



UNIVERSITAS INDONESIA

**PERSEPSI PERAWAT TERHADAP PENGKAJIAN RESIKO LUKA
TEKAN METODE BRADEN DAN WATERLOW DI UNIT
PERAWATAN BEDAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
Dr. H. ABDUL MOELOEK PROPINSI LAMPUNG**

TESIS

**Oleh:
PUJIARTO
NPM : 0806446694**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2010**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PERSEPSI PERAWAT TERHADAP PENGKAJIAN RESIKO LUKA
TEKAN METODE BRADEN DAN WATERLOW DI UNIT
PERAWATAN BEDAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
Dr. H. ABDUL MOELOEK PROPINSI LAMPUNG**

Tesis

**Diajukan Sebagai Persyaratan Untuk
Memperoleh Gelar Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah**

**Oleh:
PUJIARTO
NPM : 0806446694**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2010**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Pujiarto

NPM : 0806446694

Tanda Tangan : 

Tanggal : Juli 2010

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Pujiarto

NPM : 0806446694

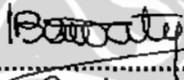
Program Studi : Magister Keperawatan

Judul Tesis : Persepsi perawat terhadap pengkajian resiko luka tekan Metode Braden dan Waterlow di unit perawatan bedah Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Hi. Abdul Moeloek Propinsi Lampung

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dewi Irawaty, MA. PhD.

()

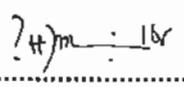
Pembimbing : Ria Utami Panjaitan, SKp. M.Kep

()

Penguji I : Debie Dahlia, S.Kp. MHSM

()

Penguji II : Ns. Hilman Syarief, S.Kep. M.Kep

()

Ditetapkan di : Jakarta

Tanggal : Juli 2010

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah diperiksa, dan disetujui untuk diseminarkan dihadapan Tim Penguji Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Jakarta, Juli 2010

Pembimbing I



Dewi Irawaty, MA. PhD.

Pembimbing II



Ria Utami Panjaitan, SKp. M.Kep

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kehadirat Allah SWT, atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul : “ Persepsi perawat tentang pengkajian luka tekan dengan menggunakan Metode Braden dan Waterlow di unit perawatan bedah Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Hi. Abdul Moeloek Propinsi Lampung ”. Tesis ini disusun sebagai syarat untuk menyelesaikan pendidikan Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Dalam menyelesaikan tesis ini, penulis mendapatkan bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak, untuk itu penulis menyampaikan terima kasih khususnya kepada yang terhormat :

1. Dewi Irawaty, MA. Ph.D. Sebagai Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan selaku pembimbing I yang dengan sabar, pengertian dan tulus memberikan bimbingan, arahan dalam penyusunan tesis ini.
2. Ria Utami Panjaitan, SKp, M.Kep. selaku pembimbing II yang dengan sabar dan tulus memberikan bimbingan, dan arahan dalam penyusunan tesis ini.
3. Krisna Yetty, S.Kp., M.App.Sc., selaku Ketua Program Studi Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
4. Segenap pengurus Yayasan Pendidikan Panca Bhakti Bandar Lampung yang telah memberikan dukungan selama menjalani perkuliahan.
5. Keluarga besarku, istri dan anak-anakku tercinta yang dengan sabar selalu memberikan dukungan dalam penyusunan tesis ini.
6. Teman-temanku seperjuangan angkatan 2008 (Mbak Ririn, Mbak Ika, Pak Solikin, Mbak Yunita dan lainnya) yang telah bersama-sama dalam segala suka dan duka, dan telah memberikan dukungan dan motivasi dalam penyusunan tesis ini.
7. Semua pihak yang terlibat dalam penyusunan tesis ini, yang tanpa mengurangi rasa hormat tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu.

Semoga amal kebaikan yang telah diberikan, senantiasa mendapatkan pahala dari Allah SWT. Selanjutnya demi kesempurnaan tesis ini, peneliti mengharapkan masukan, saran, dan kritik yang bersifat membangun. Akhirnya peneliti berharap, semoga penelitian ini nantinya akan memberikan manfaat bagi perkembangan keperawatan medikal bedah.

Jakarta, Juli 2010
Peneliti,

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Pujiarto
NPM : 0806446694
Program Studi : Magister Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Persepsi perawat terhadap pengkajian resiko luka tekan Metode Braden dan Waterlow di unit perawatan bedah Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Hi. Abdul Moeloek Propinsi Lampung

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : Juli 2010

Yang menyatakan



(Pujiarto)

Abstrak

Nama : Pujiarto
Program Studi : Magister Keperawatan
Judul : Persepsi perawat terhadap pengkajian resiko luka tekan Metode Braden dan Waterlow di Unit perawatan bedah Rumah sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung

