawatan trauma dan penyakit kronik, jika terjadi terlalu lama akan menyebabkan beberapa komplikasi, seperti atropi otot, kontraktur dan lain-lain. Salah satu komplikasi yang terbanyak adalah ulkus dekubitus.

Dekubitus itu sendiri merupakan kerusakan pada kulit dan jaringan dibawahnya karena kurangnya suplai darah akibat tekanan dalam waktu yang lama (Bowman T, 2015) Berkurangnya aliran darah ke kulit karena tekanan menyebabkan terputusnya aliran darah, sehingga kulit akan mengalami kekurangan oksigen, pada mulanya akan tampak merah lalu kemudian meradang dan membentuk luka terbuka.

Faktor resiko terjadinya ulkus dekubitus pada pasien tirah baring adalah imobilitas seperti pada penderita stroke, kelembapan, status gizi yang

buruk, lansia. Faktor lain yang dapat mempengaruhi adalah perawatan yang tidak adekuat. (Mutia L, 2013; Corrine C, 2011) Pengendalian penting untuk mencegah terjadinya luka dekubitus pada pasien tirah baring seperti meminimalkan gesekan dan tekanan, menjaga kelembapan serta gizi yang cukup. (Miza B, 2010) Dekubitus sendiri merupakan infeksi akut yang prevalensinya bisa meningkat tiap tahunnya apabila tidak segera ditangani dengan baik.

Menurut data WHO (2016) kejadian HAIs terjadi pada 15% dari semua pasien rawat inap. HAIs menjadi penyebab sekitar 4 – 56% kematian neonatus, dengan tingkat kejadian sekitar 75% terjadi di Asia Tenggara dan Subsahara Afrika (WHO, 2016). Berdasarkan hasil survey HAIs tahun 2014 di rumah sakit Amerika Serikat didapatkan angka kejadian HAIs mencapai 722.000 di unit perawatan akut dan 75.000 pasien dengan HAIs meninggal ketika dirawat di rumah sakit (CDC, 2016). Menurut Depkes RI (2011) angka kejadian infeksi di rumah sakit sekitar 3 – 21% (rata – rata 9%) atau lebih 1,4 juta pasien rawat inap di rumah sakit seluruh dunia. Di Indonesia HAIs mencapai 15,74% jauh diatas negara maju yang berkisar 4,8 – 15,5%.

Hasil study di Amerika Serikat menunjukkan bahwa insiden kejadian dekubitus bervariasi antara 5,2% sampai dengan 35% pada orang yang dirawat di ruang rawat inap, sedangkan di Spanyol menunjukkan peningkatan insiden yaitu 24,20% pada tahun 2009 (Carmen, 2013). Di Rumah Sakit Umum AWS Samarinda sebagai Rumah Sakit type A sekaligus Rumah Sakit terbesar di Kalimantan Timur terdapat insiden kejadian dekubitus adalah 15 % dalam periode bulan januari sampai dengan agustus 2017 (data PPI RSUD AWS, 2017). Di RSUD ABADI Samboja sendiri yang merupakan rumah sakit type C tidak didapatkan kejadian dekubitus pada tahun 2017, kemudian didapatkan data sebesar 2,35% kejadian dekubitus dengan jumlah pasien tirah baring sebanyak 170 pasien dalam periode Januari sampai dengan desember pada tahun 2018 (Data RM RSUD ABADI Samboja). Menurut Levina Mutia dalam jurnalnya menyatakan bahwa penyakit stroke merupakan diagnosa terbanyak yang menyebabkan tirah baring yaitu sebanyak 53,7%. Dalam jurnalnya Hamonangan Damanik

menyebutkan insiden kejadian dekubitus pada pasien dengan perawatan dirumah adalah sebesar 0-29%.

Dari studi pendahuluan yang dilakukan, dari 8 orang pasien yang diobservasi 5 orang pasien berjenis kelamin laki-laki dan 3 orang pasien berjenis kelamin perempuan, kebanyakan pasien berusia lebih dari 30 tahun dan rata-rata pasien juga dirawat lebih dari 5 hari. Dari 8 pasien 6 pasien dengan *partial care* dan 2 orang pasien dengan *total care*. Dekubitus bisa juga disebabkan karena pasien sudah mengalami tirah baring lama dirumah sebelum dibawa ke rumah sakit. Tirah baring yang berlangsung lama dapat menyebabkan dampak yang negatif terhadap sistem tubuh pasien yaitu dapat menyebabkan kerusakan integritas kulit, seperti abrasi dan ulkus dekubitus. Selain itu tirah baring yang berkepanjangan dapat mempengaruhi sistem *kardiovaskuler* dan *muskuloskeletal* yaitu hilangnya kekuatan otot, kontraktur sendi dan hilangnya massa tulang (Rosita T, 2014). Selain memberikan dampak kerugian bagi penderita, dekubitus juga dapat merugikan rumah sakit karena bertambahnya hari rawat inap serta bertambah pula biaya yang dikeluarkan.

Beberapa upaya telah dilakukan oleh perawat ruang rawat inap RSUD ABADI SAMBOJA untuk melakukan pencegahan dekubitus pada pasien tirah baring lama. Dengan melakukan perubahan posisi baring tiap 2 jam, pemberian lotion pada saat menyeka pasien dan pemberian bantal tambahan pada sendi-sendi dengan harapan tidak terjadinya dekubitus, walaupun pada kenyataannya dekubitus masih dapat terjadi.

Dari uraian permasalahan diatas, peneliti berkeinginan untuk melakukan penelitian tentang “Gambaran Faktor yang mempengaruhi Kejadian Dekubitus Pada Pasien Tirah Baring di Ruang Rawat Inap RSUD ABADI Samboja”.

B. Rumusan Masalah

Dekubitus merupakan luka yang timbul karena tekanan terutama pada bagian tulang-tulang yang menonjol akibat tirah baring yang lama ditempat tidur. Dekubitus merupakan penyakit akut yang prevalensinya bisa

memburuk bila tidak sesegera mungkin ditangani dengan baik. Berdasarkan data yang didapat dari beberapa pasien yang dirawat di ruang rawat inap RSUD ABADI Samboja diketahui kejadian dekubitus masih ditemukan pada pasien yang mengalami tirah baring lama. Dari paparan tersebut akhirnya dilakukan penelitian untuk mencari gambaran faktor yang mempengaruhi kejadian dekubitus pada pasien tirah baring di ruang rawat inap RSUD ABADI Samboja.

C. Tujuan Penelitian

Adapun penelitian ini dilakukan adalah bertujuan untuk :

1. Mendeskripsikan faktor yang mempengaruhi kejadian luka dekubitus pada pasien tirah baring di ruang rawat inap RSUD ABADI samboja ditinjau dari karakteristik faktor usia.
2. Mendeskripsikan faktor yang mempengaruhi kejadian dekubitus pada pasien tirah baring di ruang rawat inap RSUD ABADI Samboja ditinjau dari karakteristik faktor jenis kelamin.
3. Mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi kejadian dekubitus pada pasien tirah baring di ruang rawat inap RSUD ABADI Samboja dilihat dari faktor lama perawatan.

D. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi:

1. Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini dapat memberikan gambaran bagi penelitian selanjutnya serta merupakan masukan bagi pengembangan ilmu pengetahuan.

2. Manfaat Praktis

a. RSUD ABADI Samboja

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi sebagai dasar dalam pencegahan dan penatalaksanaan pasien press ulcer atau dekubitus dan dapat dipraktikan pada pelayanan keperawatan.

b. Perawat

Untuk menambah pengetahuan perawat tentang faktor apa saja yang dapat mempengaruhi kejadian dekubitus pada pasien tirah baring lama, sehingga perawat mempunyai keyakinan dalam melakukan perawatan untuk mencegah terjadinya press ulcer atau dekubitus sehingga terhindar dari komplikasi lanjutan.

c. Penelitian

Menambah wawasan, pengetahuan dan pengalaman dalam meningkatkan khasanah keilmuan keperawatan khususnya tentang faktor yang dapat mempengaruhi dekubitus pada pasien di ruang rawat inap RSUD ABADI Samboja, sehingga penelitian ini diharapkan sebagai data dasar untuk penelitian lebih lanjut dengan desain dan metodologi berbeda.

E. Penelitian Terkait

1. Jurnal penelitian Hamonangan Damanik (2016) tentang “Hubungan mobilisasi dengan pencegahan dekubitus pada pasien koma di RSUD Deli serdang Lubuk Pakam”. Penelitian ini dilakukan di RSUD Deli Serdang Lubuk Pakam. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan mobilisasi dengan pencegahan dekubitus pada pasien koma di RSUD Deli Serdang Lubuk Pakam. Penelitian ini dilakukan terhadap 10 responden pasien koma yang dirawat di ruang ICU dan dilakukan perubahan posisi tiap 2 jam sekali dengan parameter pemberian posisi lateral kanan, supinasi dan lateral kiri. Dari hasil penelitian dapat diketahui bahwa responden yang diberi perlakuan dan yang tidak diberi perlakuan mobilisasi terdapat adanya perbedaan, yaitu dapat dilihat dari 3 orang variable control yang tidak diberikan perlakuan memiliki karakteristik yang buruk antara lain kulit yang lembab, mengalami tekanan yang lama dan eritema. Sedangkan 7 responden diperoleh hasil bahwa mayoritas responden memiliki kulit yang tidak lembab. Setelah dilakukan mobilisasi pada pasien koma di RSUD Deli Serdang di ruang ICU diperoleh perubahan pada responden yaitu pada kelembapan kulit

responden, mayoritas kulit responden tidak lembap yaitu jumlah 6 orang (85,71%), tekanan pada kulit responden yang mayoritas yaitu tidak ada tekanan jumlah 7 orang (100%), tidak adanya eritema pada kulit 7 orang (100%), tidak adanya kerusakan pada epitel kulit epidermis 7 orang (100%) dan responden mayoritas tidak mengalami nekrosis 7 orang (100%). Metode yang digunakan adalah *accidental sampling*.

2. Proposal penelitian A. Muh Agus Salim T (2018) tentang “Profil dekubitus pada penderita tirah baring yang dirawat di RSUD Anutapura”. Penelitian ini dilakukan di RSUD Anutapura Palu, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui profil dekubitus pada penderita tirah baring di RSUD Anutapura Palu pada tahun 2018. Jumlah sampel pada penelitian ini adalah pasien dengan kejadian dekubitus yang dirawat dengan perawatan tirah baring lama yang memenuhi kriteria inklusi yaitu laki-laki dan perempuan, usia >18 tahun, memiliki tanda pengenal dan bersedia ikut penelitian tanpa paksaan setelah mendapat penjelasan. Kemudian dilakukan pengambilan data dan wawancara, serta penelitian untuk mengetahui profil dekubitus pada pasien tirah baring lama. Hasil penelitian digunakan untuk membantu memberikan gambaran kepada pihak Rumah Sakit untuk meningkatkan kualitas pelayanan perawatan tirah baring agar angka kejadian ulkus dekubitus dapat dikurangi. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah *deskriptif kategorik*.
3. Jurnal penelitian Diah Setiani dan indah Nur Imamah (2018) tentang “Identifikasi bakteri dan faktor resiko kejadian *pressure ulcer* di RSUD AWS Samarinda”. Penelitian ini dilakukan di RSUD AWS Samarinda , penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran bakteri pada *pressure ulcer* dan faktor kejadian *pressure ulcer* di RSUD AWS Samarinda. Penelitian ini mengambil 11 orang sampel sebagai responden yang dirawat meliputi ruang HCU, *Stroke center*, Anggrek, Angsoka dan Flamboyan. Responden yang diteliti adalah pasien yang memiliki luka tekan. Pengambilan sampel diawali dengan

membersihkan luka dengan air steril kemudian dilakukan pengukuran faktor resiko dengan menggunakan skala Braden. Dari hasil penelitian yang dilakukan pada 11 orang responden didapatkan jenis kuman gram negative yang paling banyak terdapat di *pressure ulcer* sebesar 81%, *Acinetobacter SP* adalah mikroorganisme yang paling dominan terdapat di luka *pressure*, sebanyak 63,6% responden memiliki persepsi dan sensori normal, sebanyak 63,6% kelembapan responden adalah selalu basah, sebanyak 81,8% kegiatan pasien *pressure ulcer* adalah *bedrest*, sebanyak 63,6% mobilitas responden adalah immobilisasi total, sebanyak 54,5% kondisi nutrisi responden adalah cukup, sebanyak 72,7% gesekan dan robekan responden memiliki masalah. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah *accidental sampling*.

4. Skripsi Eka Novita Sari (2018) yang berjudul “pengaruh pemberian posisi alih baring terhadap kejadian decubitus pada pasien stroke”. Penelitian ini dilakukan di Ruang Flamboyan RSUD Jombang, penelitian ini bertujuan untuk menganalisa pengaruh pemberian posisi alih baring terhadap kejadian dekubitus pada pasien stroke. Penelitian ini menggunakan desain *post test only control group design non randomization*, pengumpulan data pada *variabel independent* yaitu pemberian posisi alih baring dan *variabel dependent* yaitu kejadian dekubitus pada pasien stroke dengan menggunakan lembar observasi. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik random sampling, dan didapatkan sampel sebanyak 21 orang. Populasinya adalah seluruh pasien stroke di ruang Flamboyan sebanyak 120 orang. Pengolahan data meliputi *editing, coding, scoring* dan *tabulating* yang dianalisa menggunakan uji statistik *Mann Whitney* dengan tingkat kesalahan = 0,05. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dari 21 responden yang terbagi menjadi 11 responden kelompok intervensi, 8 responden (72,7%) dalam kategori kemungkinan kecil terjadi kejadian dekubitus, dan 10 responden dalam kelompok control, 9 responden (90%) berada dikemungkinan terjadi decubitus. Kesimpulan penelitian ini adalah ada

pengaruh pemberian posisi alih baring terhadap kejadian decubitus pada pasien stroke di ruang Flamboyan RSUD Jombang.



BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Dekubitus

a. Pengertian

Dekubitus merupakan kerusakan kulit pada suatu area dan dasar jaringan yang disebabkan oleh tulang yang menonjol, sebagai akibat dari tekanan, pergeseran, gesekan atau kombinasi dari beberapa hal tersebut (NPUAP, 2014). Dekubitus adalah kerusakan struktur anatomis dan fungsi kulit normal akibat tekanan dari luar yang berhubungan dengan penonjolan tulang dan tidak sembuh dengan urutan dan waktu yang biasa, gangguan ini terjadi pada individu yang berada diatas kursi atau diatas tempat tidur, seringkali pada inkontinensia, malnutrisi, ataupun individu yang mengalami kesulitan makan sendiri, serta mengalami gangguan tingkat kesadaran (Potter & Perry, 2005). Sedangkan menurut perry et al, (2012) dekubitus adalah luka pada kulit dan atau jaringan dibawahnya, biasanya disebabkan oleh adanya penonjolan tulang, sebagai akibat dari tekanan atau kombinasi tekanan dengan gaya geser dan atau gesekan.

b. Etiologi

LeMone dkk (2015) menyatakan bahwa dekubitus terjadi akibat tekanan eksternal yang menekan pembuluh darah atau akibat friksi dan kekuatan geser yang merobek dan mencederai pembuluh darah. Kedua jenis tekanan menyebabkan cedera traumatik dan melalui proses perkembangan dekubitus. Tekanan eksternal yang lebih besar dari tekanan kapiler dan tekanan arteriolar mengganggu aliran darah dalam bantalan kapiler. Ketika tekanan diberikan pada kulit di atas penonjolan tulang selama 2 jam, iskemia dan hipoksia jaringan akibat tekanan eksternal menyebabkan kerusakan jaringan *irreversibel*.

Ketika jaringan mati, ulkus menjadi luka terbuka yang cukup dalam sehingga memperlihatkan otot dan tulang. Jaringan nekrotik menimbulkan respons inflamasi, dan pasien mengalami peningkatan suhu tubuh, nyeri, dan hitung sel darah putih. Invasi bakteri sekunder biasa terjadi. Enzim dari bakteri dan makrofag melarutkan jaringan nekrotik sehingga mengakibatkan drainase yang berbau busuk (LeMone dkk, 2015).

c. Patofisiologi

Bryant membagi mekanisme penyakit ulkus dekubitus berdasarkan penampilan klinik, respon otot, dan respon seluler. Berikut adalah penjelasannya:

1) Penampilan klinik

Obstruksi aliran darah kapiler karena adanya tekanan dari luar akan menyebabkan iskemia jaringan, jika tekanan tersebut dihilangkan dalam waktu singkat, maka darah akan mengalir kembali dan kulit terlihat memerah (*reactive hyperemia/ blanching erythema*). Dan jika tekanan di daerah tersebut tidak dihilangkan maka akan timbul erythema yang tidak memudar dengan tekanan (*nonblanching erythema*). Kerusakan aliran darah dan kerusakan jaringan ditandai oleh *nonblanching erythema*. Jika terjadi kerusakan jaringan yang lebih dalam, maka akan teraba indurasi/ menggelembung saat di palpasi.

2) Respon otot

Kerusakan otot dapat terjadi pada dekubitus dan menjadi lebih parah dibandingkan kerusakan kulit. Tekanan oleh tulang terhadap jaringan lunak akan menyebabkan kerusakan jaringan bagian dalam yaitu mengenai otot dan fascia.

3) Respon seluler

Tanda kerusakan awal pada ulkus dekubitus terjadi di dermis yang berupa dilatasi kapiler, vena serta edema dan kerusakan sel-sel endotel. Selanjutnya akan terbentuk

perivaskuler infiltrate, agregat platelet, dan berkembang menjadi hemoragik perivaskuler. Pada tahap awal, tidak terdapat nekrosis di epidermis karena sel-sel epidermis memiliki kemampuan untuk bertahan tanpa oksigen dalam jangka waktu yang cukup lama.

d. Faktor Resiko

Meskipun dekubitus dapat terjadi pada individu dewasa di berbagai usia yang mengalami hambatan mobilitas, individu yang paling berisiko adalah lansia dengan keterbatasan mobilitas dan fraktur pinggul, individu yang mengalami kuadriplegia, dan pasien di tatanan perawatan kritis (Porth & Matfin, 2009).

Pasien lain yang rentan mengalami dekubitus adalah individu yang mengalami fraktur tulang yang besar (misalnya femur dan pinggul) atau yang menjalani pembedahan ortopedik atau cedera korda spinalis yang menetap. Selain defisit mobilitas dan aktifitas, inkontinensia dan defisit nutrisi juga meningkatkan risiko terjadinya dekubitus. Pasien yang mengalami penyakit kronis, seperti gagal ginjal dan anemia, dan individu yang mengalami edema atau infeksi juga mengalami peningkatan risiko (LeMone dkk, 2015).

Ada dua hal utama yang berhubungan dengan resiko terjadinya dekubitus, yaitu faktor tekanan dan toleransi jaringan. Faktor yang mempengaruhi durasi dan intensitas tekanan diatas tulang yang menonjol adalah imobilitas, inaktifitas dan penurunan persepsi sensori.

Sedangkan faktor yang mempengaruhi toleransi jaringan dibedakan menjadi dua faktor yaitu faktor intrinsik dan ekstrinsik. Faktor intrinsik yaitu faktor yang berasal dari pasien, sedangkan yang dimaksud dengan faktor ekstrinsik yaitu faktor-faktor yang berhubungan dari luar. (Braden dan Bergstorm, 2000).

Penjelasan dari masing-masing faktor yang mempengaruhi dekubitus diatas adalah sebagai berikut :

1) Faktor Tekanan

a) Mobilitas dan Aktivitas

Mobilitas adalah kemampuan untuk mengubah dan mengontrol posisi tubuh, sedangkan aktifitas adalah kemampuan untuk berpindah. Pasien dengan berbaring terus menerus ditempat tidur tanpa mampu untuk merubah posisi beresiko tinggi untuk terkena dekubitus. Imobilitas adalah faktor yang paling signifikan dalam kejadian dekubitus (Braden & Bergstorm, 2000). Sedangkan imobilitas pada lansia merupakan ketidakmampuan untuk merubah posisi tubuh tanpa bantuan yang disebabkan oleh depresi CNS (Jaul. 2010). Ada beberapa penelitian prospektif maupun retrospektif yang mengidentifikasi faktor spesifik penyebab imobilitas dan inaktifitas, diantaranya dengan gangguan persepsi sensorik terdapat nyeri dan tekanan *Spinal Cord Injury* (SCI), *stroke*, *multiple sclerosis*, trauma (misalnya patah tulang), obesitas, diabetes, kerusakan kognitif, penggunaan obat (seperti sedatif, hipnotik, dan analgesik), serta tindakan pembedahan (AWMA, 2012).

b) Penurunan Persepsi Sensori

Pasien dengan gangguan persepsi sensorik terdapat nyeri dan tekanan lebih beresiko mengalami gangguan integritas kulit daripada pasien dengan sensasi normal. Pasien adalah pasien yang tidak mampu merasakan kapan sensasi pada bagian tubuh mereka meningkat, adanya tekanan yang lama, atau nyeri dan oleh karena itu pasien tanpa kemampuan untuk merasakan bahwa terdapat nyeri atau tekanan akan menyebabkan resiko berkembangnya dekubitus (Potter & Perry, 2010).

2) Faktor Toleransi Jaringan :

a) Faktor Intrinsik

(1) Nutrisi

Hipoalbumin, kehilangan berat badan dan malnutrisi umumnya diidentifikasi sebagai faktor predisposisi terhadap terjadinya dekubitus, terutama pada lansia. Derajat III dan IV dari dekubitus pada orang tua berhubungan dengan penurunan berat badan, rendahnya kadar albumin, dan intake makanan yang tidak mencukupi (Guenter, et al., 2000). Menurut Jaul (2010), ada korelasi yang kuat antara status nutrisi yang buruk dengan peningkatan resiko dekubitus. Keller, (2002) juga menyebutkan bahwa 75% dari pasien dengan serum albumin dibawah 35 g/l beresiko terjadinya dekubitus dibandingkan dengan 16 % pasien dengan level serum albumin yang lebih tinggi. Pasien yang level serum albuminnya di bawah 3 g/100 ml lebih beresiko tinggi mengalami luka daripada pasien yang level albumin tinggi. (Potter & Perry, 2010)

(2) Umur / Usia

Pasien yang sudah tua memiliki resiko tinggi untuk terkena dekubitus karena kulit dan jaringan akan berubah seiring dengan proses penuaan (Sussman & Jensen, 2007). 70% dekubitus terjadi pada orang yang berusia lebih dari 70 tahun. Seiring dengan meningkatnya usia akan berdampak pada perubahan kulit yang di indikasikan dengan penghubung dermis-epidermis yang rata (flat), penurunan jumlah sel, kehilangan elastisitas kulit, lapisan subkutan yang menipis, pengurangan massa otot, dan penurunan perfusi dan oksigenasi vascular intradermal (Jaul, 2010) sedangkan menurut Potter & Perry, (2005) 60% - 90%

dekubitus dialami oleh pasien dengan usia 65 tahun keatas.

(3) Tekanan arteriolar

Tekanan arteriolar yang rendah akan mengurangi toleransi kulit terhadap tekanan sehingga dengan aplikasi tekanan yang rendah sudah mampu mengakibatkan jaringan menjadi iskemia (Suriadi, et al., 2007). Studi yang dilakukan oleh Bergstrom & Braden (1992) menemukan bahwa tekanan sistolik dan tekanan diastolik yang rendah berkontribusi pada perkembangan dekubitus.

b) Faktor ekstrinsik

(1) Kelembaban

Adanya kelembaban dan durasi kelembaban pada kulit meningkatkan resiko pembentukan kejadian dekubitus. Kelembaban kulit dapat berasal dari drainase luka, perspirasi yang berlebihan, serta inkontinensia fekal dan urine (Potter & Perry, 2010). Kelembaban yang disebabkan karena inkontinensia dapat mengakibatkan terjadinya maserasi pada jaringan kulit. Jaringan yang mengalami maserasi akan mudah mengalami erosi. Selain itu, kelembaban juga mengakibatkan kulit mudah terkena pergesekan (*friction*) dan pergeseran (*shear*). Inkontinensia alvi lebih signifikan dalam perkembangan luka daripada inkontinensia urine karena adanya bakteri dan enzim pada feses yang dapat meningkatkan PH kulit sehingga dapat merusak permukaan kulit (Sussman & Jansen, 2001., AWMA, 2012).

(2) Gesekan

Gaya gesek (*Friction*) adalah tekanan pada dua permukaan bergerak melintasi satu dan yang lainnya

seperti tekanan mekanik yang digunakan saat kulit ditarik melintasi permukaan kasar seperti seprei atau *linen* tempat tidur (WOCNS, 2003). Cidera akibat gesekan memengaruhi epidermis atau lapisan kulit yang paling atas. Kulit akan merah, nyeri dan terkadang disebut sebagai bagian yang terbakar. Cidera akibat gaya gesek terjadi pada pasien yang gelisah, yang memiliki pergerakan yang tidak terkontrol seperti keadaan spasme dan pada pasien yang kulitnya ditarik bukan diangkat dari permukaan tempat tidur selama perubahan posisi (Potter & Perry, 2010). Pergesekan terjadi ketika dua permukaan bergerak dengan arah yang berlawanan. Pergesekan dapat mengakibatkan abrasi dan merusak permukaan epidermis kulit. Pergesekan bisa terjadi pada saat pergantian seprei pasien yang tidak berhati-hati (Dini, et al., 2006).

(3) Pergeseran

Gaya geser adalah peningkatan tekanan yang sejajar pada kulit yang berasal dari gaya gravitasi, yang menekan tubuh dan tahanan (gesekan) diantara pasien dan permukaan (Potter & Perry, 2010). Contoh yang paling sering adalah ketika pasien diposisikan pada posisi semi *fowler* yang melebihi 30°. Hal ini juga didukung oleh pernyataan dari Jaul (2010) bahwa pada lansia akan cenderung merosot kebawah ketika duduk pada kursi atau posisi berbaring dengan kepala tempat tidur dinaikkan lebih dari 30°. Pada posisi ini pasien bisa merosot kebawah, sehingga mengakibatkan tulangnya bergerak kebawah namun kulitnya masih tertinggal. Hal ini dapat mengakibatkan oklusi dari pembuluh darah, serta kerusakan pada jaringan bagian

dalam seperti otot, namun hanya menimbulkan sedikit kerusakan pada permukaan kulit. (WOCNS, 2005).

