

Hubungan tingkat pengetahuan keluarga klien tentang pencegahan dekubitus terhadap kejadian dekubitus pada pasien bedrest total di RS Dr. Soekardjo Tasikmalaya Kota Tasikmalaya”.

Wawan Rismawan, S.Kep., Ns., M.Sc.

Abstrak

Hasil penelitian menunjukkan insidens decubitus di Indonesia sebesar 33.3%, angka ini sangat tinggi bila dibandingkan dengan insidens decubitus di ASEAN yang hanya berkisar 2.1-31.3%. Jenis penelitian yang sedang digunakan dalam penelitian ini adalah Analitik Asosiatif dengan desain penelitian *crosssectional*. Maka dari itu penelitian ini mengambil populasi pada pasien bedrest total di RS Dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya pada penyakit typhoid, stroke, trauma abdomen, trauma tulang belakang, post operasi laparotomy dan post operasi craniotomy dengan lama bedrest total selama lebih dari 3 hari. Penelitian ini menggunakan teknik non probability sampling (*purposive*) yang berarti yaitu teknik penentuan sample dengan pertimbangan tertentu. Teknik pengumpulan data dengan wawancara dan observasi. Instrumen yang akan kita teliti menggunakan pedoman wawancara dan pedoman observasi. Maka penelitian ini akan menggunakan pengujian instrumen dengan uji validitas menggunakan pedoman wawancara dan pedoman observasi. Penelitian ini akan menggunakan analisis univariate dan bivariate. Hasil penelitian ditemukan bahwa kebanyakan keluarga klien tidak mengerti pencegahan decubitus 87% dan kejadian decubitus 87,1% dan terdapat hubungan antara pengetahuan keluarga klien terhadap kejadian decubitus.

PENDAHULUAN

Insidensi dan prevalensi terjadinya dekubitus di Amerika tergolong masih cukup tinggi dan perlu mendapatkan perhatian dari kalangan tenaga kesehatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa insidensi terjadinya dekubitus bervariasi, tapi secara umum dilaporkan bahwa 5-11% terjadi ditatanan perawatan acute care, 15-25% ditatanan perawat jangka panjang atau longterm care, dan 7-12% ditatanan perawatan rumah/homecare (Mukti, 2002)

Hasil penelitian menunjukkan insidens decubitus di Indonesia sebesar 33.3%, angka ini sangat tinggi bila dibandingkan dengan insidens decubitus di ASEAN yang hanya berkisar 2.1-31.3%. Namun angka insidens dan prevalensi decubitus masih simpang siur. Hal ini disebabkan perbedaan metodologi,

sample, clinical setting, dan variable lainnya (Saldy, 2011)

Penelitian di Indonesia dilaporkan dari Annas, HA *cit* Purwaningsih (2000) menyebutkan bahwa dari 78 orang pasien tirah baring yang dirawat di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo, Makasar sebanyak 12 orang (15,8%) mendapatkan dekubitus. Setyajati (2001) juga melakukan penelitian yang menghitung angka kejadian dekubitus pada pasien tirah baring di RS Muwardi Surakarta, pada bulan Oktober 2002 angka kejadian dekubitus sebanyak 38,18%. Penelitian tentang angka kejadian dekubitus juga dilakukan oleh Purwaningsih (2000) di Ruang Al, B1, C1, D1 dan ruang B3 IRNA I RSUP DR. Sardjito pada bulan Oktober 2001, didapatkan hasil dari 40 pasien tirah baring, angka insidens mencapai 40%. Angka ini relative tinggi

dan akan semakin meningkatkan jika tidak dilakukan upaya dalam mencegahnya

Berdasarkan latar belakang di atas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan rumusan “Bagaimana hubungan tingkat pengetahuan keluarga klien tentang pencegahan dekubitus terhadap kejadian dekubitus pada pasien bedrest total di RS Dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya.”

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan tingkat pengetahuan keluarga klien tentang kejadian dekubitus terhadap kejadian dekubitus pada pasien bedrest total di RS Dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya

TINJAUAN TEORI

Pengertian Bedrest

Imobilisasi atau tirah baring adalah keadaan dimana seseorang tidak dapat bergerak secara aktif atau bebas karena kondisi yang mengganggu pergerakan (aktivitas). Imobilisasi secara fisik, merupakan pembatasan untuk bergerak secara fisik dengan tujuan mencegah terjadinya gangguan komplikasi pergerakan

Tirah baring diartikan sebagai tinggal ditempat tidur untuk jangka waktu yang lama dan diharuskan. Kata "istirahat" berkenaan dengan hal ini agak kurang tepat karena kita selalu berfikir bahwa ini diartikan dengan istirahat malam yang baik. Pada tirah baring sebenarnya bukan sesuatu yang dilakukan dengan sukarela. Individu tak secara wajar

berfungsi diluar tempat tidur ini sebagai akibat dari berbagai gangguan fungsi (gerak, bernafas, pengendalian syaraf). Ini sebagai akibat dari penyakit (panas tinggi), kelemahan (lumpuh).