Penelitian ini membahas persepsi perawat terhadap pengkajian resiko luka tekan Metode Braden dan Waterlow di Unit perawatan bedah Rumah Sakit Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung. Penelitian ini menggunakan desain pra-eksperimen *postest only design* terhadap 30 perawat. Responden diberikan pelatihan pengkajian resiko luka tekan dengan menggunakan Metode Braden dan Waterlow, kemudian diberikan kuisioner tentang persepsi perawat terhadap kedua metode tersebut. Deskripsi kategori dan skor kategori Metode Braden yang dipersepsikan sulit adalah persepsi sensori dan kelembaban, Deskripsi kategori dan skor kategori Metode Waterlow adalah perbandingan berat badan terhadap tinggi badan, deficit neurologis, obat-obatan, jenis kulit dan daerah resiko yang terlihat. Hasil uji statistik dengan *Chi Square* diperoleh nilai *p value* = 0,201 dengan $\alpha = 0,05$ dapat disimpulkan tidak ada perbedaan persepsi perawat terhadap Metode Braden dan Waterlow.

Kata Kunci : Persepsi, Luka tekan, Metode Braden, Metode Waterlow.

Abstract

Name : Pujiarto
Study Program : Master Program in Nursing Science
Title : Nurse perceptions to the assesment of pressure ulcers risk by Braden and Waterlow Method at surgical care unit Dr. H. Abdul Moeloek Hospital Lampung Province

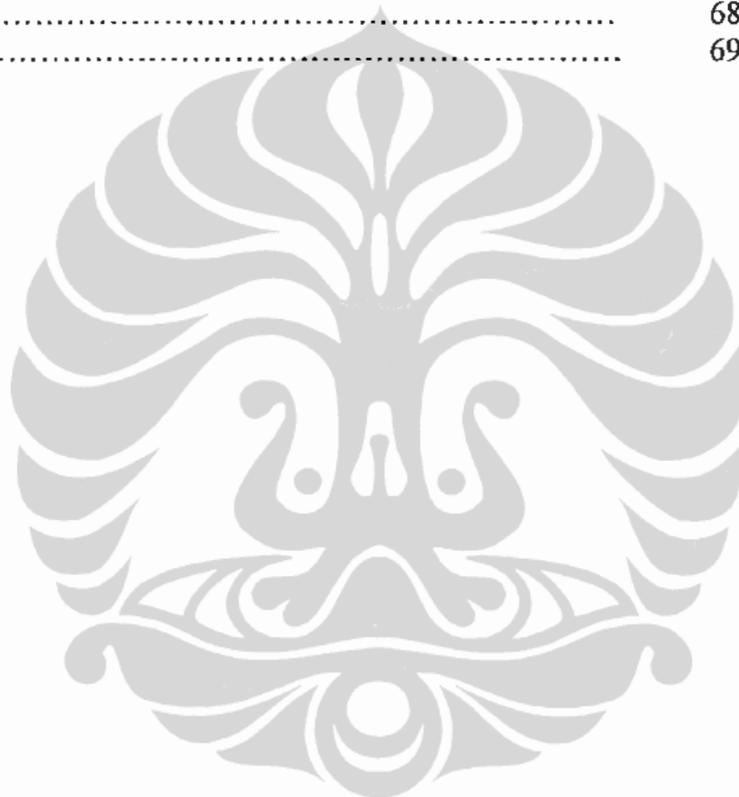
The focus of this study how the nurses perception in assessment risk of the pressure ulcers Braden and Waterlow Method at surgery care unit Dr. H. Abdul Moeloek Hospital Lampung Province. This research uses *pre-experiment* posttest only design with 30 nurses. They have been given training about study of the pressure ulcers risks using Braden and Waterlow Method, before answered the questionnaire. Perception base on the Braden Method that is perceived difficult are sensory perception and humidity, while perception according to Waterlow Method description and category score are ratio weight to high, neurological deficit, drugs, skin type, and risk area which is seen. The statistical test result by *Chi square* show $p\ value = 0.201$ with $\alpha = 0.05$, therefore it can be concluded that there is no differentiation in the nurses perceptions base on Braden and Waterlow Methods.

Key words : Perception, Pressure ulcer, Braden Method, Waterlow Method.

DAFTAR ISI

	Hal.
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	v
ABSTRAK	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR SKEMA	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB 1 : PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.4 Manfaat Penelitian	6
BAB 2 : TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Luka Tekan	8
2.2 Pengkajian Resiko Luka Tekan	19
2.2.1 Metode Braden	21
2.2.2 Metode Waterlow	23
2.3 Persepsi	25
BAB 3 : KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1 Kerangka Konsep	27
3.2 Hipotesis	28
3.3 Definisi Operasional	28
BAB 4 : METODE PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian	32
4.2 Populasi dan Sampel	33
4.3 Tempat Penelitian	34
4.4 Waktu Penelitian	34
4.5 Etika Penelitian	34
4.6 Alat Pengumpulan Data	36
4.7 Prosedur Pengumpulan Data	36
4.8 Analisis Data	38
BAB 5 : HASIL PENELITIAN	
5.1 Analisis Univariat	40
5.1.1 Analisis persepsi perawat terhadap Metode Braden.....	40
5.1.2 Analisis persepsi perawat terhadap Metode Waterlow.....	43