Ada hipotesis lain mengenai faktor pencetus terjadinya dekubitus, antara lain sebagai berikut :

a) Merokok

Merokok mungkin sebuah prediktor terbentuknya dekubitus. Insiden dekubitus lebih tinggi pada perokok dibandingkan dengan yang bukan perokok. Afinitas hemoglobin dengan nikotin dan meningkatnya radikal bebas diduga sebagai penyebab resiko terbentuknya dekubitus pada perokok (Bryant, 2007). Menurut hasil penelitian Suriadi (2007) ada hubungan yang signifikan antara merokok dengan perkembangan terhadap dekubitus.

b) Temperatur kulit

Setiap terjadi peningkatan metabolisme akan menaikkan 1 derajat celcius dalam temperatur jaringan. Dengan adanya peningkatan temperatur ini akan beresiko terhadap iskemik jaringan. Selain itu dengan menurunnya elastisitas kulit, akan tidak toleran terhadap adanya gaya gesekan dan pergerakan sehingga akan mudah mengalami kerusakan kulit (AWMA, 2012). Hasil penelitian didapatkan bahwa adanya hubungan yang bermakna antara peningkatan temperatur tubuh dengan resiko terjadinya dekubitus (Supriadi, 2017)

c) Penyakit Kronis

Selain beberapa faktor diatas, *Australian Wound Management Association* (AWMA, 2012) juga menyebutkan penyakit kronis sebagai salah satu faktor ekstrinsik terjadinya dekubitus. Penyakit kronis dapat mempengaruhi perfusi jaringan, dimana penyakit dan kondisi tersebut dapat mengakibatkan kerusakan pengiriman oksigen ke jaringan. Ada beberapa penyakit yang dapat menyebabkan resiko terjadinya dekubitus, diantaranya adalah diabetes mellitus, kanker,

penyakit pada pembuluh darah arteri, penyakit kardiopulmonar, lymphoedema, gagal ginjal, tekanan darah rendah, abnormalitas sirkulasi serta anemia.

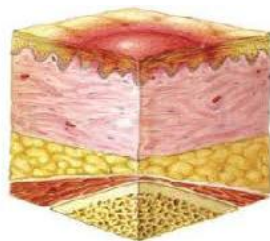
e. Klasifikasi dekubitus

National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) 2014 membagi derajat dekubitus menjadi enam dengan karakteristik sebagai berikut :

1) Derajat I : *Nonblanchable Erythema*

Derajat I ditunjukkan dengan adanya kulit yang masih utuh dengan tanda-tanda akan terjadi luka. Apabila dibandingkan dengan kulit yang normal, maka akan tampak salah satu tanda sebagai berikut : perubahan temperatur kulit (lebih dingin atau lebih hangat), perubahan konsistensi jaringan (lebih keras atau lunak), dan perubahan sensasi (gatal atau nyeri). Pada orang yang berkulit putih luka akan kelihatan sebagai kemerahan yang menetap, sedangkan pada orang kulit gelap, luka akan kelihatan sebagai warna merah yang menetap, biru atau ungu. Cara untuk menentukan derajat I adalah dengan menekan daerah kulit yang merah (erytema) dengan jari selama tiga detik, apabila kulitnya tetap berwarna merah dan apabila jari diangkat juga kulitnya tetap berwarna merah.

Gambar 1.2 dekubitus derajat I



2) Derajat II : *Partial Thickness Skin Loss*

Hilangnya sebagian lapisan kulit yaitu epidermis atau dermis, atau keduanya. Cirinya adalah lukanya superfisial dengan warna dasar luka merah-pink, abrasi, melepuh, atau membentuk lubang yang dangkal. Derajat I dan II masih bersifat *refersibel*.

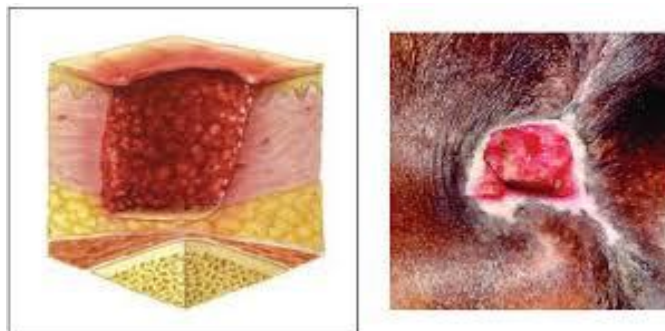
Gambar 2.2 dekubitus derajat II



3) Derajat III : *Full Thickness Skin Loss*

Hilangnya lapisan kulit secara lengkap, meliputi kerusakan atau nekrosis dari jaringan subkutan atau lebih dalam, tapi tidak sampai pada fascia. Luka terlihat seperti lubang yang dalam. Disebut sebagai “typical dekubitus” yang ditunjukkan dengan adanya kehilangan bagian dalam kulit hingga subkutan, namun tidak termasuk tendon dan tulang. *Slough* mungkin tampak dan mungkin meliputi *undermining* dan *tunneling*.

Gambar 3.2 dekubitus derajat III



4) Derajat IV : *Full Thickness Tissue Loss*

Kehilangan jaringan secara penuh sampai dengan terkena tulang, tendon atau otot. *Slough* atau jaringan mati (*eschar*) mungkin ditemukan pada beberapa bagian dasar luka (*wound bed*). Kedalaman derajat IV dekubitus bervariasi berdasarkan lokasi anatomi, rongga hidung, telinga, oksiput dan malleolar tidak memiliki jaringan subkutan dan lukanya dangkal. Derajat IV dapat meluas ke dalam otot dan atau struktur yang mendukung (misalnya pada fasia, tendon atau sendi) dan memungkinkan terjadinya *osteomyelitis*. Tulang dan tendon yang terkena bisa terlihat atau teraba langsung.

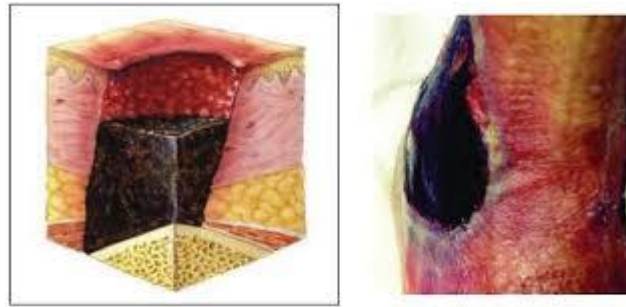
Gambar 4.2 dekubitus derajat IV



5) *Unstageable : Depth Unknown*

Kehilangan jaringan secara penuh dimana dasar luka (*wound bed*) ditutupi oleh slough dengan warna kuning, coklat, abu-abu, hijau, dan atau jaringan mati (*eschar*) yang berwarna coklat atau hitam didasar luka. *slough* dan atau *eschar* dihilangkan sampai cukup untuk melihat (mengexpose) dasar luka, kedalaman luka yang benar, dan oleh karena itu derajat ini tidak dapat ditentukan.

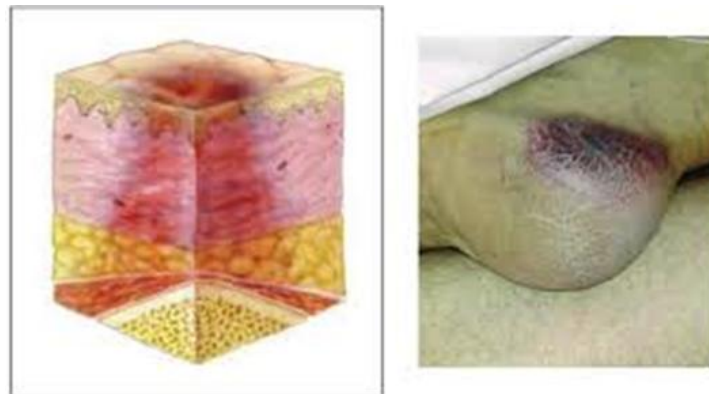
Gambar 5.2 dekubitus derajat V



6) *Suspected Deep Tissue Injury : Depth Unknown*

Berubah warna menjadi ungu atau merah pada bagian yang terkena luka secara terlokalisir atau kulit tetap utuh atau adanya blister (melepuh) yang berisi darah karena kerusakan yang mendasari jaringan lunak dari tekanan dan atau adanya gaya geser. Lokasi atau tempat luka mungkin didahului oleh jaringan yang terasa sakit, tegas, lembek, berisi cairan, hangat atau lebih dingin dibandingkan dengan jaringan yang ada di dekatnya. Cidera pada jaringan dalam mungkin sulit untuk di deteksi pada individu dengan warna kulit gelap. Perkembangan dapat mencakup blister tipis diatas dasar luka (*wound bed*) yang berkulit gelap. Luka mungkin terus berkembang tertutup oleh *eschar* yang tipis. Dari derajat dekubitus diatas, dekubitus berkembang dari permukaan luar kulit ke lapisan dalam (*top-down*), namun menurut hasil penelitian saat ini, dekubitus juga dapat berkembang dari jaringan bagian dalam seperti fascia dan otot walaupun tanpa adanya adanya 15 kerusakan pada permukaan kulit. Ini dikenal dengan istilah *injury* jaringan bagian dalam (*Deep Tissue Injury*). Hal ini disebabkan karena jaringan otot dan jaringan subkutan lebih sensitif terhadap iskemia daripada permukaan kulit (Rijswijk & Braden, 1999).

Gambar 6.2 Dekubitus *Suspected deep tissue injury : depth unknown*
(Sumber : NPUAP, 2014)



f. Pencegahan dekubitus

Pencegahan dekubitus adalah prioritas utama dalam merawat pasien dan tidak terbatas pada pasien yang mengalami pembatasan mobilitas. Banyak tinjauan *literature* mengindikasikan bahwa luka tekan dapat dicegah, meskipun kewaspadaan perawat dalam memberikan perawatan tidak dapat sepenuhnya mencegah terjadinya luka tekan dan perburukannya pada beberapa individu yang sangat beresiko tinggi. Dalam kasus ini, tindakan intensif yang dilakukan harus ditujukan untuk mengurangi faktor resiko, melaksanakan langkah-langkah pencegahan dan mengatasi luka tekan (Handayani, 2010).

NPUAP, EPUAP dan PPPIA (2014), juga merekomendasikan tindakan pencegahan untuk mencegah terjadinya dekubitus, yaitu pengkajian resiko dengan menggunakan skala braden, perawatan kulit, pemberian nutrisi, pemberian edukasi, dan pemberian bantalan dan pengaturan posisi/alih baring. Skala braden adalah skala pengkajian yang digunakan untuk memprediksi luka tekan pada orang dewasa dalam mengidentifikasi pasien yang beresiko ringan, sedang, dan tinggi mengalami luka tekan. Skala braden dipilih karena merupakan instrument yang valid dan reliable saat ini dan instrument ini disusun berdasarkan kerangka kerja konseptual proses fisiologis. Skala braden menunjukkan validitas dan reliabilitas yang

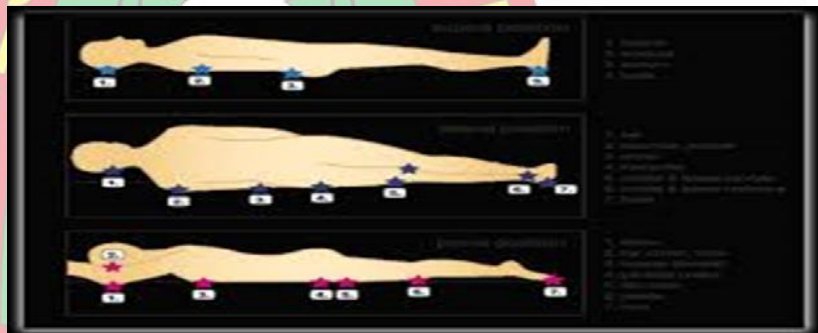
lebih tinggi jika dibandingkan dengan alat ukur yang lain yaitu *Norton scale* dan *waterlow scale*.

Untuk tindakan pencegahan lain disebutkan juga oleh *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP, 2016)* :

1) Perawatan kulit

- a) Periksa semua kulit sesegera mungkin.
- b) Periksa kulit minimal setiap hari untuk tanda-tanda luka tekan, Eritema terutama *nonblanchable* (sebuah lesi eritematososa yang tidak kehilangan semua kemerahan saat ditekan).
- c) Menilai titik-titik tekanan seperti sacrum, tulang ekor, pantat, tumit, ishium, trochanters, siku dan dibawah peralatan medis.

Gambar 7.2 area luka tekan pada berbagai posisi tubuh (Perry & Potter, 2005



- d) Ketika memeriksa kulit berpigmen gelap, mencari perubahan warna kulit, suhu kulit dan konsistensi jaringan dibandingkan dengan kulit yang berdekatan. Bantu dengan membasahi kulit dalam mengidentifikasi perubahan warna.
- e) Bersihkan kulit segera setelah episode inkontinensia.
- f) Gunakan pembersih kulit yang PH nya seimbang untuk kulit.
- g) Gunakan pelembab kulit sehari-hari pada kulit yang kering.
- h) Menganjurkan semua individu yang beresiko luka tekan untuk mengkonsumsi cairan yang cukup dan diet yang seimbang.

2) Nutrisi

- a) Pertimbangkan individu dirawat di rumah sakit menjadi kurang gizi dan gizi buruk dari tidak sakit atau menjadi nil per os (tidak diberi makanan dan cairan) untuk pengujian diagnostik.
- b) Gunakan alat skrinning yang benar dan dapat dipercaya untuk menentukan resiko kekurangan gizi, seperti dugaan kecil tentang gizi.
- c) Periksa semua individu yang beresiko untuk luka tekan dari kekurangan gizi pada seorang ahli gizi.
- d) Membantu individu pada waktu makan untuk meningkatkan asupan oral.
- e) Mengajukan semua individu yang beresiko luka tekan untuk mengkonsumsi cairan yang cukup dan diet yang seimbang.
- f) Menilai perubahan berat badan tiap waktu.
- g) Menilai kecukupan asupan oral, enteral dan parenteral.
- h) Memberikan suplemen gizi antara makanan dan dengan obat oral kecuali kontraindikasi.