Penyebab Bedrest

Berbagai kondisi dapat menyebabkan terjadinya imobilisasi, diantaranya gangguan sendi dan tulang, penyakit reumatik seperti pengapuran tulang atau patah tulang akan menghambat pergerakan, penyakit saraf, adanya stroke, penyakit parkinson dan gangguan saraf tepi juga menimbulkan gangguan pergerakan dan mengakibatkan imobilisasi, penyakit jantung atau pernafasan, penyakit jantung atau pernafasan akan menimbulkan kelelahan dan sesak nafas ketika beraktivitas, gangguan penglihatan, rasa percaya diri untuk bergerak akan terganggu bila ada gangguan penglihatan karena ada kekhawatiran terpeleset, terbentur atau tersandung, masa penyembuhan, pasien yang masih lemah setelah menjalani operasi atau penyakit berat tertentu memerlukan bantuan untuk berjalan atau banyak istirahat, tirah baring atau imobilisasi berkepanjangan dapat membawa akibat-akibat yang merugikan bagi fisik maupun psikologis. konsep imobilisasi merupakan hal yang relatif, dalam arti tidak saja kehilangan pergerakan total tetapi juga terjadi penurunan aktivitas dari normalnya.

Dampak Bedrest Bagi Fisik

Dampak dari immobilisasi dalam tubuh dapat mempengaruhi sistem tubuh, seperti perubahan pada metabolisme tubuh, ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, gangguan dalam kebutuhan nutrisi, gangguan fungsi gastrointestinal, perubahan sistem pernafasan, perubahan kardiovaskular, perubahan sistem muskuloskeletal, perubahan kulit, perubahan eliminasi (buang air besar dan kecil). vertigo (pusing tujuh keliling)

Upaya Pencegahan Akibat Bedrest

Beberapa upaya dapat dilakukan pengasuh pasien untuk mencegah timbulnya penyakit akibat immobilisasi.

Hal-hal yang dapat dilakukan oleh perawat adalah sebagai berikut :

- 1) Infeksi saluran kemih
Pada keadaan tersebut pasien harus dimotivasi untuk minum cukup banyak cairan
- 2) Sembelit
Mengonsumsi makanan tinggi serat seperti sayur dan buah, serta minum cukup dapat membantu mencegah atau paling tidak mengurangi kemungkinan timbulnya masalah sembelit akibat immobilisasi
- 3) Infeksi paru
Perubahan posisi dan tepuk-tepuk dada atau punggung secara teratur dapat membantu memindahkan sputum tersebut sehingga mudah dikeluarkan
- 4) Masalah sirkulasi atau aliran darah

Diperlukan fisioterapi dan mungkin kaos kaki khusus

- 5) Luka tekan
Untuk mencegah terjadinya luka tekan ini pasien yang mengalami immobilisasi harus diubah-ubah posisinya (miring kanan-kiri) sekitar setiap dua jam.

Macam Penyakit Yang Diharuskan Bedrest Total

- 1). Cedera tulang : penyakit rheumatik seperti pengapuran tulang atau patah tulang (fraktur) tentu akan menghambat pergerakan
- 2). Penyakit saraf : stroke, penyakit parkinson, paralisis, dan gangguan saraf, tapi juga menimbulkan gangguan pergerakan dan mengakibatkan imobilisasi
- 3). Penyakit jantung dan pernafasan, akan menimbulkan kelelahan dan sesak nafas ketika beraktivitas. Akibatnya pasien dengan gangguan pada organ-organ tersebut akan mengurangi mobilisasinya. Ia cenderung lebih banyak duduk dan berbaring
- 4). Gips orthopedik dan bidai
- 5). Penyakit kritis yang memerlukan istirahat
- 6). Menetap lama pada posisi gravitasi berkurang, seperti saat duduk atau berbaring
- 7). Keadaan tanpa bobot diruang hampa, yaitu pergerakan tidak dibatasi, namun tanpa melawan gaya gravitasi.

Pengertian Dekubitus

Dekubitus adalah luka pada jaringan kulit yang disebabkan oleh tekanan yang berlangsung lama dan terus menerus (Doh, 1993 dalam Martin, 1997). Istilah dekubitus diambil dari kata Latin *decumbere*, yang artinya berbaring. Ini merupakan luka yang terjadi karena tekanan atau iritasi kronis. Keadaan ini terjadi pada kulit punggung pasien yang selalu terbaring di tempat tidur atau yang sulit bangkit dari ranjang perawatan dalam waktu yang lama. Dekubitus mengakibatkan kerusakan atau kematian kulit sampai jaringan di bawah kulit, bahkan menembus otot bahkan sampai mengenai tulang. Hal ini disebabkan adanya penekanan pada suatu bagian tubuh yang berlangsung terus menerus misalnya karena tekanan dari tempat tidur, kursi roda, gips, pembidaian atau benda keras lainnya sehingga peredaran darah di sekitar daerah itu terhenti, yang mengakibatkan kerusakan atau kematian kulit dan jaringan sekitarnya. Bagian tubuh yang sering mengalami ulkus atau luka dekubitus adalah bagian dimana terdapat penonjolan tulang, yaitu sikut, tumit, pinggul, pergelangan kaki, bahu, punggung dan kepala bagian belakang. Lokasi yang sering terkena dekubitus adalah daerah tumit, siku, kepala bagian belakang, dan daerah sekitar bokong.