5.1.3 Analisis persepsi perawat terhadap Metode Braden dan Waterlow.....	45
5.2 Analisis Bivariat.....	46
5.2.1 Analisis perbedaan persepsi perawat terhadap Metode Braden dan Waterlow.....	46
BAB 6 : PEMBAHASAN	
6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil	48
6.2 Keterbatasan Penelitian	66
6.3 Implikasi Hasil Penelitian dalam Keperawatan	67
BAB 7 : KESIMPULAN DAN SARAN	
7.1 Simpulan	68
7.2 Saran.....	69
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

	HAL.
Tabel 2.1 Pengkajian resiko luka tekan Metode Braden	21
Tabel 2.2 Pengkajian resiko luka tekan Metode Waterlow	24
Tabel 3.1 Variabel, Definisi operasional, Cara ukur, Hasil Ukur, dan skala Pengukuran	28
Tabel 5.1 Distribusi Persepsi perawat terhadap deskripsi kategori Metode Braden di unit perawatan bedah RSUAM Propinsi Lampung Mei 2010 (n = 30)	41
Tabel 5.2 Distribusi Persepsi perawat terhadap skor kategori Metode Braden di unit perawatan bedah RSUAM Propinsi Lampung Mei 2010 (n = 30).....	42
Tabel 5.3 Distribusi Persepsi perawat terhadap Metode Braden menetapkan skor akhir dan kesimpulan di unit perawatan bedah RSUAM Propinsi Lampung Mei 2010 (n = 30).....	42
Tabel 5.4 Distribusi Persepsi perawat terhadap deskripsi kategori Metode Waterlow dan umur, di unit perawatan bedah RSUAM Propinsi Lampung Mei 2010 (n = 30).....	43
Tabel 5.5 Distribusi Persepsi perawat terhadap Skor kategori Metode Waterlow di unit perawatan bedah RSUAM Propinsi Lampung Mei 2010 (n = 30).....	44
Tabel 5.6 Distribusi Persepsi perawat terhadap Metode Waterlow Dalam menetapkan skor akhir dan kesimpulan di unit perawatan bedah RSUAM Propinsi Lampung Mei 2010 (n = 30).....	45
Tabel 5.7 Distribusi Persepsi perawat terhadap Metode Braden dan Waterlow di unit perawatan bedah RSUAM Propinsi Lampung Mei 2010 (n = 30).....	46
Tabel 5.8 Distribusi perbedaan persepsi perawat terhadap Metode Braden dan Waterlow di unit perawatan bedah RSUAM Propinsi Lampung Mei 2010 (n = 30).....	46

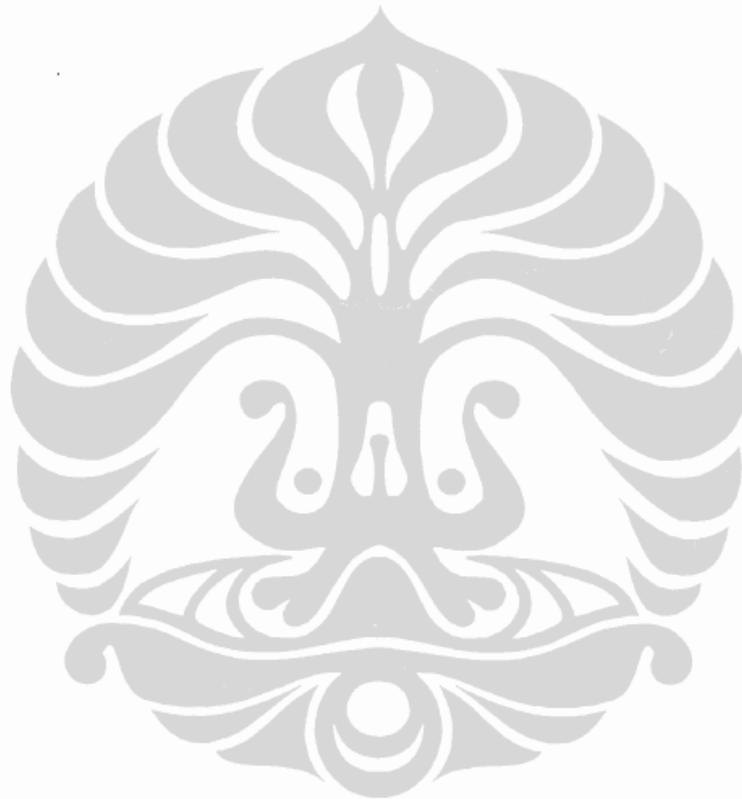
DAFTAR SKEMA

	HAL.
Skema 2.1 Respon seluler terhadap tekanan	16
Skema 3.1 Kerangka konsep penelitian	27
Skema 4.1 Desain penelitian	32



DAFTAR GAMBAR

	HAL.
Gambar 2.1 Lokasi yang sering terjadi luka tekan	9
Gambar 2.2 Stadium luka tekan	17