3) Resposisi dan mobilisasi

- a) Pindahkan dan reposisikan semua individu yang beresiko untuk luka tekan, kecuali kontraindikasi karena kondisi medis atau perawatan medis.
- b) Mempertimbangkan jadwal berputar pada malam hari untuk memungkinkan agar tidak terganggu.
- c) Pindahkan individu ke sisi berbaring posisi 30⁰ dan gunakan tangan anda untuk menentukan apakah sacrum berada pada tempat tidur.
- d) Hindari posisi individu pada area tubuh dengan luka tekan.
- e) Pastikan bahwa tumit bebas dari tempat tidur.

- f) Pertimbangkan tingkat imobilitas, paparan geser, kelembapan kulit, perfusi, ukuran badan dan berat individu ketika memilih bantalan pendukung.
- g) Gunakan bantalan kursi untuk individu duduk di kursi atau kursi roda.
- h) Reposisi individu lemah atau tak bergerak di kursi perjam.
- i) Tempatkan busa yang tipis atau pakaian yang longgar dibawah peralatan medis.

g. Pengkajian resiko terjadinya dekubitus

Ada 5 (lima) instrumen yang digunakan dalam mengkaji resiko terjadinya dekubitus (Kozier, 2010). Sedangkan menurut Jaul (2010), instrumen yang paling banyak digunakan serta direkomendasikan dalam mengkaji resiko terjadinya dekubitus antara lain : *Skala Norton*, *Braden*, dan *Skala Waterlow*.

1) Skala Norton

Skala Norton pertama kali ditemukan pada tahun 1962, dan skala ini menilai lima faktor resiko terhadap kejadian dekubitus diantaranya adalah : kondisi fisik, kondisi mental, aktivitas, mobilisasi, dan inkontinensia. Total nilai berada diantara 5 sampai 20. Nilai 16 di anggap sebagai nilai yang beresiko (Norton, 1989), sedangkan pada penelitian yang dilakukan oleh Carville (2007), apabila mencapai skor 14 sudah dinyatakan diambang resiko dekubitus dan bila skor 12, dinyatakan beresiko tinggi terjadinya dekubitus.

2) Skala Braden

Pada Skala Braden terdiri dari 6 sub skala faktor resiko terhadap kejadian dekubitus diantaranya adalah : persepsi sensori, kelembaban, aktivitas, mobilitas, nutrisi, pergeseran dan gesekan. Nilai total berada pada rentang 6 sampai 23, nilai rendah menunjukkan resiko tinggi terhadap kejadian dekubitus (Braden dan Bergstrom, 1989). Apabila skor yang didapat mencapai 12, maka dianggap resiko tinggi mengalami

dekubitus (Jaul, 2010). Berdasarkan beberapa hasil penelitian tentang validitas instrument pengkajian resiko dekubitus antara lain untuk skala Braden diruang ICU mempunyai sensitivitas 83% dan spesifitas 90% dan di *nursing home* mempunyai sensitivitas 46% dan spesifitas 88%, sedangkan diunit *orthopedic* mempunyai sensitivitas 64% dan spesifitas 87%, dan diunit *Cardiotorasic* mempunyai sensitivitas 73% dan spesifitas 91% (Bell J, 2005).

3) Skala Waterlow

Hasil revisi pada tahun 2005, pada skala Waterlow terdapat sembilan kategori klinis yang meliputi : tinggi badan dan peningkatan berat badan, tipe kulit dan area resiko yang tampak, jenis kelamin dan usia, skrining malnutrisi, mobilitas, malnutrisi jaringan, defisit neurologis, riwayat pembedahan atau trauma, serta riwayat pengobatan (AWMA,2012). Semakin tinggi skor, semakin tinggi resiko terjadinya dekubitus. Skor 20 diprediksi memiliki resiko sangat tinggi terjadinya dekubitus (Carville, 2007).

4) Skala Gosnell

Skala Gosnell pertama kali ditemukan pada tahun 1973. Pada skala ini mengacu pada skala Norton, namun pada skala ini juga ada beberapa *point* penilaian yang digantikan seperti : kondisi fisik menjadi nutrisi, dan inkontinensia dirubah menjadi kontinensia. Skala ini menilai lima faktor diantaranya adalah : status mental, kontinensia, mobilisasi, aktivitas, dan nutrisi, total nilai berada pada rentang antara 5 sampai 20 dimana total nilai tinggi mengidentifikasi resiko kejadian dekubitus (Gosnell, 1987). Sedangkan menurut Carville (2007), lima parameter tersebut digolongkan lagi menjadi 3–5 sub kategori, dimana skor yang lebih tinggi mempunyai resiko lebih besar terhadap kejadian dekubitus.

5) Skala knoll

Skala ini dikembangkan berdasarkan faktor resiko pasien yang berada di ruang perawatan akut Rumah Sakit Besar. Pada skala ini ada delapan faktor resiko terhadap kejadian dekubitus diantaranya adalah : status kesehatan umum, status mental, aktivitas, mobilisasi, inkontinensia, asupan nutrisi melalui oral, asupan cairan melalui oral, dan penyakit yang menjadi faktor predisposisi. Total nilai berada pada rentang 0 sampai 33, nilai tinggi menunjukkan resiko tinggi terjadi dekubitus, nilai resiko berada pada nilai 12 atau lebih (Kozier, 2010). Berdasarkan hasil meta analisis *Australian Wound Management Association* (AWMA, 2012) yang mengindikasikan bahwa skala braden mempunyai reliabilitas paling kuat. Scoonhoven, et al (2002). melalui penelitian dengan desain *cohort prospective* menyatakan *braden's scale instrument* terbaik untuk prediksi dekubitus diunit bedah, interne, neurologi, dan geriatri jika dibandingkan *Norton's scale* dan *Waterlow*. Skala Braden mempunyai validitas yang paling tinggi dibandingkan dengan skala yang lainnya (Satekoa & Ziakova, 2014). Skala braden lebih efektif dibandingkan dengan skala Norton dalam memprediksi risiko dekubitus di ruang ICU (Bhoki, 2014). Sedangkan menurut Mufarika (2013) skala Braden mempunyai validitas prediksi yang baik dalam memprediksi kejadian dekubitus.

2. Tirah Baring

a. Pengertian

Tirah baring adalah perawatan dengan berbaringnya pasien di tempat tidur, untuk meminimalkan aktifitas dan memudahkan pemulihan dari penyakit yang akut dan kronis. (Kristin J.S, 2007 ; Farlex, 2012).

Imobilisasi adalah keadaan dimana seseorang mengalami atau beresiko mengalami keterbatasan gerak fisik. Imobilisasi dapat

berbentuk tirah baring yang bertujuan mengurangi aktifitas fisik dan kebutuhan oksigen tubuh, mengurangi nyeri dan untuk mengembalikan kekuatan. Imobilisasi merupakan suatu intervensi dimana seseorang dibatasi agar tetap berada di tempat tidur untuk tujuan terapeutik. Lamanya imobilisasi bergantung pada penyakit, cedera dan status kesehatan sebelumnya. (Joko, Lilis, Wahit, 2015).

b. Indikasi

- 1) Penyakit jantung kongestif
 - 2) Vaskular perifer
 - 3) Arthritis
 - 4) Orthopedic Injury
 - 5) Kehamilan yang beresiko tinggi mengalami komplikasi
 - 6) Stroke
 - 7) Pasca Operasi
 - 8) Kanker
- (Topp R, 2002)

c. Perawatan

- 1) Mobilisasi
- 2) Berubah posisi secara berulang
- 3) Pemberian cairan yang adekuat
- 4) Nutrisi Adekuat
- 5) Perawatan kulit berkala
- 6) Peregangan secara progresif

(Colleen S C, 2011)

B. Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan suatu hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lain dari masalah yang ingin diteliti. (Notoatmodjo, 2012) Dalam penelitian ini, berdasarkan uraian konsep diatas maka kerangka konsep yang digunakan dalam penelitian ini dapat dilihat dari skema berikut :

Skema 2.2 Kerangka Konsep penelitian



BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis Dan Rancangan Penelitian

Berdasarkan permasalahan yang ada dan tujuan yang hendak dicapai, Maka jenis penelitian ini adalah penelitian *kuantitatif* dengan metode *Study deskriptif*. Pendekatan waktu yang digunakan adalah pendekatan *cross-sectional* yaitu jenis penelitian yang menekankan pada waktu pengukuran/observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali, pada satu saat. Pada jenis ini variabel independen dan dependen dinilai secara simultan pada satu saat, jadi tidak ada *follow up*. Tentunya tidak semua subjek penelitian harus diobservasi pada hari atau waktu yang sama, akan tetapi baik variabel dependen atau independen dinilai hanya satu kali saja dan akan diperoleh prevalensi atau efek suatu fenomena (variabel independen) dihubungkan dengan penyebab (variabel dependen) (Nursalam, 2017).

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi penelitian ini dilakukan di RSUD ABADI Samboja yang terletak di jalan poros Balikpapan- Handil II Samboja Kutai Kertanegara Provinsi Kalimantan Timur. RSUD ABADI Samboja merupakan Rumah Sakit type C dengan kapasitas 100 tempat tidur. RSUD ABADI Samboja terdapat fasilitas pelayanan berupa fasilitas fisik bangunan meliputi ruang pendaftaran, ruang rekam medik, ruang komite medik, ruang pertemuan (aula), instalasi farmasi, ruang kasir, instalasi rawat jalan (poli anak, poli spesialis penyakit dalam, poli gigi, poli bedah umum, poli mata, poli tht, poli kebidanan), ruang fisioterapi, instalasi kebidanan, instalasi laboratorium, ruang partus dan ruang observasi.
2. Penelitian ini dilakukan pada bulan mei- Juni tahun 2019.

C. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas subjek atau objek penelitian yang memiliki kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2014). Populasi yang diambil dalam penelitian ini adalah pasien dengan tirah baring yang dirawat di ruang ICU dan dirawat lebih dari 1 hari. Jumlah pasien yang dirawat di ruang ICU rata-rata 40 pasien setiap bulannya

2. Sampel

Menurut Sugiyono (2011), sampel adalah sebagian dari populasi yang diteliti. Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 30 sampel menggunakan total sampel karena populasinya kurang dari 100.

D. Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan data atau teknik sampling merupakan suatu cara yang ditetapkan peneliti untuk menentukan atau memilih sejumlah sampel dari populasi. Metode sampling digunakan agar hasil penelitian yang dilakukan pada sampel dapat mewakili populasi. Dalam penelitian ini peneliti memilih teknik sampling secara *non probability sampling* yaitu menghasilkan peluang yang tidak sama pada individu dalam populasi untuk terpilih menjadi sampel (Nursalam, 2016). Rancangan penelitian ini dengan menggunakan *consecutive sampling* yaitu metode pemilihan sampel dilakukan dengan memilih semua individu ditemui dan memenuhi kriteria pemilihan, sampai jumlah sampel yang diinginkan terpenuhi (Dharma,2011).

E. Variabel Penelitian

Variabel adalah segala sesuatu yang berbentuk apa saja yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari sehingga diperoleh informasi tentang hal tersebut, kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiono, 2007). Penelitian ini menggunakan variabel tunggal. Variabel tunggal adalah himpunan sejumlah gejala yang memiliki berbagai aspek atau kondisi didalamnya yang berfungsi

mendominasi dalam kondisi atau masalah tanpa dihubungkan dengan lainnya (Sugiyono, 2013). Variabel dalam penelitian ini adalah faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian dekubitus. Meliputi usia, jenis kelamin dan lama hari rawat.

F. Definisi Operasional

Defenisi operasional adalah defenisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefenisikan tersebut. Karakteristik yang dapat diamati (diukur) itulah yang merupakan kunci defenisi operasional. Dapat diamati artinya memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena yang kemudian dapat diulangi lagi oleh orang lain. (Nursalam, 2014)

Tabel 3.1 Variabel Penelitian dan Defenisi Operasional

No	Variabel penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Skala Braden	Digunakan untuk memprediksi resiko dekubitus	Lembar observasi	1. Resiko rendah=15-16 2. Resiko sedang=13-14 3. Resiko tinggi=<12	Ordinal
2.	Usia	Usia dilihat dari hari lahir pasien sampai sekarang	Lembar observasi	1. Remaja=12-25 2. Dewasa=26-45 3. Lansia > 46	Ordinal
3.	Jenis Kelamin	Pembagian jenis seksual yang ditentukan secara biologis dan anatomis dalam jenis kelamin laki-laki dan perempuan	Lembar observasi	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
4.	Lama Rawat	Dihitung dari 24 jam pertama pasien masuk sampai pasien keluar rumah sakit	Lembar observasi	1. 1-5 hari 2. > 5 hari	Nominal

G. Instrumen Penelitian

Instumen penelitian merupakan suatu alat yang digunakan oleh peneliti untuk mengobservasi, mengukur atau menilai suatu fenomena. Data yang diperoleh dari suatu pengukuran kemudian dianalisis dan dijadikan sebagai bukti (evidence) dari suatu penelitian (Dharma,2011). Instrumen juga merupakan alat-alat yang akan digunakan untuk pengumpulan data,

instrument berupa lembar pengkajian skala Braden untuk mengetahui ada atau tidaknya kejadian dekubitus.