Penyebab Dekubitus

Kulit kaya akan pembuluh darah yang mengangkut oksigen ke seluruh lapisannya. Jika aliran darah terputus lebih

dari 2-3 jam, maka kulit akan mati, yang dimulai pada lapisan kulit paling atas (epidermis). Penyebab dari berkurangnya aliran darah ke kulit adalah tekanan. Jika tekanan menyebabkan terputusnya aliran darah, maka kulit yang mengalami kekurangan oksigen pada mulanya akan tampak merah dan meradang lalu membentuk luka terbuka (ulkus). Gerakan yang normal akan mengurangi tekanan sehingga darah akan terus mengalir. Kulit juga memiliki lapisan lemak yang berfungsi sebagai bantalan pelindung terhadap tekanan dari luar.

Risiko tinggi terjadinya ulkus dekubitus ditemukan pada :

- 1) Orang-orang yang tidak dapat bergerak (misalnya lumpuh, sangat lemah dipasung)
- 2) Orang-orang yang tidak mampu merasakan nyeri, karena nyeri merupakan suatu tanda yang secara normal mendorong seseorang untuk bergerak. Kerusakan saraf (misalnya akibat cedera, stroke, diabetes) dan koma bisa menyebabkan berkurangnya kemampuan untuk merasakan nyeri
- 3) Orang-orang yang mengalami kekurangan gizi (malnutrisi) tidak memiliki lapisan lemak sebagai pelindung dan kulitnya tidak mengalami pemulihan sempurna karena kekurangan zat-zat gizi yang penting
- 4) Gesekan dan kerusakan lainnya pada lapisan kulit paling luar bisa menyebabkan terbentuknya ulkus. Baju

yang terlalu besar atau terlalu kecil, kerutan pada seprei atau sepatu yang bergesekan dengan kulit bisa menyebabkan cedera pada kulit. Pemaparan oleh kelembaban dalam jangka panjang (karena berkeringat, air kemih atau tinja) bisa merusak permukaan kulit dan memungkinkan terbentuknya ulkus.

Faktor Risiko Dekubitus

Faktor risiko terjadinya dekubitus antara lain, yaitu :

1) Mobilitas dan aktivitas

Mobilitas adalah kemampuan untuk mengubah dan mengontrol posisi tubuh sedangkan aktivitas adalah kemampuan untuk berpindah. Pasien yang berbaring terus menerus di tempat tidur tanpa mampu untuk merubah posisi berisiko tinggi untuk terkena luka tekan. Imobilitas adalah faktor yang paling signifikan dalam kejadian luka tekan. Penelitian yang dilakukan Suriadi (2003) di salah satu rumah sakit di Pontianak juga menunjukkan bahwa mobilitas merupakan faktor yang signifikan untuk perkembangan luka tekan

2) Penurunan sensori persepsi

Pasien dengan penurunan sensori persepsi akan mengalami penurunan untuk merasakan sensasi nyeri akibat tekanan diatas tulang yang menonjol. Bila ini terjadi dalam durasi yang lama, pasien akan mudah terkena luka tekan

3) Kelembaban

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 gesekan (friction) dan perobekan jaringan (shear). Inkontinensia alvi lebih signifikan dalam perkembangan luka tekan daripada inkontinensia urin karena adanya bakteri dan enzim pada feses dapat merusak permukaan kulit

4) Tenaga yang merobek (shear)

Merupakan kekuatan mekanis yang meregangkan dan merobek jaringan, pembuluh darah serta struktur jaringan yang lebih dalam yang berdekatan dengan tulang yang menonjol.

Contoh yang paling sering dari tenaga yang merobek ini adalah ketika pasien diposisikan dalam posisi semi fowler yang melebihi 30 derajat. Pada posisi ini pasien bisa merosot ke bawah, sehingga mengakibatkan tulangnya bergerak ke bawah namun kulitnya masih tertinggal. Ini dapat mengakibatkan oklusi dari pembuluh darah, serta kerusakan pada jaringan bagian dalam seperti otot, namun hanya menimbulkan sedikit kerusakan pada permukaan kulit