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Surat izin penelitian
- Lampiran 2 : Surat permohonan ijin
- Lampiran 3 : Surat keterangan lolos kaji etik
- Lampiran 4 : Penjelasan penelitian
- Lampiran 5 : Lembar persetujuan responden
- Lampiran 6 : Instrumen pengkajian resiko luka tekan Metode Braden
- Lampiran 7 : Instrumen pengkajian resiko luka tekan Metode Waterlow
- Lampiran 8 : Kuisisioner persepsi Metode Braden
- Lampiran 9 : Kuisisioner persepsi Metode Waterlow
- Lampiran 10 : Jadwal pelaksanaan penelitian
- Lampiran 11 : Panduan Pelatihan
- Lampiran 12 : Daftar riwayat hidup



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Luka tekan (*Pressure Ulcers*) adalah kerusakan pada kulit pada posisi tidur yang lama yang disebabkan oleh tekanan, perlukaan dan gesekan atau dari gabungan penyebab tersebut (European Pressure Ulcer Advisory Panel, 1998 dalam Kottner, 2009). Langkah utama pencegahan terjadinya luka tekan adalah keakuratan pengkajian resiko terjadinya luka tekan sehingga perawat dapat menetapkan dan melaksanakan intervensi untuk pencegahan (Bergstrom, Demuth, & Braden, 1987 dalam Kottner 2009).

Biaya yang dibutuhkan untuk penyembuhan luka tekan sangat tinggi, dikarenakan perawatan dirumah sakit yang lama, yang tentunya memiliki konsekuensi sosial dan ekonomi bagi seluruh keluarga pasien, kemungkinan terburuk adalah pasien dapat meninggal karena septikemia (Morison, 2004). Berdasarkan hasil survey di Amerika Serikat biaya yang dibutuhkan untuk perawatan pasien yang menderita luka tekan berkisar antara \$ 500 – 400.000 (Rp. 5000.000 – 400.000.000), jumlah ini bervariasi tergantung dari derajat luka tekan dan komplikasi yang dialami pasien (Curtis, Allman & Hill, 2007). Sedangkan biaya yang dibutuhkan untuk tindakan pencegahan luka tekan tidak mencapai setengah dari biaya yang dipakai untuk mengobati luka tekan tersebut. Pasien yang mengalami luka tekan dapat menuntut pertanggung jawaban dari rumah sakit karena kelalaian dalam perawatan pasien, ganti rugi £ 100.000 dapat diberikan kepada seorang penuntut yang dikabulkan tuntutananya (Silver, 1987 dalam Morison, 2004).

Luka tekan merupakan masalah yang sering terjadi di rumah sakit di Amerika Serikat yaitu berkisar 3 – 11% pada unit perawatan akut dan 24% pada unit perawatan jangka panjang (Ayello, 2003). Menurut Port (2005, dalam Le Mone 2008) insiden luka tekan di rumah sakit mencapai 8% dan insiden luka tekan di unit perawatan jangka panjang berkisar 2,4 – 23%. Kejadian luka tekan pada pasien yang dirawat di ruang ICU rumah sakit di Pontinak mencapai 33% (Suriadi, 2007), kemudian angka kejadian luka tekan periode November sampai dengan Desember 2009 di Rumah Sakit Umum daerah Dr. H. Abdul Moeloek (RSUDAM) Propinsi Lampung pada unit perawatan

bedah : Ruang mawar (bedah wanita 50%, Ruang gelatik (bedah orthopedic) 48%, dan ruang kutilang (bedah pria) 12,8%.

Kejadian luka tekan ini akan menimbulkan komplikasi serius pada pasien, misalnya sepsis dan kematian (Ayello, 2003). Jika terjadi luka tekan akan sulit untuk disembuhkan dan memerlukan biaya yang tinggi, menyebabkan memanjangnya waktu rawat di rumah sakit dan meningkatkan mortalitas (Ignatavicius dan Workman, 2006).

Langkah pertama pada proses keperawatan adalah pengkajian, yaitu pengumpulan data oleh perawat. Informasi dikumpulkan dengan menggunakan metode observasi, wawancara, pemeriksaan fisik dan intuisi serta dari sumber lain termasuk, pasien, keluarga atau orang lain yang dekat dengan pasien, catatan kesehatan, tim kesehatan lain serta sumber kepustakaan (Craven & Hirnle, 2007). Pengkajian meliputi aspek bio-psiko-sosial dan spritual. Hasil pengkajian yang baik menentukan pembuatan diagnosa yang tepat, begitu seterusnya terhadap langkah perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

Identifikasi pasien yang beresiko tinggi mengalami luka tekan sangat penting untuk efektifitas dalam penatalaksanaan luka tekan karena sangat menentukan strategi dan tindakan yang digunakan dalam pencegahan terjadinya luka tekan (Keller, 2002; Stechmiller, 2008 dalam Kottner, 2009). Untuk mendukung pengkajian resiko luka tekan diharapkan menggunakan panduan pengkajian dengan skala yang direkomendasikan untuk dapat diaplikasikan pada praktikal klinik (Stechmiller, 2008 dalam Kottner, 2009).