H. Uji Validitas dan Reabilitas

Uji validitas digunakan untuk menunjukkan tingkat kesahihan suatu instrument penelitian (Nursalam, 2015). Reabilitas menunjukkan pada satu pengertian bahwa suatu instrument cukup dapat dipercaya untuk digunakan sebagai alat pengumpul data karena instrument tersebut sudah baku. Jawaban dari instrument harus sama apabila pengukuran ditujukan pada orang yang berbeda ataupun waktu yang berbeda.

Instrumen yang digunakan pada penelitian ini tidak dilakukan uji validitas dan uji reabilitas karena instrument yang digunakan berupa lembar observasi baku yang digunakan untuk penilaian dekubitus. Instrument yang digunakan pada metode penelitian ini adalah skala Braden yang sudah baku.

I. Analisa Data

Dalam tahap analisi data, data-data dianalisis dengan teknik tertentu. Teknik analisa data menurut Notoatmodjo (2012) adalah sebagai berikut :

1. Pengelolaan data

a. Editing

Dalam kegiatan penyuntingan yang diperhatikan adalah kelengkapan data atau informasi yang diperoleh, peneliti memastikan seluruh data pada lembaran observasi telah diisi

b. Processing (entry)

Setelah dilakukan pengkodean data maka data-data yang telah diubah dalam bentuk kode angka kemudian dimasukan kedalam “*software*” computer. Peneliti melakukan input data-data yang telah didapatkan selama penelitian kedalam *software Microsoft excel*, yang meliputi tanggal intervensi, sebelum dilakukan alih baring pada pasien dan sesudah dilakukan alih baring.

c. Cleaning (pembersihan data)

Setelah data dimasukkan, peneliti melakukan pemeriksaan kembali terhadap data-data tersebut untuk memastikan tidak ada data yang tertukar ataupun kesalahan dalam pengetikan sebelumnya.

2. Analisa Data

Dalam Notoatmodjo (2010) analisa data suatu penelitian, biasanya melalui prosedur bertahap antara lain:

a. Analisa *Univariate*

Analisis Univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik tiap variabel penelitian, pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase dari tiap variabel. Setiap variabel pada penelitian ini di analisis dengan statistic deskriptif untuk memberikan gambaran distribusi dan frekuensi (Notoatmodjo, 2012). Menggunakan rumus distribusi frekuensi yaitu :

$$P = \frac{F}{N} \times 100\%$$

J. Etika Penelitian

Uraian bagaimana memperoleh persetujuan (*Informed Consent*) dari calon responden dan persetujuan dari komite etik, dengan memperhatikan masalah etika yang meliputi :

1. Lembar persetujuan (*Informed Consent*)

Pada saat pretest peneliti menjelaskan tujuan peneliti melakukan penelitian di RSUD ABADI Samboja, setelah dijelaskan mengenai penelitian kepada responden, responden yang bersedia diteliti diberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden dan selanjutnya responden mencantumkan tanda tangan sebagai bukti kesediaan responden menerima untuk menjadi subyek peneleitian.

2. Tanpa nama (*Anonimity*)

Responden tidak perlu mencantumkan nama pada lembar pengumpulan data, tetapi cukup mencantumkan tanda tangan pada

lembar persetujuan sebagai responden, untuk mengetahui keikutsertaan responden. Peneliti memberikan atau mencantumkan kode pada lembar observasi.

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Dalam penelitian ini peneliti merahasiakan informasi-informasi yang telah didapat dari responden termasuk identitas dan sebagai gantinya peneliti memakai nomor responden.

4. *Nonmaleficence*

Peneliti memberikan informasi bahwa dalam penelitian ini dapat tidak akan merugikan calon responden apalagi sampai terjadi alergi bagi calon responden maupun orang lain.

5. *Beneficence*

Peneliti melakukan yang terbaik dalam melakukan tindakan penelitian, tapi dalam hal ini peneliti pun menekan pada responden atau keluarga untuk menyampaikan pada peneliti apabila merasa tidak nyaman selama proses penelitian maka responden berhak mengajukan pengunduran diri.

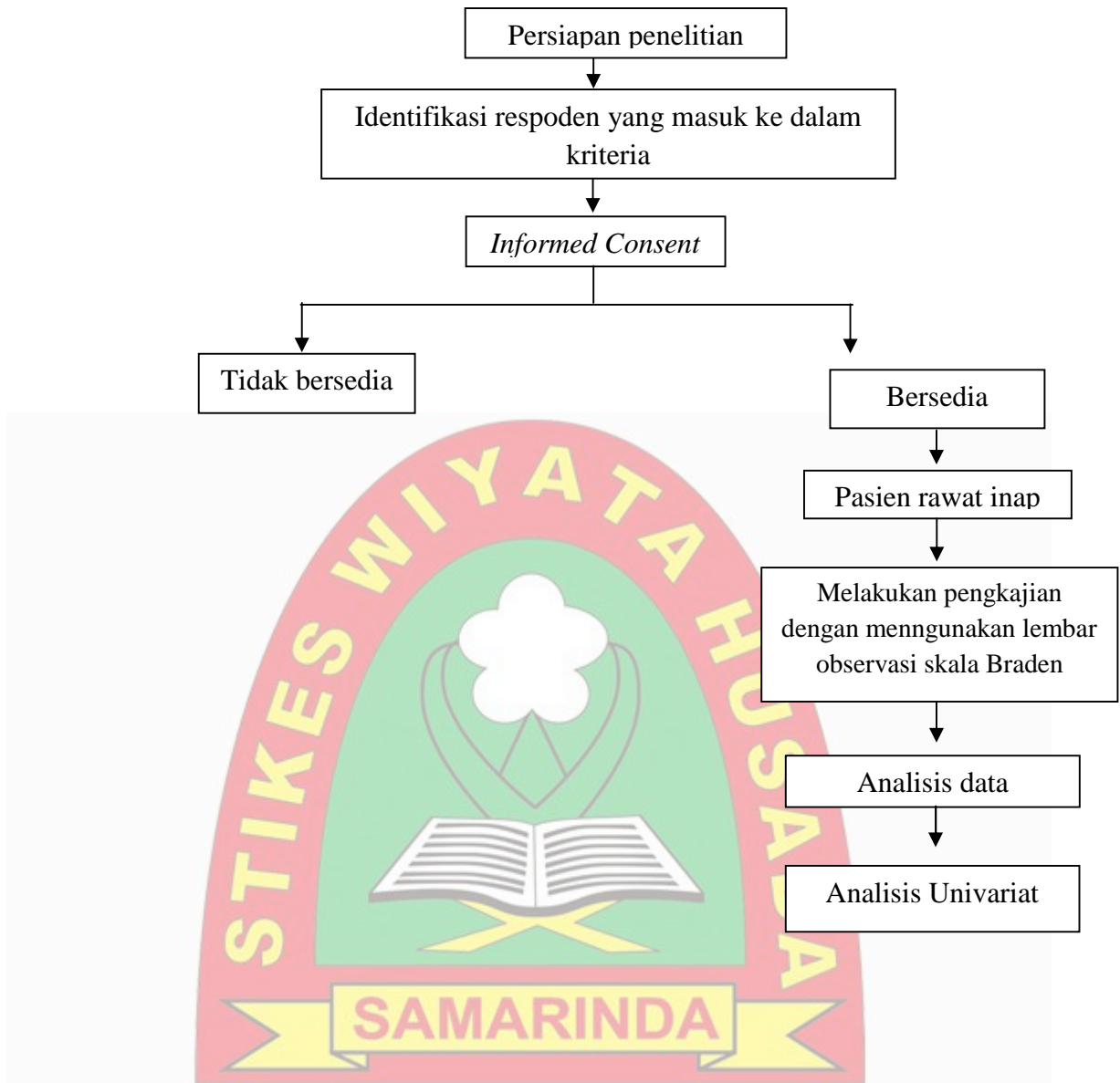
6. *Justice*

Peneliti memperlakukan responden secara adil, baik sebelum, selama, dan sesudah ketidakikutsertaannya dalam penelitian faktor-faktor terjadinya dekubitus terhadap pasien tirah baring tanpa adanya diskriminasi apabila ternyata mereka tidak bersedia atau dikeluarkan dari penelitian.

K. Alur Penelitian

Alur penelitian memberikan gambaran keseluruhan mengenai prosedur penelitian (Dahlan, 2014).

Skema 3.2 Alur Penelitian



BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil penelitian

1. Gambaran umum lokasi penelitian

a. Lokasi penelitian

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian yang berjudul “Gambaran Faktor yang mempengaruhi Dekubitus di Ruang Rawat Inap RSUD ABADI Samboja” yang dilakukan pada bulan Mei-Juni 2019 di RSUD ABADI Samboja yang terletak di jalan Balikpapan-Handil II Samboja Kabupaten Kutai Kartanegara Provinsi Kalimantan Timur.

RSUD ABADI Samboja terdapat fasilitas pelayanan berupa fasilitas fisik bangunan meliputi ruang pendaftaran, ruang rekam medik, ruang komite medic, ruang pertemuan (aula), instalasi farmasi, ruang kasir, instalasi rawat jalan (poli anak, poli spesialis penyakit dalam, poli gigi, poli bedah umum, poli mata, poli tht, poli kebidanan), ruang fisioterapi, instalasi kebidanan, instalasi laboratorium, ruang partus dan ruang observasi.

Visi RSUD ABADI Samboja yaitu menjadi rumah sakit pilihan dengan pelayanan kesehatan yang aman dan berkualitas. Misi RSUD ABADI samboja meliputi :

- 1) Memberikan pelayanan secara paripurna, bermutu dan terjangkau yang berorientasi pada kebutuhan dan keselamatan pelanggan.
- 2) Menyiapkan SDM professional dan sejahtera untuk menunjang pelayanan kesehatan melalui pendidikan dan pelatihan.
- 3) Akuntabel.
- 4) Meningkatkan kualitas dan kuantitas sarana dan prasarana secara berkesinambungan.

b. Univariat

Tabel 4.1

Distribusi Frekuensi Kejadian Dekubitus Di RSUD ABADI Samboja.

Kejadian Dekubitus	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak	20	66,7%
Ya	10	33,3%
Total	30	100%

Berdasarkan tabel 4.1 diatas bahwa tingkat kejadian dekubitus sebagian besar tidak terjadi dekubitus namun hampir setengahnya terjadi dekubitus.

Tabel 4.2

Distribusi frekuensi kejadian dekubitus di RSUD ABADI Samboja

Berdasarkan usia

Usia Responden	Kejadian Dekubitus		Total	%
	Tidak	Ya		
Remaja	1	0	1	100%
Dewasa	2	1	3	100%
Lansia	17	9	26	100%
Total	20	10	30	100%

Berdasarkan tabel 4.2 diatas diketahui bahwa pada remaja, dewasa dan lansia sebagian besar respondennya tidak mengalami dekubitus dan hampir setengahnya mengalami dekubitus.

Tabel 4.3

Distribusi frekuensi kejadian dekubitus di RSUD ABADI Samboja

berdasarkan jenis kelamin.

Jenis Kelamin	Kejadian Dekubitus		Total	%
	Tidak	Ya		
Laki-laki	13	3	16	100%
Perempuan	7	7	14	100%
Total	20	10	30	100%

Berdasarkan tabel 4,3 diatas diketahui bahwa responden laki-laki dan perempuan tidak mengalami dekubitus dan hampir setengahnya mengalami dekubitus.

Tabel 4.4

Distribusi frekuensi kejadian dekubitus di RSUD ABADI Samboja berdasarkan lama rawat.

Lama Rawat	Kejadian Dekubitus		Total		%
	Tidak	%	Ya	%	
1-5 hari	13	81,3%	3	18,8%	16 100%
>5 hari	7	50%	7	50%	14 100%
Total	20	66,7%	10	33,3%	30 100%

Berdasarkan tabel 4.4 diatas diketahui bahwa hari rawat 1-5 hari dan >5 hari tidak mengalami dekubitus dan hampir setengahnya mengalami dekubitus.

1) Skala Braden

Penilaian Skala Braden pada pasien tirah baring yang dirawat diruang rawat inap RSUD ABADI Samboja pada bulan Mei-Juni tahun 2019 dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.5

Skala Braden pada pasien tirah baring

Skala Braden	Jumlah	Persentase (%)
Rendah >15	14	46.7
Sedang 13-14	2	6.7
Tinggi <12	14	46.7
Jumlah	30	100.0

Sumber : Data primer, 2019

Berdasarkan tabel 4.5 diatas, diketahui bahwa pengkajian resiko dekubitus dengan menggunakan Skala Braden pada pasien di ruang rawat INAP RSUD ABADI Samboja sama besarnya antara resiko tinggi dan resiko rendah yaitu hampir separuhnya. Dimana Skala Braden merupakan indikator

penilaian yang digunakan dalam menentukan tinggi rendahnya resiko pasien terkena dekubitus.

2) Usia

Usia pasien tirah baring yang dirawat di ruang rawat inap RSUD ABADI Samboja yang menjadi responden pada bulan Mei-Juni tahun 2019 dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 4.6

Usia pasien yang menjadi responden

Usia (tahun)	Jumlah	Persentase (%)
Remaja (12-25)	1	3.3
Dewasa (26-45)	3	10.0
Lansia > 46	26	86.7
Jumlah	30	100.0

Sumber : Data Primer, 2019

Berdasarkan pada tabel 4.6 diatas, didapatkan usia pasien dengan tirah baring di ruang rawat inap RSUD ABADI Samboja, hamper seluruhnya terjadi di usia lansia, Pada penelitian ini usia responden tidak ditentukan, melainkan semua pasien yang mengalami tirah baring di ruang rawat inap RSUD ABADI Samboja .