- 5) **Pergesekan (friction)**
Pergesekan terjadi ketika dua permukaan bergerak dengan arah yang berlawanan. Pergesekan dapat mengakibatkan abrasi dan merusak permukaan epidermis kulit. Pergesekan bisa terjadi pada saat penggantian spreii pasien yang tidak berhati-hati
- 6) **Nutrisi**
Hipoalbuminemia, kehilangan berat badan, dan malnutrisi umumnya diidentifikasi sebagai faktor predisposisi untuk terjadinya luka tekan. Menurut penelitian Guenter (2000) stadium tiga dan empat dari luka tekan pada orangtua berhubungan dengan penurunan berat badan, rendahnya kadar albumin, dan intake makanan yang tidak mencukupi
- 7) **Usia**
Pasien yang sudah tua memiliki risiko yang tinggi untuk terkena luka tekan karena kulit dan jaringan akan berubah seiring dengan penuaan. Penuaan mengakibatkan kehilangan otot, penurunan kadar serum albumin, penurunan respon inflamatori, penurunan elastisitas kulit, serta penurunan kohesi antara epidermis dan dermis. Perubahan ini berkombinasi dengan faktor penuaan lain akan membuat kulit menjadi berkurang toleransinya terhadap tekanan, pergesekan, dan tenaga yang merobek
- 8) **Tekanan arteriolar yang rendah**
Tekanan arteriolar yang rendah akan mengurangi toleransi kulit terhadap tekanan sehingga dengan aplikasi tekanan yang rendah sudah mampu mengakibatkan jaringan menjadi iskemia. Studi yang dilakukan oleh Nancy Bergstrom (1992) menemukan bahwa tekanan sistolik dan tekanan diastolik yang rendah berkontribusi pada perkembangan luka tekan
- 9) **Stress emosional**
Depresi dan stress emosional kronik misalnya pada pasien psikiatrik juga merupakan faktor risiko untuk perkembangan dari luka tekan
- 10) **Merokok**
Nikotin yang terdapat pada rokok dapat menurunkan aliran darah dan memiliki efek toksik terhadap endotelium pembuluh darah. Menurut hasil penelitian Suriadi (2002) ada hubungan yang signifikan antara merokok dengan perkembangan terhadap luka tekan
- 11) **Temperatur kulit**
Menurut hasil penelitian Sugama (1992) peningkatan temperatur merupakan faktor yang signifikan dengan risiko terjadinya luka tekan.

Stadium Luka Dekubitus

Menurut NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel) pada gambar 1, luka dekubitus dibagi menjadi empat stadium, yaitu :

Stadium I

Adanya perubahan dari kulit yang dapat diobservasi. 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), perubahan sensasi (gatal atau nyeri). Pada orang yang berkulit putih, luka mungkin kelihatan sebagai kemerahan yang menetap. Sedangkan pada yang berkulit gelap, luka akan kelihatan sebagai warna merah yang menetap, biru atau ungu

Stadium II

Hilangnya sebagian lapisan kulit yaitu epidermis atau dermis, atau keduanya. Cirinya adalah lukanya superficial, abrasi, melepuh, atau membentuk lubang yang dangkal. Jika kulit terluka atau robek maka akan timbul masalah baru, yaitu infeksi. Infeksi memperlambat penyembuhan ulkus yang dangkal dan bisa berakibat fatal terhadap ulkus yang lebih dalam

Stadium III

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

Stadium IV

Hilangnya lapisan kulit secara lengkap dengan kerusakan yang luas, nekrosis jaringan, kerusakan pada otot, tulang atau tendon.

Adanya lubang yang dalam serta saluran sinus.

Pencegahan Dekubitus

Upaya pencegahan dekubitus menurut berbagai ahli secara garis besar meliputi mobilisasi, perawatan kulit, penggunaan alat atau sarana dan penataan lingkungan perawatan serta pendidikan kesehatan (Basta, 1991; Mc. Farland, 1993; Bell & Mathew, 1993; Ortwitch, 1995 dalam Noviaestari, 1997) serta pemenuhan kebutuhan cairan dan nutrisi yang adekuat (Kozier, 1991)

Pencegahan dekubitus dapat dilakukan dengan mengkaji risiko individu terhadap kejadian dekubitus atau luka tekan. kajian risiko dapat digunakan untuk mengetahui skor risiko, diantara skala yang sering digunakan adalah skala Norton. Mengidentifikasi kelompok-kelompok yang berisiko tinggi terhadap kejadian luka tekan. Orang tua dengan usia lebih dari 60 tahun, bayi dan neonatal, pasien injury tulang belakang, pasien dengan bedrest adalah kelompok yang mempunyai risiko tinggi terhadap kejadian luka tekan, Mengkaji keadaan kulit secara teratur, Pengkajian kulit setidaknya sehari sekali, Mengkaji semua daerah diatas tulang yang menonjol setidaknya sehari sekali, Kulit yang kemerahan dan daerah diatas tulang yang menonjol seharusnya tidak dipijat karena pijatan yang keras dapat mengganggu perfusi ke jaringan, Mengkaji status mobilitas, Untuk pasien yang lemah, lakukanlah perubahan posisi. Ketika

menggunakan posisi lateral, hindari tekanan secara langsung pada daerah trochanter. Untuk menghindari luka tekan di daerah tumit, gunakanlah bantal yang diletakkan dibawah kaki bawah. Bantal juga dapat digunakan pada daerah berikut untuk mengurangi kejadian luka tekan yaitu di antara lutut kanan dan lutut kiri, diantara mata kaki, dibelakang punggung, dan dibawah kepala, Meminimalkan terjadinya tekanan, Hindari menggunakan kassa yang berbentuk donat di tumit. Perawat rumah sakit di Indonesia masih sering menggunakan donat yang dibuat dari kasa atau balon untuk mencegah luka tekan. Menurut hasil penelitian Sanada (1998) ini justru dapat mengakibatkan region yang kontak dengan kasa donat menjadi iskemia, Mengkaji dan meminimalkan terhadap pergesekan (friction) dan tenaga yang merobek (shear), Bersihkan dan keringkan kulit secepat mungkin setelah inkontinensia. Kulit yang lembab mengakibatkan mudahnya terjadi pergeseran dan perobekan jaringan. Pertahankan kepala tempat tidur pada posisi 30 atau di bawah 30 derajat untuk mencegah pasien merosot yang dapat mengakibatkan terjadinya perobekan jaringan, Mengkaji inkontinensia, Kelembaban yang disebabkan oleh inkontinensia dapat menyebabkan maserasi. Lakukanlah latihan untuk melatih kandung kemih (bladder training) pada pasien yang mengalami inkontinesia, Bersihkanlah setiap kali lembab dengan pembersih