Persoalan alat ukur yang digunakan ketika melakukan pengumpulan data sering dihadapkan pada persoalan akurasi, konsisten dan stabilitas sehingga hasil pengukuran yang diperoleh bisa mengukur dengan akurat sesuatu yang sedang diukur. Instrumen ini memang harus memiliki akurasi ketika digunakan. Konsisten dan stabil dalam arti tidak mengalami perubahan dari waktu pengukuran satu ke pengukuran yang lain. Perawat harus mengetahui alat ukur atau instrument yang memiliki validitas dan reliabilitas yang baik dalam mengumpulkan data. Data yang kurang memiliki validitas dan reliabilitas akan menghasilkan kesimpulan yang kurang lazim.

Metode pengkajian resiko luka tekan yang sering digunakan antara lain adalah metode Braden dan Waterlow. Metode waterlow pertama kali diperkenalkan di Inggris tahun 1985, terdiri dari 10 item yaitu : jenis kelamin dan umur, perbandingan bentuk/berat badan dan tinggi badan, kontinen atau eliminasi, resiko khusus/malnutrisi jaringan, mobilitas, deficit neurologis, obat-obatan, jenis kulit dan daerah resiko yang terlihat, bedah atau trauma mayor, nafsu makan. Setiap item mempunyai nilai antara 0 sampai dengan 8 total score antara 2 sampai dengan 69, kesimpulan dari penilaian bila score diatas 10 “ resiko ”, score diatas 15 “ resiko tinggi”, dan score diatas 20 “ sangat resiko tinggi” (Waterlow, 1985). Metode waterlow dirancang pertama kali untuk upaya menyempurnakan skala Norton dengan memasukkan lebih banyak parameter didalamnya antara lain memasukkan factor nutrisi, pengkajian tipe kulit, predisposisi penyakit, dan gangguan kardiovaskuler, yang dapat ikut mendorong terjadinya iskemia jaringan (Morison , 2004).

Metode Braden pertama kali diperkenalkan di Amerika serikat tahun 1987 terdiri dari 6 item yaitu : persepsi – sensori, kelembaban, aktivitas, mobilitas, nutrisi, gesekan. Setiap item mempunyai nilai antara 1 sampai dengan 4 total score antara 6 sampai dengan 23, kesimpulan dari penilaian bila score 18-15 “ resiko ringan ”, score 14-13 “ resiko sedang”, score 12-10 “ resiko tinggi” dan score 9 atau kurang “ sangat beresiko” (Ayello dan Braden, 2002).

Berdasarkan beberapa hasil penelitian tentang validitas instrumen pengkajian resiko luka tekan antara lain untuk Metode Braden diruang ICU mempunyai sensitivitas 83% dan spesifitas 90% dan di *nursing home* mempunyai sensitivitas 46% dan spesifitas 88% (Bergstrom et al., 1994 dalam Bell J, 2009), sedang di unit orthopedic mempunyai sensitivitas 64% dan spesifitas 87% (Langemo et al., 1991 dalam Bell J, 2009), dan di unit Cardiothorasic mempunyai sensitivitas 73% dan spesifitas 91% (Barnes et al., 1993 dalam Bell J, 2009). Metode Waterlow mempunyai sensitivitas 73% dan spesifitas 38% (Smith, 1989 dalam Bell J, 2009). Metode Norton di unit orthopedic mempunyai sensitivitas 50% dan spesifitas 31% (Smith, 1989 dalam Bell J, 2009). Penelitian diatas menunjukkan validitas instrumen pengkajian resiko luka tekan yang tertinggi yaitu Metode Braden dan Waterlow.

Kotner dan Dassen (2008) melakukan penelitian tentang reliabilitas menggunakan pengkajian luka tekan metode Waterlow meneliti Interrater reliability dari berbagai penelitian (*systematic review*) antara lain dari CINAHL (1985–June 2008), dengan mengukur Intraclass Correlation Coefisien (ICC) dengan hasil $ICC(2, 1) = 0.97$ (95% C.I. 0.94–0.98).

Merujuk pada hasil penelitian tersebut, disimpulkan bahwa penggunaan Metode Braden dan Waterlow baik untuk menentukan kondisi luka tekan pasien dilihat dari segi validitas dan reliabilitas instrumennya. Komponen atau kategori metode braden dan waterlow terlihat perbedaan berdasarkan jumlah faktor – faktor yang mempengaruhi luka tekan, terlihat bahwa metode waterlow berusaha untuk menambahkan sebanyak mungkin parameter faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya luka tekan.

Upaya untuk meningkatkan hasil pelayanan kesehatan pada pasien yang dirawat dengan penyakit bedah memerlukan kerjasama tim yang baik antara dokter, perawat dan tim kesehatan lainnya. Perawat merupakan ujung tombak dalam pelayanan terhadap pasien, sehingga perawat sangat bertanggung jawab terhadap hal-hal yang dapat menyebabkan pasien mengalami masalah-masalah lain selama pasien dirawat salah satunya yaitu apabila pasien mengalami luka tekan. Oleh sebab itu dalam menggunakan suatu instrument pengkajian luka tekan diperlukan suatu pengetahuan atau wawasan yang luas tentang pengkajian resiko luka tekan dengan Metode Braden dan Waterlow terutama pada komponen-komponen alat pengkajian tersebut dan penggunaannya.