3) Jenis Kelamin

Jenis kelamin pasien tirah baring yang dirawat di ruang rawat inap RSUD ABADI Samboja yang menjadi responden pada bulan Mei-Juni tahun 2019 dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 4.7 Jenis Kelamin pasien yang menjadi responden

Jenis Kelamin	Jumlah	Persentase (%)
Laki-laki	16	53.3
Perempuan	14	46.7
Jumlah	30	100.0

Sumber : Data Primer 2019

Berdasarkan tabel 4.7 diatas, diketahui jenis kelamin pasien tirah baring di ruang rawat inap RSUD ABADI Samboja lebih dari setengahnya adalah laki-laki.

4) Lama Rawat

Lama hari rawat pasien tirah baring yang dirawat di ruang rawat inap RSUD ABADI Samboja yang menjadi responden pada bulan Mei-Juni tahun 2019 dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 4.8

Lama Rawat pasien yang menjadi responden

Lama rawat	Jumlah	Persentase (%)
1-5 hari	16	53.3
>5 hari	14	46.7
Jumlah	30	100.0

Sumber Data Primer, 2019

Berdasarkan tabel 4.8 diatas, diketahui pasien yang dirawat di ruang rawat inap RSUD ABADI Samboja yang dirawat selama 1-5 hari lebih banyak hasilnya yaitu lebih dari setengahnya.

B. Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan pasien yang dirawat di ruang rawat inap RSUD ABADI Samboja pada bulan Mei-Juni, yang dikaji menggunakan skala Braden resiko tinggi dan resiko rendah nilainya sebanding dengan persentase 46,7% untuk resiko tinggi dan resiko rendah yaitu sebanyak 14 pasien.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Era Dorihi Kale yang mengatakan kejadian luka tekan dengan menggunakan skala Braden yaitu ada luka sebanyak 17 pasien dengan persentase 60,7%.

Skala Braden mempunyai validitas prediksi yang baik dengan nilai sensitifitas 88,2% dan spesifitas 72,7%. Hasil ini menunjukkan bahwa skala Braden efektif dalam memprediksi kejadian luka tekan. Oleh karena itu, skala

Braden disarankan untuk digunakan sebagai alat skrining terhadap risiko terjadinya luka tekan terutama pada pasien yang mengalami perawatan yang lama.

Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Widodo (2007), yang menyatakan bahwa, pengkajian resiko dekubitus pasien yang beresiko tinggi 35%, resiko sedang 40,8% dan resiko rendah 15%.

Skala Braden banyak terbukti efektif dalam memprediksi kejadian luka dekubitus. Berdasarkan beberapa hasil penelitian tentang validitas instrument pengkajian resiko dekubitus antara lain skala Braden diruang ICU mempunyai sensitivitas 83% dan spesifitas 90% dan di nursing home mempunyai sensitivitas 46% dan spesifitas 88%, sedangkan di unit orthopaedic mempunyai sensitivitas 64% dan spesifitas 87%, dan di unit Cardiorasic mempunyai sensitivitas 73% dan spesifitas 91% (Bell J, 2005).

Hasil penelitian diketahui bahwa pasien tirah baring yang menjalani rawat inap di RSUD ABADI Samboja pada bulan Mei-Juni tahun 2019, berdasarkan usia didapatkan paling banyak pasien berusia > 46 tahun dengan yaitu sebanyak 26 pasien dengan persentase 86.7%.

Penelitian ini sejalan penelitian yang dilakukan di RSUP dr.H. Soemarno Sosroatmodjo Kuala Kapuas oleh Adi Irawan (2011) mendapatkan usia yang terbanyak mengalami dekubitus adalah usia 51-60 tahun sebanyak 69.2%.

Pada usia ini terjadi penurunan toleransi terhadap tekanan, pergerakan dan gaya gesek. Hal ini disebabkan oleh perubahan-perubahan pada kulit, seperti penurunan elastisitas dan vaskularisasi serta kehilangan massa otot.

Berdasarkan teori didapatkan bahwa usia lansia beresiko tinggi untuk terjadi deubitus padahal tidak menutup kemungkinan remaja juga bisa tmengalami dekbitus dilihat lagi dari faktor resiko pasien tersebut.

Penelitian Hal ini menunjukkan bahawa usia dewasa akhir hingga lansia merupakan usia yang beresiko untuk mengalami ulkus dekubitus yang berkaitan dengan perubahan kulit akibat bertambahnya usia serta menurunnya berbagai fungsi sistem tubuh.

Berdasarkan jenis kelamin laki-laki lebih banyak daripada perempuan yaitu 16 pasien laki-laki dan 14 pasien perempuan, dengan persentase laki-laki sebanyak 53.3% dan perempuan sebanyak 46.7%. Serupa dengan hasil yang didapatkan dari penelitian Wasisto Utomo (2012) yang mendapatkan sebanyak 76.7% pasien ulkus dekubitus berjenis kelamin laki-laki.

Berbeda dengan penelitian serupa yang menyatakan bahwa perempuan lebih banyak mengalami dekubitus yaitu penelitian yang dilakukan oleh Sunandar Said (2013) di RS Labuang Basi Makassar, yaitu sebanyak 58% pasien yang mengalami dekubitus adalah perempuan.

Jenis kelamin bukan termasuk faktor resiko ulkus dekubitus namun ada beberapa faktor hormonal penting yang mungkin berperan dalam menerangkan adanya perbedaan antara laki-laki dan perempuan.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pasien yang dirawat 1-5 hari lebih banyak daripada pasien yang dirawat > 5 hari yaitu dengan jumlah pasien sebanyak 16 orang pasien dengan persentase 53,3%.

Berbeda dengan penelitian Tita Rosita yang menyatakan berdasarkan lama hari rawat dapat diketahui bahwa di dominasi pada lama hari rawat 10-20 hari dengan persentasi 41,4%.

Lama pasien dirawat dapat mempengaruhi kejadian dekubitus. Tanda-tanda luka terjadi akibat posisi pasien yang imobilisasi dalam jangka waktu lebih dari 6 jam pada hari pertama perawatan. Hal ini tergantung dari kondisi penyakit dan intervensi pencegahan dekubitus yang diberikan selama pasien dirawat.

C. Keterbatasan Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini masih terdapat banyak kelemahan dan berbagai kekurangan, peneliti berusaha dan berupaya semaksimal mungkin untuk membuat penelitian ini menjadi sempurna. Peneliti menyadari bahwa masih banyak keterbatasan didalam penelitian ini, keterbatasan dalam penelitian ini adalah penelitian ini menggunakan studi deskriptif dimana pada penelitian ini peneliti hanya menggambarkan faktor yang mempengaruhi kejadian dekubitus pada pasien di RSUD ABADI Samboja.

Alangkah baiknya apabila penelitian ini dapat dilakukan secara korelatif antara hubungan dengan kejadian dekubitus.



BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan pengkajian penilaian skala Braden pada pasien yang dirawat di ruang rawat inap RSUD ABADI Samboja yaitu pasien dengan resiko rendah sebanding dengan pasien yang beresiko tinggi dengan jumlah pasien 14 pasien dengan persentase 46,7%.

Hasil penelitian berdasarkan usia didapatkan pasien dengan tirah baring paling banyak berusia lansia > 46 tahun yaitu sebanyak 26 pasien dengan persentase 86.7%. Pada hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pasien tersebut berada pada kelompok usia lanjut, dan telah mengalami penurunan elastisitas kulit sehingga renta sekali mengalami gangguan integritas kulit, meskipun demikian tingkat kesadaran pasien juga berpengaruh terhadap kejadian perubahan integritas kulit.

Berdasarkan jenis kelamin pasien laki-laki lebih banyak daripada perempuan, dengan jumlah 16 pasien dengan persentase 53,3%. Ada penelitian serupa yang menyatakan jika laki-laki lebih banyak, tapi ada juga penelitian dengan pendapat yang berbeda yaitu perempuan lebih banyak mengalami tirah baring. Jenis kelamin bukan termasuk faktor resiko ulkus dekubitus, namun ada beberapa faktor hormonal penting yang mungkin berperan dalam menerangkan adanya perbedaan antar laki-laki dan perempuan.

Berdasarkan lama hari rawat, diperoleh bahwa pasien yang dirawat 1-5 hari lebih banyak yaitu 16 Pasien dengan persentase 53,3%, dibandingkan dengan pasien yang dirawat > 5 hari, bahwa pasien tersebut adalah pasien baru sehingga proses pemantauan dan pengkajian resiko dekubitus masih sering dilakukan.

B. Saran

1. Hasil penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi perawat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan di rumah sakit terutama yang erat kaitannya dengan pencegahan kejadian dekubitus.

2. Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kemampuan perawat untuk memahami gambaran faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian dekubitus di ruang rawat inap RSUD ABADI Samboja.
3. Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai sumber data yang baru bagi peneliti selanjutnya yang ingin melakukan penelitian terkait pencegahan dekubitus, untuk penelitian selanjutnya diharapkan dapat mengembangkan penelitian dengan menggunakan alat ukur lain untuk melihat faktor penyebab terjadinya dekubitus.



DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto. (2010). *Prosedur Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Alligood, M. R (2017). *Pakar Teori Keperawatan Edisi Indonesia. Karya Medika*.
- Citra, D. (2010). *Efektifitas Alih Baring Tiap 2 Jam Terhadap Pencegahan Ulkus Dekubitus Pada Pasien Pasca Stroke Dengan Tirah Baring Lama Di Bangsal Saraf RSUD Arifin Achmad Pekanbaru. Jurnal Kesehatan, Jilid 4, No 2, 133-140.*
- Data RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja. (2019) *Kejadian HAIs. Kabupaten Kutai Kartanegara*.
- Dahlan, S. (2016) *Langkah-Langkah Membuat Proposal Penelitian Bidang Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Sagung Seto.
- Dahlan, S. (2017) *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Epidemiologi Indonesia.
- Damanik, H. (2015). *Hubungan Mobilisasi Dengan Pencegahan Dekubitus Pada Pasien Koma di Rumah Sakit Umum Daerah Deli Serdang Lubuk Pakam Tahun 2015. Jurnal Ilmiah Keperawatan IMELDA, Vol 2, No 1.*
- Djuwartini. (2017). *Pengaruh Mobilisasi Tiap 2 Jam Terhadap Kejadian Dekubitus Pada Pasien Stroke di Ruang ICU dan Murai RSU Anutapura Riau. Jurnal NERS Widya Nusantara Palu, Vol 2 No 2.*
- Hasanah, M. *Gambaran Perubahan Posisi Berbaring Terhadap Kejadian Dekubitus Pada Pasien Imobilitas di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. Pringadi Medan. [Skripsi]. Medan: Universitas Sumatera Utara. 2018.*
- Kozier. (2010) *Fundamental of Nursing; Concept Theory And Practices*. Philadelphia: Addison Wesley.
- Kale, D. (2014). *Penggunaan Skala Braden Terbukti Efektif Dalam Memprediksi Kejadian Luka Tekan. Jurnal Keperawatan Indonesia, vol 17, 95-100.*
- LeMone, P dkk. (2015) *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Mutia, L dkk (2013). *Profil Penderita Ulkus Dekubitus Yang Menjalani Tirah Baring di Ruang Rawat Inap RSUD ArifinAchmad Profinsi Riau Periode Januari 2011-Desember 2013. JOM FK, vol 2, no 2.*

- Notoatmodjo, S. (2012) *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.S.
- Nursalam. (2016). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2017). Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis. In *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis* (pp. 30_195).
- Novitasari, E. *Pengaruh Pemberian Posisi Alih Baring Terhadap Kejadian Dekubitus Pada Pasien Stroke* [Skripsi]. Jombang: STIKES Insan Cendikia Medika. 2018.
- Potter, Perry. (2011). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika.
- Rosita, T. (2014). *Mobilisasi dan Timbulnya Luka Tekan Pada Pasien Tirah Baring*. FIK UI
- Republik Indonesia. (2017). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 27 tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan*. Jakarta.
- Sugiyono. (2014). Teknik Pengumpulan Data. In *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D* (p. 137). <http://doi.org/10.3354/dao02420>
- Salim, Agus. (2018). *Profil Dekubitus Pada Penderita Tirah Baring Yang di Rawat di RSUD Anutapura Tahun 2018* [skripsi]. Palu: Fakultas Kedokteran.
- Widodo, A. (2007). *Uji Kepekaan Instrumen Pengkajian Resiko Dekubitus Dalam Mendeteksi Dini Kejadian Dekubitus di RSIS*. *Jurnal Penelitian Sains & Teknologi*, Vol 8, 39-54.
- Widiyanti, Nur. (2017). *Resiko kerusakan Integritas Kulit Pada Klien Stroke di Ruang Azaara 1 di Rumah Sakit Islam Jemursari Surabaya*. *Jurnal Keperawatan*, Vol x No 3.



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES)

Wiyata Husada Samarinda

BIODATA PENELITI

A. Biodata Pribadi

1. Nama : Nelly Fatmawati
2. Jenis Kelamin : Perempuan
3. Tempat & Tanggal lahir : Samarinda, 14 Januari 1986
4. Agama : Islam
5. Alamat : Jl Balikpapan-Handil, Kelurahan Sei-Seluang,
Kecamatan Samboja, Kabupaten Kutai Kartanegara
6. HP : 0813-4865-6091
7. NIM : B21741219401
8. Program Studi : S1 Keperawatan
9. Judul Skripsi : Gambaran Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian
Dekubitus Pada Pasien di Ruang Rawat Inap
RSUD ABADI Samboja
10. Dosen Pembimbing : 1. Ns. Aries Abiyoga, S. Kep., M. Kep.
2. Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S. Kep., M. Kep



B. Riwayat pendidikan

1. SD : SD Negeri 012 Samboja
2. SMP : SMP Negeri 1 Samboja
3. SMA : SMU Negeri 1 Samboja
4. DIII : Akademi Keperawatan Muhammadiyah Samarinda



LAMPIRAN

Lampiran 1

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Kepada Yth.