dengan PH seimbang, Hindari menggosok kulit dengan keras karena dapat mengakibatkan trauma pada kulit, Pembersih perianal yang mengandung anti mikroba topikal dapat digunakan untuk mengurangi jumlah mikroba di daerah kulit perianal, Gunakalah air yang hangat atau sabun yang lembut untuk mencegah kekeringan pada kulit, Berikanlah pelembab pada pasien setelah dimandikan untuk mengembalikan kelembaban kulit, Bila pasien menggunakan diaper, pilihlah diaper yang memiliki daya serap yang baik, untuk mengurangi kelembapan kulit akibat inkontinensia, Mengkaji status nutrisi, Pasien dengan luka tekan biasanya memiliki serum albumin dan hemoglobin yang lebih rendah bila dibandingkan dengan mereka yang tidak terkena luka tekan, Mengkaji status nutrisi yang meliputi berat badan pasien, intake makanan, nafsu makan, ada tidaknya masalah dengan pencernaan, gangguan pada gigi, riwayat pembedahan atau intervensi keperawatan atau medis yang mempengaruhi intake makanan, Mengkaji dan memonitor luka tekan pada setiap penggantian balutan luka, Deskripsi dari luka tekan meliputi lokasi, tipe jaringan (granulasi, nekrotik, eschar), ukuran luka, eksudat (jumlah, tipe, karakter, bau), serta ada tidaknya infeksi, Stadium dari luka tekan, Kondisi kulit sekeliling luka, Nyeri pada luka, Mengkaji faktor yang menunda status penyembuhan, Penyembuhan luka sering kali gagal karena adanya kondisi-kondisi seperti malignansi, diabetes, gagal

jantung, gagal ginjal, pneumonia, Medikasi seperti steroid, agen immunosupresif, atau obat anti kanker juga akan mengganggu penyembuhan luka, Mengevaluasi penyembuhan luka, Luka tekan stadium II seharusnya menunjukkan penyembuhan luka dalam waktu 1 sampai 2 minggu. Pengecilan ukuran luka setelah 2 minggu juga dapat digunakan untuk memprediksi penyembuhan luka. Bila kondisi luka memburuk, maka evaluasi luka secepat mungkin, Menggunakan parameter untuk penyembuhan luka termasuk dimensi luka, eksudat, dan jaringan luka.

Tindakan Keperawatan Dalam Mencegah Dekubitus

Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan adalah:

- 1) Rubah posisi pasien sedikitnya 2 jam sekali. Ketika merubah hindari pergesekan seperti menggeser pasien dengan linen atau alat-alat lain
- 2) Anjurkan pasien untuk duduk di kursi roda setiap 10 menit untuk mengurangi tekanan. Bila penderita dapat duduk, dapat didudukkan di kursi. Gunakan bantalan untuk penyangga ke 2 kaki dan bantal-bantal kecil untuk menahan tubuh penderita. Bila memungkinkan ganti posisi tidur penderita setiap hari dengan cara mengganjalnya dengan bantal atau bantalan busa
- 3) Anjurkan masukan nutrisi yang tepat dan cairan yang adekuat
- 4) Segera bersihkan feses atau urin dari kulit karena bersifat iritatif terhadap kulit. Cuci dan keringkan daerah tersebut dengan segera
- 5) Laporkan adanya area kemerahan dengan segera
- 6) Jaga agar kulit tetap bersih dan kering
- 7) Jaga agar linen tetap kering, bersih dan bebas dari kerutan atau tidak kusut dan benda keras
- 8) Mandikan pasien dan beri perhatian khusus pada daerah-daerah yang berisiko mengalami tekanan atau gesekan
- 9) Masase sekitar daerah kemerahan dengan menggunakan lotion
- 10) Beri sedikit bedak tabur yang mengandung calamine, zinc, camphor yang bermanfaat untuk mencegah kerusakan kulit akibat garukan karena gatal
- 11) Lakukan latihan ROM minimal 2 kali sehari untuk mencegah kontraktur
- 12) Periksa kesesuaian dan penggunaan penahan atau restrein
- 13) Periksa selang NGT dan kateter untuk memastikan bahwa selang tersebut tidak pada posisi yang dapat menyebabkan iritasi
- 14) Gunakan kasur busa, kasur kulit, atau kasur perubah tekanan. Jika pasien harus menjalani tirah baring dalam waktu yang lama, bisa digunakan kasur khusus, yaitu kasur yang diisi dengan air atau udara.