Sebelum menggunakan instrument pengkajian resiko luka tekan metode Braden dan Waterlow perawat di Unit perawatan bedah Rumah Sakit Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung menggunakan *clinical judgment* yaitu melihat langsung kondisi pasien apakah pasien resiko mengalami luka tekan dengan melihat kondisi kulit pasien yang tertekan dan belum menggunakan instrument yang standar. Melihat cukup tingginya angka kejadian luka tekan di unit perawatan bedah diperlukan instrument yang baik dari segi validitas dan reliabilitasnya serta mudah digunakan oleh perawat.

Instrumen pengkajian resiko luka tekan dengan metode Braden dan Waterlow merupakan alat yang baru akan digunakan, peneliti mengasumsikan alat yang baru

digunakan akan timbul adanya kecanggungan dalam penggunaannya, adalah hal yang mungkin dapat terjadi dan kondisi tersebut dapat menurunkan efektifitas alat tersebut, sehingga mendorong peneliti untuk meneliti bagaimana penilaian perawat terhadap pengkajian resiko luka tekan dengan metode Braden dan Waterlow pada unit perawatan bedah Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung.

1.2 Rumusan Masalah

Pada pasien-pasien yang dirawat dirumah sakit khususnya diunit perawatan bedah memiliki resiko untuk terjadinya luka tekan, maka diperlukan suatu alat pengkajian resiko luka tekan yang cepat, tepat dan akurat untuk mengetahui perkembangan pasien selanjutnya.

Perawat merupakan ujung tombak dalam pelayanan terhadap pasien, sehingga perawat sangat bertanggung jawab terhadap hal-hal yang dapat menyebabkan pasien mengalami masalah-masalah lain selama pasien dirawat salah satunya yaitu apabila pasien mengalami luka tekan. Oleh sebab itu dalam menggunakan suatu instrument pengkajian resiko luka tekan diperlukan suatu pengetahuan atau wawasan yang luas tentang pengkajian resiko luka tekan dengan metode Braden dan Waterlow.

Metode Braden dan Waterlow baru digunakan, sehingga mengundang pertanyaan bagaimanakah persepsi perawat menggunakan metode Braden dan Waterlow dalam melakukan pengkajian resiko luka tekan di Unit perawatan bedah Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi persepsi perawat terhadap pengkajian resiko luka tekan Metode Braden dan Waterlow pada unit perawatan penyakit bedah.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Mengidentifikasi persepsi perawat terhadap deskripsi kategori pengkajian resiko luka tekan Metode Braden ; persepsi sensori, kelembaban, nutrisi, aktifitas, mobilitas, dan gesekan.

- 1.3.2.2 Mengidentifikasi persepsi perawat terhadap deskripsi kategori pengkajian resiko luka tekan Metode Waterlow ; perbandingan berat badan terhadap tinggi badan, kontinen eliminasi, deficit neurologis, resiko khusus/malnutrisi jaringan, mobilitas, bedah atau trauma mayor, obat-obatan, jenis kulit dan daerah resiko yang terlihat.
- 1.3.2.3 Mengidentifikasi persepsi perawat terhadap penetapan skor pada setiap butir kategori pengkajian resiko luka tekan Metode Braden.
- 1.3.2.4 Mengidentifikasi persepsi perawat terhadap penetapan skor pada setiap butir kategori pengkajian resiko luka tekan Metode Waterlow.
- 1.3.2.5 Mengidentifikasi persepsi perawat terhadap penetapan skor akhir pengkajian resiko luka tekan Metode Braden.
- 1.3.2.6 Mengidentifikasi persepsi perawat terhadap penetapan skor akhir pengkajian resiko luka tekan Metode Waterlow.
- 1.3.2.7 Mengidentifikasi persepsi perawat terhadap pengkajian resiko luka tekan Metode Braden dan waterlow
- 1.3.2.8 Mengidentifikasi perbedaan persepsi perawat terhadap pengkajian resiko luka tekan Metode Braden dan Waterlow.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Pelayanan keperawatan