Calon Responden

Di_

Tempat

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Peneliti : Nelly Fatmawati

NIM : B21741219401

Judul Penelitian : Gambaran Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Dekubitus Pada Pasien Tirah Baring di Ruang Rawat Inap RSUD ABADI Samarinda.

Saya adalah mahasiswi Stikes Wiyata Husada Samarinda yang sedang melakukan penelitian yang bertujuan untuk mengetahui pengaruh penatalaksanaan decubitus pada pasien tirah baring lama.

Berikut ini peneliti akan menjelaskan jalannya proses penelitian, jika Bapak/Ibu/Saudara/I bersedia untuk ikut serta dalam penelitian ini. Pertama-tama peneliti akan meminta calon yang terpilih agar bersedia menjadi calon responden setelah mengadakan pendekatan dan memberikan penjelasan tentang tujuan, manfaat dan prosedur penelitian serta hak dan kewajiban selama menjadi responden. Responden yang bersedia selanjutnya diminta menandatangani lembar informed

consent. Memberikan kesempatan kepada responden untuk bertanya bila ada yang belum jelas.

Penelitian ini tidak akan menimbulkan resiko apapun dan peneliti berjanji akan menjunjung tinggi serta menghargai hak Bapak/Ibu/Saudara/I dengan cara menjaga kerahasiaan identitas selama pengumpulan data, pengolahan dan penyajian laporan penelitian.

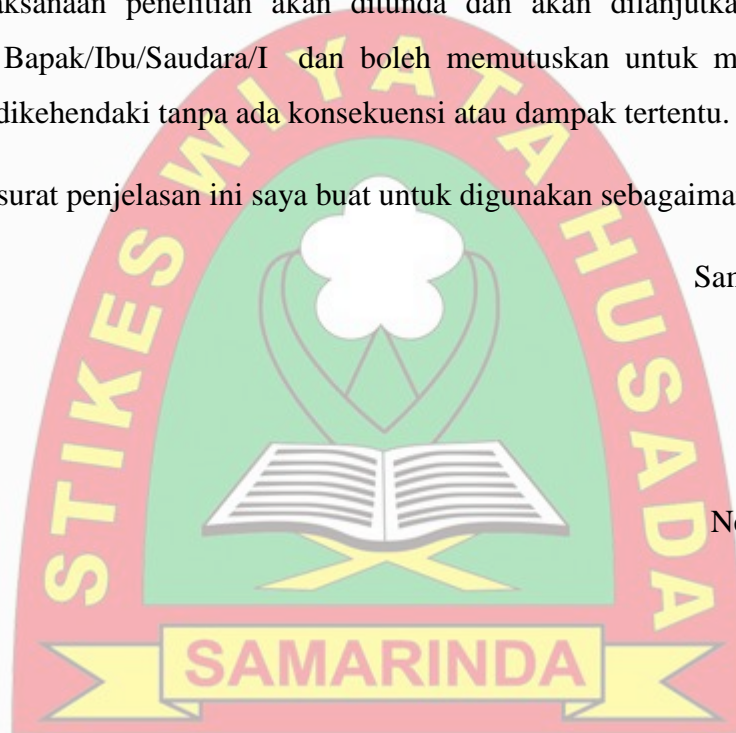
Apabila Bapak/Ibu/Saudara/I ketika merasa kesulitan, mohon memberitahu peneliti, maka pelaksanaan penelitian akan ditunda dan akan dilanjutkan sesuai dengan keinginan Bapak/Ibu/Saudara/I dan boleh memutuskan untuk menolak penelitian kapanpun dikehendaki tanpa ada konsekuensi atau dampak tertentu.




Demikian surat penjelasan ini saya buat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Samarinda, Juli 2019

Peneliti

Nelly Fatmawati



	SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA SAMARINDA	
IZIN DIKTI NO: 129/D/O/2008 TERAKREDITASI BAN-PT NO: 640/SK/BAN-PT/Akred/PT/VI/2015 PERINGKAT B		
Jl. Kadrie Oening No. 77 Samarinda Kalimantan Timur Telp/Fax. (0541) 7272431 www.stikeswhs.ac.id info@stikeswhs.ac.id		
Nomor	: 360 /STIKES-WHS/LT/2019	01 Maret 2019
Lampiran	: -	
Perihal	: <u>Permohonan Ijin Studi Pendahuluan dan Pengambilan Data</u>	
 Kepada Yth. Direktur RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja Cq. Diklit RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja di - Tempat		
 Dengan hormat, Teriring salam dan doa semoga Allah SWT selalu memberikan Rahmat dan Hidayah-Nya kepada kita semua.		
 Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir mahasiswa berupa penyusunan karya tulis ilmiah/skripsi, maka kami mohon kepada Bapak/ibu agar dapat memberikan ijin kepada mahasiswa kami untuk melakukan studi pendahuluan dan pengambilan data di rumah sakit yang Bapak/Ibu pimpin.		
 Adapun mahasiswa yang melakukan kegiatan tersebut adalah :		
Nama	: NELLY FATMAWATI	
NIM	: B21741219401	
Semester	: III	
Program Studi	: Ilmu Keperawatan	
Judul	: Pengaruh Penatalaksanaan Dekubitus pada Pemeriksaan Tirah Baring Lama di Ruang Rawat Inap RSUD ABADI Samboja	
 Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kesediannya kami mengucapkan terima kasih.		
 Wakil Ketua I, Ns. Sumiati Sinaga.,M.Kep NIK 113072.82.09.006		

Lampiran 3



PEMERINTAH KABUPATEN KUTAI KARTANEGARA
RSUD AJI BATARA AGUNG DEWA SAKTI

Jl. Balikpapan-Handil II, Samboja ☎(0542) 7215367-7215368, Fax (0542) 7215337
Kode Pos 75271, website : www.rsudajibatara.id



Nomor	: 445/1385/000.800/IV/2019	Kepada Yth,
Lampiran	: -	Wakil Ketua I
Perihal	: Jawaban Permohonan Ijin Studi Pendahuluan dan Pengambilan Data	STIKES Wiyata Husada Di Samarinda

Dengan hormat,

Sehubungan dengan surat permohonan nomor : 366/STIKES-WHS/LT/2019 tanggal 01 Maret 2019, tentang Permohonan Ijin Studi Pendahuluan dan Pengambilan Data di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja dalam rangka penyelesaian tugas akhir, menanggapi surat tersebut, kami pihak RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja tidak keberatan dan bersedia menjadi tempat pelaksanaan kegiatan tersebut, atas mahasiswa yang tersebut dibawah ini :

Nama	: Nelly Fatmawati
NIM	: B21741219401
Program Studi	: Ilmu Keperawatan

Adapun biaya kontribusi sebesar Rp. 200.000,- /mahasiswa Sarjana (S1)

Demikian surat ini kami sampaikan agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.


Samboja, 9 April 2019


Direktur



drg. Musafirah Aji Ali, MARS
NIP. 19700504 200012 2 002

Lampiran 4

 **SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
WIYATA HUSADA SAMARINDA**
IZIN DIKTI NO: 129/D/O/2008
TERAKREDITASI BAN-PT NO: 640/SK/BAN-PT/Akred/PT/V/2015
PERINGKAT B
Jl. Kadrie Oening No. 77 Samarinda Kalimantan Timur Telp/Fax. (0541) 7272431
www.stikeswhs.ac.id | info@stikeswhs.ac.id



Nomor : *PS* /STIKES-WHS/LT/2019 14 Mei 2019
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Kepada Yth.
Direktur RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja
Cq. *Diklit* RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja
di -
Tempat

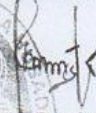

Dengan hormat,
Teriring salam dan doa semoga Allah SWT selalu memberikan Rahmat dan Hidayah-Nya kepada kita semua.

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir mahasiswa berupa penyusunan karya tulis ilmiah/skripsi, maka kami mohon kepada Bapak/ibu agar dapat memberikan ijin kepada mahasiswa kami untuk melakukan penelitian di sekolah yang Bapak/Ibu pimpin.

Adapun mahasiswa yang melakukan kegiatan tersebut adalah :

Nama : NELLY FATMAWATI
NIM : B21741219401
Semester : III
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul : Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Dekubitus Pada Pasien Tirah Baring di Ruang Rawat Inap RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami mengucapkan terima kasih.

Wakil Ketua I,


Nelly Sumiati Sinaga., M.Kep
NIK 118072.82.09.006



PEMERINTAH KABUPATEN KUTAI KARTANEGARA
RSUD AJI BATARA AGUNG DEWA SAKTI

Jl. Balikpapan-Handil II, Samboja ☎(0542) 7215367-7215368, Fax (0542) 7215337
Kode Pos 75271, website : www.rsudajibatara.id



Nomor : 445/1948/000.800/V/2019
Lampiran : -
Perihal : Jawaban Permohonan Ijin
Penelitian

Kepada Yth,
Wakil Ketua I
STIKES Wiyata Husada
Di
Samarinda

Dengan hormat,

Sehubungan dengan surat permohonan nomor : 905/STIKES-WHS/LT/2019 tanggal 14 Mei 2019, tentang Permohonan Ijin Penelitian di RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja dalam rangka penyelesaian tugas akhir, menanggapi surat tersebut, kami pihak RSUD Aji Batara Agung Dewa Sakti Samboja tidak keberatan dan bersedia menjadi tempat pelaksanaan kegiatan tersebut, atas mahasiswa yang tersebut dibawah ini :

Nama : Nelly Fatmawati
NIM : B21741219401
Program Studi : Ilmu Keperawatan

Adapun biaya kontribusi sebesar Rp. 200.000,- /mahasiswa Sarjana (S1)

Demikian surat ini kami sampaikan agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Samboja, 20 Mei 2019
Direktur

drg. Musafirah Akil Ali, MARS
NIP. 19700504 200012 2 002

Lampiran 6

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth.

Calon Responden

Di_

Tempat

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Peneliti : Nelly Fatmawati

NIM : B21741219401

Judul Penelitian : Gambaran faktor yang mempengaruhi kejadian dekubitus
Pada pasien tirah baring di Ruang Rawat Inap RSUD
ABADI Samboja.

Bersama ini menyampaikan bahwa dalam rangka menyelesaikan tugas akhir Program Studi S1 Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda, akan dilakukan penelitian yang berjudul “ Gambaran Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Dekubitus Pada Pasien di Ruang Rawat Inap RSUD ABADI Samboja”.

Saya mengharapkan partisipasi dari responden untuk bersedia menjadi responden dalam penelitian. Informasi yang diberikan tidak akan mengakibatkan kerugian apapun dan akan dijamin kerahasiannya.

Apabila responden bersedia, dimohon untuk menandatangani lembar persetujuan responden dan mengisi lembar pernyataan terlampir dalam lembar ini. Atas perhatiannya saya ucapkan terima kasih.

Samarinda, Juli 2019

Peneliti

Nelly Fatmawati

Lampiran 7

SURAT PERNYATAAN BERSEDIA

BERPARTISIPASI SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

No. Telp :

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti, dengan ini saya menyatakan bersedia berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian yang berjudul “Gambaran Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Dekubitus Pada Pasien Tirah Baring di Ruang Rawat Inap RSUD ABADI Samboja”.

Keikutsertaan saya ini sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari pihak manapun. Demikian surat pernyataan ini saya buat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Samarinda, Juli 2019

Yang membuat pernyataan

Nama & Tanda tangan

Lampiran 8

DATA PASIEN

A. IDENTITAS RESPONDEN

1. UMUR : (Tahun)

2. JENIS KELAMIN :

LAKI-LAKI

PEREMPUAN

3. PEKERJAAN :

PNS

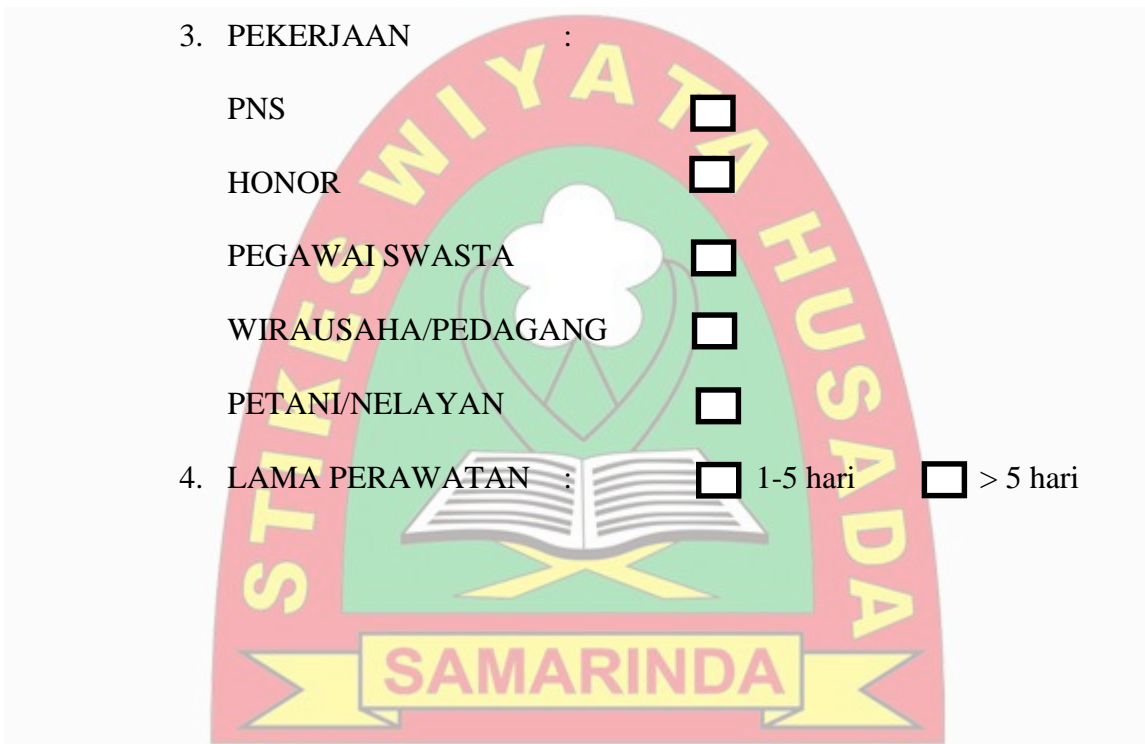
HONOR

PEGAWAI SWASTA

WIRAUSAHA/PEDAGANG

PETANI/NELAYAN

4. LAMA PERAWATAN : 1-5 hari > 5 hari



Lampiran 9

DATA STATISTIK UNIVARIAT

		umur			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Remaja (12-25)	1	3.3	3.3	3.3
	Dewasa (26-45)	3	10.0	10.0	13.3
	Lansia > 46	26	86.7	86.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