Metodologi Penelitian

Jenis penelitian yang sedang digunakan dalam penelitian ini adalah Analitik Asosiatif dengan desain penelitian observatif, Populasi adalah universum. Universum itu dapat berupa orang, benda, gejala, atau wilayah yang ingin diketahui oleh peneliti. Populasi dapat dibedakan menjadi dua kategori, yaitu populasi target (target population) dan populasi survei (survey population) (Danmin, 2003). Maka dari itu penelitian ini mengambil populasi pada pasien bedrest total di RSUD Kota Tasikmalaya pada penyakit typhoid, stroke, trauma abdomen, hepatitis, diabetes mellitus, osteomyelitis, gastrointestinal, trauma tulang belakang, post operasi laparotomy dan post operasi craniotomy dengan lama bedrest total selama lebih dari 3 hari. Sampel merupakan bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Hidayat, 2007). Maka dari itu penelitian ini mengambil pada pasien bedrest total di RSUD Kota Tasikmalaya pada penyakit typhoid, stroke, trauma abdomen, hepatitis, diabetes mellitus, osteomyelitis, gastrointestinal, trauma tulang belakang, post operasi laparotomy dan post operasi craniotomy dengan lama bedrest total selama lebih dari 3 hari. Penarikan sampel non probability sampling adalah teknik pengambilan sampel dengan tidak memberikan peluang yang sama dan setiap anggota populasi, yang bertujuan tidak untuk generalisasi yang berasas pada

probabilitas yang tidak sama (Hidayat, 2007). Penelitian ini menggunakan teknik non probability sampling yang berarti yaitu teknik penentuan sample dengan pertimbangan tertentu. Teknik ini bisa diartikan sebagai suatu proses pengambilan sampel dengan menentukan terlebih dahulu jumlah sample yang hendak diambil, kemudian pengambilan sample dilakukan dengan berdasarkan tujuan-tujuan tertentu, asalkan tidak menyimpang dari ciri-ciri sample yang ditetapkan. Teknik pengumpulan data terdiri dari wawancara, observasi, angket atau kuesioner, study dokumenter, otobiografi, sosiometri (Susanto, 2008). Penelitian yang kami rencanakan menggunakan teknik pengumpulan data wawancara dan observasi. Instrumen yang akan digunakan dalam penelitian ini yang kita teliti akan menggunakan pedoman wawancara dan pedoman observasi, Wawancara terdiri dari 10 pertanyaan yang dapat mengukur tingkat pengetahuan yaitu : Tidak Mengerti bila jumlah skor 24-30 poin, kurang mengerti adalah jumlah skor 17-23 poin, mengerti adalah jumlah skor 10-16 poin. Untuk Observasi terdiri dari beberapa stadium yaitu : Stadium I artinya ulserasi terbatas pada epidermis dan dermis dengan eritema pada kulit. Penderita dengan sensibilitas baik akan mengeluh nyeri, stadium ini biasanya reversible dan dapat sembuh dalam 5-10 hari, Stadium II artinya ulserasi mengenai dermis, epidermis dan meluas ke jaringan adiposa terlihat eritema dan indurasi.

Stadium ini dapat sembuh dalam 10-15 hari, Stadium III artinya uerasi meluas sampai ke lapisan lemak subkulit dan otot sudah mulai terganggu dengan adanya edema dan inflamasi, infeksi akan hilang struktur fibril. Biasanya sembuh dalam 3-8 minggu, Stadium IV artinya ulserasi dan nekrosis meluas mengenai fasia, otot serta sendi. Dapat sembuh dalam 3-6 bulan. Uji instrumen terdiri dari uji validitas dan uji reabilitas. Analisis data merupakan bagian yang sangat penting untuk mencapai tujuan pokok penelitian, yaitu menjawab pertanyaan-pertanyaan penelitian yang mengungkap fenomena (Nursalam, 2008)

Penelitian ini menggunakan analisis univariate dan bivariate.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Analisis Univariat

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap Pasien di RS tentang hubungan tingkat pengetahuan keluarga klien tentang pencegahan dekubitus terhadap kejadian dekubitus pada pasien bedrest total di RSUD Kota Tasikmalaya adalah sebagai berikut :

Gambaran Pengetahuan Keluarga Klien tentang Pencegahan Dekubitus di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya Tahun 2014

Table 4.1
 Distribusi frekuensi pengetahuan keluarga klien tentang pencegahan decubitus di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya Tahun 2014

Tingkat Pengetahuan	Jumlah	Persentasi
Tidak mengerti	27	87%
Kurang mengerti	4	23%
Mengerti	0	0%
Jumlah	31	100%

Pada tabel di atas menunjukkan bahwa distribusi frekuensi responden tentang tingkat pengetahuan keluarga klien tentang pencegahan decubitus sebagian besar tidak mengerti sebanyak 77 orang

(87%) dan tidak ada yang mengerti tentang decubitus.

Untuk mengetahui gambaran pengetahuan keluarga klien tentang kejadian dekubitus dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Table 4.2
 Gambaran Pengetahuan Keluarga Klien tentang Kejadian Decubitus Di RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya

Tingkat pengetahuan	Kejadian Dekubitus				
	Tidak ada	Stadium I	Stadium II	Stadium III	Stadium IV
Mengerti	0	0	0	0	0
Kurang mengerti	2	2	0	0	0
Tidak mengerti	9	15	1	1	1

Pada tabel di atas menunjukkan bahwa distribusi frekuensi responden tentang pengetahuan keluarga klien tentang kejadian dekubitus sebagian besar tidak mengerti 27 orang (87,1%), kurang mengerti 4 orang (12, 9%) dan yang tidak mengerti sama sekali tidak ada.