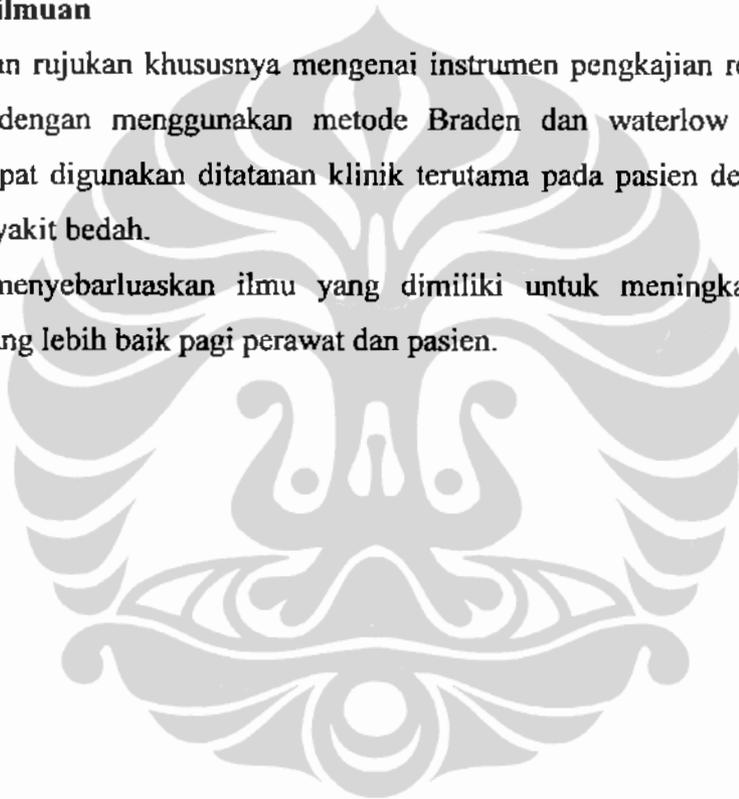
- 1.4.1.1 Sebagai penambah pengetahuan dan wawasan bagi perawat unit perawatan penyakit bedah tentang komponen pengkajian resiko luka tekan dengan menggunakan pengkajian Metode Braden dan Waterlow pada pasien dengan penyakit bedah.
- 1.4.1.2 Mendapatkan instrumen pengkajian resiko luka tekan yang mudah dan dapat mendeteksi kejadian luka tekan dengan tepat sehingga dapat digunakan oleh semua perawat.
- 1.4.1.3 Mengarahkan bidang Diklit (Pendidikan dan Latihan) untuk melakukan peningkatan pengetahuan perawat terhadap beberapa aspek yang dipersepsikan sulit.
- 1.4.1.4 Meningkatkan supervisi dan edukasi dalam pelaksanaan pengkajian resiko luka tekan Metode Braden dan Waterlow.

1.4.2 Penelitian Keperawatan

- 1.4.2.1 Sebagai informasi awal untuk penelitian selanjutnya, terkait dengan pengkajian, intervensi dan implementasi pada pasien dengan luka tekan khususnya untuk pengembangan studi keperawatan medikal bedah.
- 1.4.2.2 Menjadi masukan dalam merencanakan dan membuat penelitian keperawatan yang berfokus pada pengkajian keperawatan yang dapat memberikan manfaat nyata bagi perawat dan pasien.

1.4.3 Pengetahuan dan keilmuan

- 1.4.3.1 Sebagai bahan rujukan khususnya mengenai instrumen pengkajian resiko luka tekan dengan menggunakan metode Braden dan waterlow agar nantinya dapat digunakan ditatanan klinik terutama pada pasien dengan masalah penyakit bedah.
- 1.4.3.2 Membantu menyebarkan ilmu yang dimiliki untuk meningkatkan pelayanan yang lebih baik bagi perawat dan pasien.



BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Luka Tekan

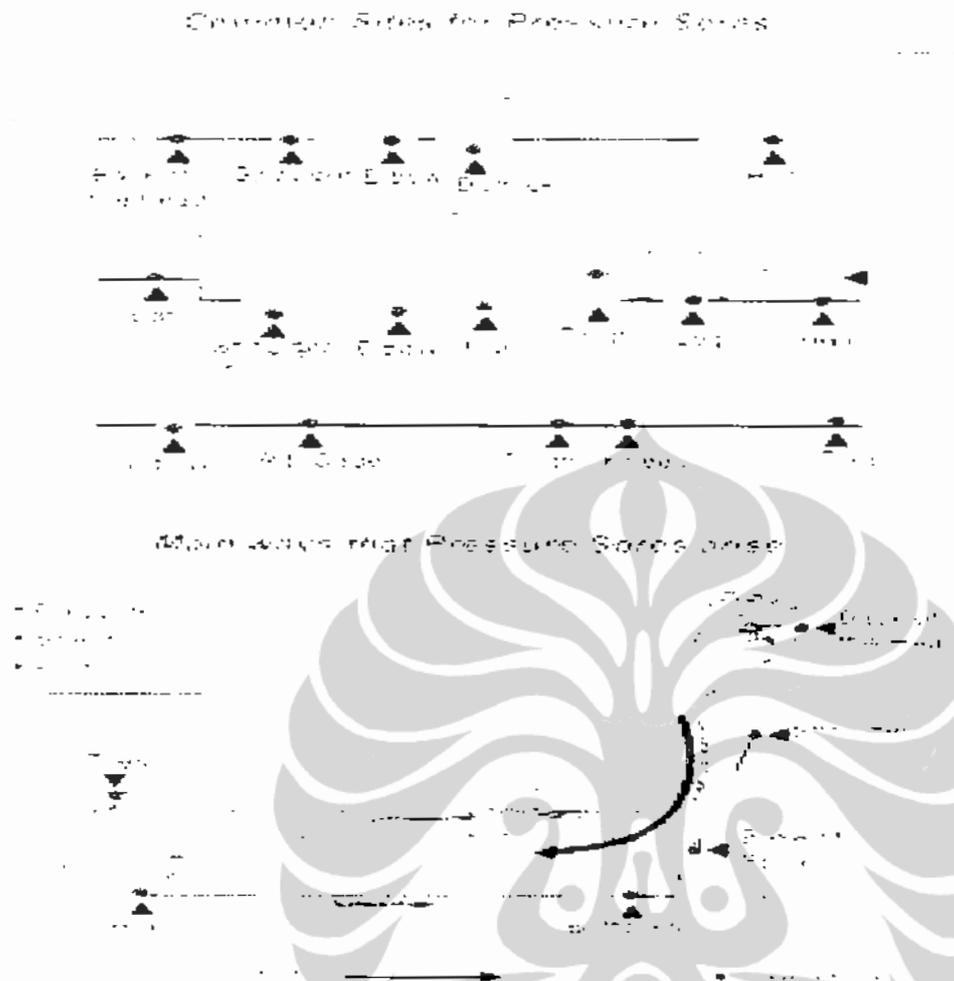
Luka tekan (*pressure ulcer*) atau dekubitus merupakan masalah serius dan sering terjadi pada pasien yang mengalami gangguan mobilitas, seperti pasien stroke, injuri tulang belakang atau penyakit degeneratif.