		SB			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	rendah >15	14	46.7	46.7	46.7
	sedang 13-14	2	6.7	6.7	53.3
	Tinggi < 12	14	46.7	46.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

		Indeks Bartel			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ringan (91-99)	2	6.7	6.7	6.7
	sedang (61-90)	4	13.3	13.3	20.0
	berat (21-60)	6	20.0	20.0	40.0
	total (0-20)	18	60.0	60.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

		Jenis Kelamin			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	16	53.3	53.3	53.3
	perempuan	14	46.7	46.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Lama Rawat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-5 hari	16	53.3	53.3	53.3
	> 5 hari	14	46.7	46.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

CROSSTABS

usia * Kejadian_decubitus Crosstabulation

		Kejadian_decubitus		Total	
		Tidak	Ya		
umur	Remaja	Count	1	0	1
		% within umur	100.0%	0.0%	100.0%
	Dewasa	Count	2	1	3
		% within umur	66.7%	33.3%	100.0%
	Lansia	Count	17	9	26
		% within umur	65.4%	34.6%	100.0%
Total		Count	20	10	30
		% within umur	66.7%	33.3%	100.0%

Jenis Kelamin * Kejadian_decubitus Crosstabulation

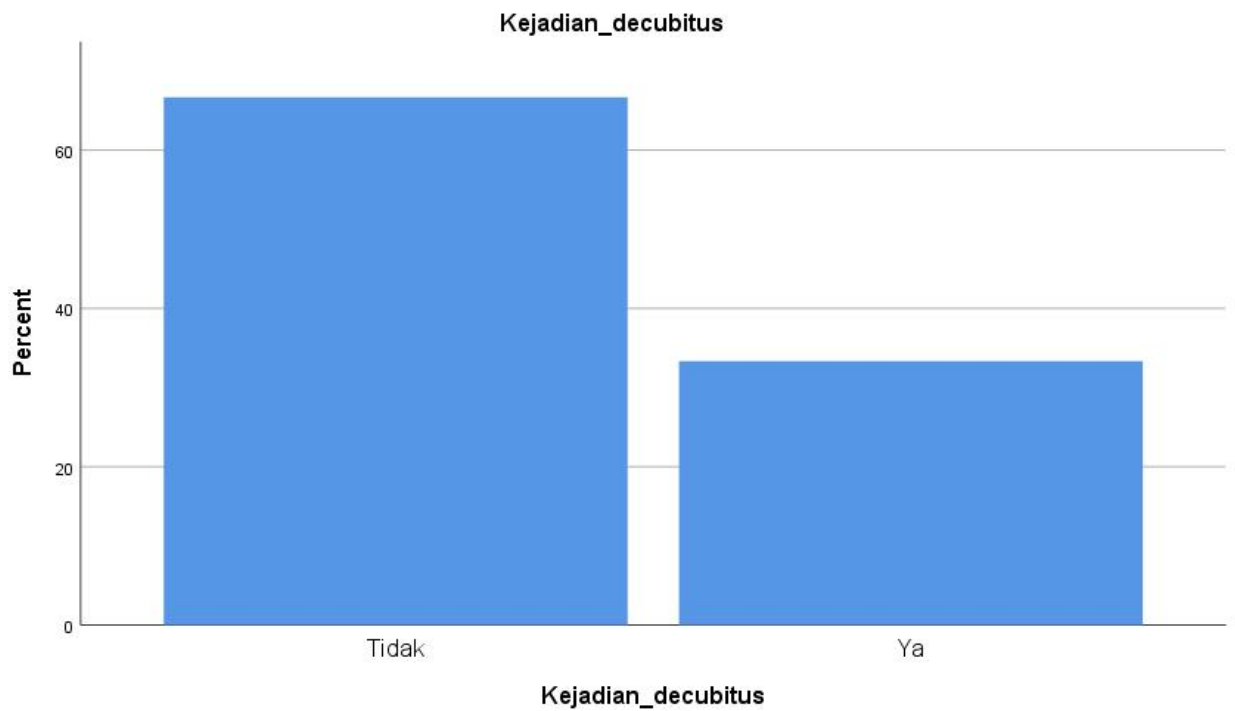
		Kejadian_decubitus		Total	
		Tidak	Ya		
Jenis Kelamin	laki-laki	Count	13	3	16
		% within Jenis Kelamin	81.3%	18.8%	100.0%
	perempuan	Count	7	7	14
		% within Jenis Kelamin	50.0%	50.0%	100.0%
Total		Count	20	10	30
		% within Jenis Kelamin	66.7%	33.3%	100.0%

Lama Rawat * Kejadian_decubitus Crosstabulation

		Kejadian_decubitus		Total	
		Tidak	Ya		
Lama Rawat	1-5 hari	Count	13	3	16
		% within Lama Rawat	81.3%	18.8%	100.0%
	> 5 hari	Count	7	7	14
		% within Lama Rawat	50.0%	50.0%	100.0%
Total	Count	20	10	30	
	% within Lama Rawat	66.7%	33.3%	100.0%	

Kejadian_decubitus

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	20	66.7	66.7	66.7
	Ya	10	33.3	33.3	100.0
Total		30	100.0	100.0	



Tanggapan pancaindera Ability untuk merespon bermakna terhadap tekanan terkait ketidaknyamanan	. 1 <u>Sepenuhnya Terbatas:</u> (Tidak responsif tidak mengerang, gentar, atau pegang) terhadap rangsangan yang menyakitkan, karena diminsed tingkat kesadaran atau sedasi, ATAU Terbatas kemampuan untuk merasa sakit atas sebagian dari tubuh permukaan.	. 2 <u>Sangat Terbatas:</u> Hanya menanggapi rangsangan yang menyakitkan Tidak dapat berkomunikasi ketidaknyamanan Kecuali oleh mengerang atau gelisah, ATAU Memiliki gangguan sensorik, yang membatasi kemampuan untuk merasakan nyeri atau ketidaknyamanan lebih dari 1 / 2 tubuh.	. 3 <u>Sedikit Terbatas:</u> Merespon perintah verbal tetapi tidak bisa selalu berkomunikasi ketidaknyamanan atau perlu berubah, ATAU Memiliki beberapa gangguan sensorik, yang membatasi kemampuan untuk merasakan nyeri atau ketidaknyamanan dalam 1 atau 2 ekstremitas.	4. <u>Penurunan Tidak ada</u> Reponds untuk lisan perintah. Tidak memiliki defisit sensorik yang akan membatasi kemampuan untuk merasa atau suara sakit atau ketidaknyamanan					
Embun Gelar yang kulit terkena kelembaban	. 1 <u>Terus-menerus lembab:</u> Keringat, urin, dll menjaga kulit lembab hampir terus-menerus. Kelembaban terdeteksi setiap pasien waktu bergerak atau berbalik.	. 2 <u>lembab:</u> Kulit sering tapi tidak selalu lembab. Linen harus diganti setidaknya sekali bergeser.	. 3 <u>Kadang-kadang lembab:</u> Kadang-kadang kulit lembab, membutuhkan perubahan tambahan linen sekitar sekali sehari.	. 4 <u>Jarang lembab:</u> Kulit biasanya kering; linen membutuhkan perubahan hanya pada interval rutin.					
Aktivitas Gelar fisik kegiatan	1. <u>Bedfast</u> Terbatas tidur.	. 2 <u>Chairfast:</u> Kemampuan untuk berjalan sangat terbatas atau tidak ada. Tidak bisa menanggung beratnya sendiri dan / atau harus dibantu kursi atau kursi roda.	. 3 <u>Walks Kadang-kadang:</u> Kadang-kadang berjalan di siang hari tetapi untuk jarak sangat pendek, dengan atau tanpa bantuan. Menghabiskan mayoritas atau setiap pergeseran di tempat tidur atau kursi.	. 4 <u>Walks Sering:</u> Berjalan di luar ruangan setidaknya dua kali sehari dan setidaknya di dalam ruangan sekali setiap 2 jam selama jam terjaga.					
Mobilitas Kemampuan untuk berubah dan kontrol posisi tubuh	. 1 <u>Sepenuhnya Immobile:</u> Apakah tidak membuat bahkan sedikit perubahan dalam tubuh atau ekstremitas posisi tanpa bantuan.	. 2 <u>Sangat Terbatas:</u> Membuat perubahan-perubahan kecil sesekali posisi tubuh atau ekstremitas tetapi tidak mampu membuat perubahan sering atau signifikan secara independen.	. 3 <u>Sedikit Terbatas:</u> Membuat perubahan-perubahan kecil meskipun sering dalam posisi tubuh atau ekstremitas independen.	4 <u>Tidak ada Batasan:</u> Membuat utama dan sering perubahan dalam posisi tanpa bantuan.					
Nutrisi Makanan yang biasa asupan pola	. 1 <u>Sangat Miskin:</u> Jangan makan makanan yang lengkap. Jarang makan lebih dari 1 / 3 dari makanan yang ditawarkan. Makan 2 porsi atau kurang protein (daging atau susu produk) per hari. Membawa cairan buruk. Tidak mengambil suplemen diet cair, ATAU Apakah NPO dan / atau dipertahankan pada cairan yang jelas atau IV selama lebih dari 5 hari.	. 2 <u>Mungkin tidak memadai:</u> Jarang makan makanan yang lengkap dan umumnya hanya makan sekitar 1 / 2 dari setiap makanan yang ditawarkan. Asupan protein hanya mencakup 3 porsi produk daging atau susu per hari. Kadang-kadang akan mengambil suplemen diet, ATAU Menerima kurang dari jumlah yang optimal cair diet atau makan tabung.	3 <u>memadai:</u> Makan lebih dari setengah dari sebagian besar makanan. Makan yang total 4 porsi protein (daging, produk susu) setiap hari. Kadang-kadang akan menolak makan, tetapi akan biasanya mengambil suplemen jika ditawarkan, ATAU Apakah pada selang atau rejimen TPN, yang mungkin sebagian besar memenuhi kebutuhan nutrisi.	. 4 <u>Bagus:</u> Makan sebagian dari setiap makan. Jangan pernah menolak sebuah makan. Biasanya makan suatu total 4 atau lebih porsi daging dan produk susu. Kadang-kadang makan di antara waktu makan. Apakah tidak memerlukan suplementasi.					
Gesekan dan geser	. 1 <u>Masalah:</u> Membutuhkan moderat untuk bantuan maksimum dalam bergerak. Lengkapi mengangkat tanpa tergelincir terhadap lembar adalah mustahil. Sering slide di tempat tidur atau kursi, membutuhkan sering reposisi dengan maksimal bantuan. Spastisitas, kontraktur, atau agitasi menyebabkan gesekan hampir konstan.	. 2 <u>Potensi Masalah:</u> Bergerak lemah atau membutuhkan minimal bantuan. Selama kulit bergerak mungkin slide sampai batas tertentu terhadap lembar, kursi, pembatasan, atau perangkat lainnya. Mempertahankan posisi yang relatif baik di kursi atau tempat tidur sebagian besar waktu tapi kadang-kadang slide ke bawah.	. 3 <u>Tidak ada Masalah yang tampak:</u> Bergerak di tempat tidur dan di kursi independen dan memiliki kekuatan otot yang cukup untuk mengangkat sepenuhnya saat beraktivitas. Menjaga baik posisi di tempat tidur atau kursi di setiap saat.						
				TOTAL SKOR (Addressograph)					

Lakukan Skala Braden pada masuk, kuartalan, setelah perubahan besar, setelah kembali dari Rumah Sakit
Ketika Braden Skala Skor 16 atau kurang, mengimplementasikan Protokol Tekanan Pencegahan Maag

1) Lingkaran jenis perangkat tekanan reduksi digunakan:

Negara udara, Bolak Tekanan, Rugi Rendah Kasur Udara, Lain _____ Tanggal: _____ Inisial: _____

2) Nutrisi Konsultasikan memerintahkan: Tanggal: _____ Inisial: _____ Tanggal: _____ Inisial: _____

3) (15-16 = rendah risiko, 13-14 = risiko sedang, 12 atau kurang = resiko tinggi)