Untuk mengetahui hubungan tingkat pengetahuan keluarga klien tentang pencegahan dekubitus terhadap kejadian dekubitus pada pasien bedrest total di RSUD Kota Tasikmalaya dengan melakukan pendekatan tabulasi silang dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 4.3.

Tabulasi silang antara Pengetahuan Keluarga Klien tentang Pencegahan Dekubitus terhadap Kejadian Dekubitus di RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya Tahun 2014

Pencegahan Dekubitus	Kejadian Dekubitus					Total	
	Tidak Ada	Stadium I	Stadium II	Stadium III	Stadium IV		
Tidak Mengerti	9	15	1	1	1	27	87,1%
Kurang Mengerti	2	2	0	0	0	4	12,9%
Mengerti	0	0	0	0	0	0	0%
	11	17	1	1	1	31	100%
ρ value = 0,045 $\chi^2 = 4,020$ $\alpha = 0,05$							

Pada tabel 4.3 diketahui bahwa jika pengetahuan keluarga klien tentang pencegahan dekubitus tidak mengerti maka akan terdapat kejadian dekubitus pada keluarga tersebut 87,1%, jika pengetahuan keluarga klien kurang mengerti tentang pencegahan dekubitus maka akan terdapat kejadian dekubitus sebanyak 12,9%, dan jika pengetahuan keluarga klien tentang pencegahan dekubitus telah mengerti maka kejadian dekubitus 0%.

Dari hasil perhitungan dengan menggunakan chi square diperoleh bahwa ρ value sebesar (0,045) lebih kecil dibandingkan dengan nilai alpha (α), yaitu $0,045 < 0,05$. Maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Jadi dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan tingkat pengetahuan

keluarga klien tentang pencegahan dekubitus terhadap kejadian dekubitus pada pasien bedrest total di RSUD Kota Tasikmalaya Tahun 2014.”.

Pembahasan

1. Gambaran pengetahuan keluarga klien tentang pencegahan dekubitus di RSUD Kota Tasikmalaya Tahun 2014.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar tidak mengerti tentang pencegahan dekubitus sebanyak 27 orang (87%).

Hasil temuan dari penelitian bahwa kejadian dekubitus salah satunya terjadi karena faktor ketidaktahuan keluarga klien tentang pencegahan dekubitus.

Untuk mencegah terjadinya luka tekan ini pasien yang mengalami immobilisasi harus diubah-ubah posisinya (miring kanan-kiri) sekitar setiap dua jam.

Menurut Doh (1993) dalam Martin (1997) jika aliran darah terputus lebih dari 2-3 jam, maka kulit akan mati, yang dimulai pada lapisan kulit paling atas (epidermis). Penyebab dari berkurangnya aliran darah ke kulit adalah tekanan. Jika tekanan menyebabkan terputusnya aliran darah, maka kulit yang mengalami kekurangan oksigen pada mulanya akan tampak merah dan meradang lalu membentuk luka terbuka (ulkus). Gerakan yang normal akan mengurangi tekanan sehingga darah akan terus mengalir. Kulit juga memiliki lapisan lemak yang berfungsi sebagai bantalan pelindung terhadap tekanan dari luar.

Menurut Notoatmodjo tahun 1993 untuk merubah perilaku seseorang seperti harapan klien ataupun keluarga klien agar melakukan pencegahan decubitus maka seseorang tersebut harus melangkahi 3 tahapan dari 6 tahapan proses pengetahuan yaitu seseorang harus mengetahui tentang decubitus, memahami permasalahan decubitus dan mengaplikasikannya.

Upaya pencegahan dekubitus menurut berbagai ahli secara garis

besar meliputi mobilisasi, perawatan kulit, penggunaan alat atau sarana dan penataan lingkungan perawatan serta pendidikan kesehatan (Basta, 1991; Mc. Farland, 1993; Bell & Mathew, 1993; Ortwich, 1995 dalam Noviaestari, 1997) serta pemenuhan kebutuhan cairan dan nutrisi yang adekuat (Kozier, 1991)

Uraian di atas menjelaskan bahwa jika klien ataupun keluarga klien yang tidak mengetahui pencegahan decubitus maka tidak akan melakukan tindakan pencegahan decubitus tersebut sehingga besar kemungkinan akan menyebabkan decubitus.

2. Gambaran Pengetahuan Klien tentang Kejadian Dekubitus di RSUD Dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya

Hasil penelitian menunjukkan bahwa distribusi frekuensi gambaran pengetahuan klien tentang kejadian dekubitus di RSUD dr. soekardjo Kota Tasikmalaya yaitu menunjukkan bahwa keluarga klien yang tidak mengerti jenis kejadian decubitus sebanyak 27 orang (87,1%).

Hasil temuan dilapangan menjelaskan bahwa keluarga klien tidak mengetahui tentang kejadian decubitus, dari ciri-ciri sampai masuk kepada stadium decubitus.

Menurut Notoatmodjo (2002) pengetahuan dapat diperoleh melalui beberapa faktor yang dapat digolongkan menjadi dua bagian yaitu cara tradisional dan cara modern, tidak hanya perawat yang harus tahu tentang kejadian decubitus tetapi klien dan keluarga klien pun harus mengetahuinya sehingga dapat melakukan deteksi dini kejadian decubitus.

Menurut Nursalam (2008) kejadian yang dapat ditimbulkan dari imobilisasi mempunyai ciri-ciri nyeri, Kelemahan otot, Atropi Otot, *Kerusakan jaringan kulit (dekubitus) dan gangguan nutrisi.*

Hubungan tingkat pengetahuan keluarga klien tentang pencegahan dekubitus terhadap kejadian dekubitus pada pasien bedrest total di RSUD Kota Tasikmalaya.”

Hasil perhitungan terhadap penelitian dengan menggunakan *chi square* diperoleh bahwa p_{value} sebesar (0,045) lebih kecil dibandingkan dengan nilai alpha (α), yaitu $0,045 < 0,05$. Maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Jadi dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan tingkat pengetahuan keluarga klien tentang pencegahan dekubitus terhadap kejadian dekubitus pada pasien bedrest total di RSUD Kota Tasikmalaya.”

Hasil temuan dilapangan didapat bahwa dengan ditemukannya kenyataan banyak keluarga tidak mengetahui pencegahan dan kejadian decubitus tentunya akan mengakibatkan peningkatan kasus decubitus.

Sejalan dengan ini bahwa dengan pemberian pengetahuan mengenai penyakit yang dialami atau yang akan terjadi sangatlah penting sehingga klien ataupun keluarga klien akan melakukan tindakan sesuai harapan perawat.

Dalam penelitian ini dijelaskan bahwa perilaku seseorang dapat dipengaruhi oleh pengetahuan terhadap suatu stimulus atau objek. Tingkat pengetahuan seseorang cenderung berpengaruh positif terhadap sikap dan perilaku yang sesuai. Perilaku mungkin tidak dapat berubah secara langsung sebagai respons terhadap pengetahuan tapi efek kumulatif dari peningkatan kesadaran (Depkes RI, 2001).

Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Namun tingkat pengetahuan yang baik belum tentu diikuti oleh sikap dan perilaku yang baik. Karena menurut Notoatmodjo (2003) sebelum orang mengadopsi perilaku baru di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan

sehingga terbentuk suatu perilaku baru yaitu dalam mencegah kejadian decubitus.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Hasil penelitian yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa Gambaran pengetahuan keluarga klien tentang pencegahan decubitus di RSUD Kota Tasikmalaya Tahun 2014 menunjukkan bahwa sebagian besar tidak mengerti tentang pencegahan decubitus sebanyak 27 orang (87%), Gambaran Pengetahuan Klien tentang Kejadian Dekubitus di RSUD Dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya menunjukkan bahwa distribusi frekuensi gambaran pengetahuan klien tentang kejadian dekubitus di RSUD dr. soekardjo Kota Tasikmalaya yaitu menunjukan bahwa keluag klien yang tidak mengerti jenis kejadian decubitus sebanyak 27 orang (87,1%) dan terdapat hubungan tingkat pengetahuan keluarga klien tentang pencegahan dekubitus terhadap kejadian dekubitus pada pasien bedrest total di RSUD Kota Tasikmalaya.”

Saran

1. Bagi Perawat Ruang
Diharapkan melakukan asuhan keperawatan yang komprehensif mencakup bio-psiko-sosio-spiritual melalui upaya preventif, promotif, kuratif dan rehabilitative.
2. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan dapat mengevaluasi semua kegiatan yang telah dilakukan, membuat kebijakan untuk perbaikan yang berkesinambungan dan melibatkan peran serta semua unit di RSUD untuk melakukan pelayanan paripurna.

3. Peneliti

Diharapkan dapat meneliti lebih lanjut mengenai upaya peningkatan kesehatan klien dan upaya pencegahan kejadian penyakit lainnya selama perawatan.

meningkatkan pengetahuan dan keterampilan bidan.

DAFTAR PUSTAKA

- Denim.2003.sejarah dan metodologi riset keperawatan, Jakarta, EGC
- Nursalam. 2003 konsep dan penerapan metodologi penelitian keperawatan. salemba Jakarta
- Notoatmodjo. 1997 prinsip-prinsip ilmu kesehatan masyarakat. rineka cipta Jakarta
- Arikunto. 2002. prosedur penelitian suatu pendekatan praktek edisi 5. rineka cipta Jakarta
- Nursalam. 2008 konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan. Salemba medika. maret 2008. edisi 2
- Jurnal universitas Indonesia. 2010 pengaruh posisi miring 30 derajat terhadap kejadian luka tekan

grade 1(non blanchabe erythema) pada pasien stroke di siloam hospitalis. fakultas ilmu keperawatan program pasca sarjana ilmu keperawatan peminatan keperawatan medikal bedah. Depok

Jurnal kesmadaska. 2010 hubungan tingkat pengetahuan dan sikap dengan perilaku perawat dalam upaya pencegahan dekubitus di rumah sakit cakra husada klaten volume 1.