2.1.1 Pengertian

Luka tekan adalah kerusakan jaringan yang terjadi apabila kulit dan jaringan lunak dibawahnya tertekan oleh tonjolan tulang dan permukaan eksternal dalam jangka waktu yang lama (Ignatavicius & Workman, 2006). Luka tekan merupakan suatu lesi iskemik pada kulit dan jaringan dibawahnya yang disebabkan oleh adanya tekanan yang merusak aliran darah dan limfe, keadaan iskemik ini menyebabkan nekrosis jaringan dan akan menimbulkan luka, luka tekan ini bisa terjadi pada pasien yang berada dalam suatu posisi dalam jangka waktu yang lama baik posisi duduk maupun berbaring (Porth, 2005 dalam Le Mone dan Burke, 2008).

Linston, Matteson dan Maebius (2000) mengatakan bahwa luka tekan merupakan suatu jaringan nekrosis pada area yang terlokalisasi dan cenderung untuk terus menekan jika jaringan lunak tertekan dalam jangka waktu yang lama. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa luka tekan adalah lesi iskemik kulit dan jaringan lunak dibawahnya yang terlokalisasi dan cenderung untuk meluas jika diberi tekanan yang dapat merusak aliran darah dan limfe dalam jangka waktu yang lama, tekanan yang diberikan akan mengganggu suplai darah ke daerah yang tertekan sehingga menimbulkan kematian jaringan.

Luka tekan sering terjadi pada tonjolan tulang, seperti sacrum, iskial tuberositi dan trokanter namun luka tekan ini juga dapat terjadi pada bagian tubuh manapun. Tempat yang sering terjadi luka tekan pada orang dewasa adalah sacrum (30-48%), tumit (19-36%), ischium (6-16%), trokanter (6-11%), maleolus (7-8%), siku (5-9%), iliaka (4%), lutut (3-4%) dan selebihnya mengenai daerah dagu, oksipital, scapula, pretibial dan prosessus spinosus (Bryant, 2000). Seperti terlihat pada gambar 2.1



Gambar 2.1. Lokasi yang sering terjadi luka tekan

Diambil dari http://www.selectmedical.co.uk/images/pressure_sores.jpg

2.1.2 Faktor – faktor yang Mempengaruhi Luka Tekan

Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya luka tekan ada faktor yang bisa dirubah namun ada juga yang bersifat tetap, faktor tersebut adalah sebagai berikut :

2.1.2.1 Mobilisasi

Terjadinya luka tekan secara langsung berhubungan lamanya imobilitas. Jika penekanan berlanjut lama akan terjadi thrombosis pembuluh darah kecil dan nekrosis jaringan pada benjolan tulang yang menahan berat badan lebih rentan terjadi luka tekan (Smeltzer, Bare & Hinkle, 2008). Hal ini didukung oleh Ignatavicius dan Workman (2006) yang menyatakan

bahwa luka tekan sering ditemukan pada orang dengan pergerakan yang terbatas karena tidak mampu merubah posisi untuk menghilangkan tekanan. Tingkat ketergantungan mobilitas pasien merupakan factor yang langsung mempengaruhi resiko terjadinya luka.

2.1.2.2 Kerusakan Sensori Persepsi

Pasien yang tidak mampu merasakan atau mengkomunikasikan nyeri yang dirasakan akibat tekanan cenderung untuk mengalami luka tekan, pada pasien yang mengalami gangguan status mental karena stroke, trauma kepala, penyakit otak organik, Alzheimer disease, atau masalah kognitif lainnya beresiko untuk terjadinya luka tekanan namun mereka tidak bisa mengatakan pada orang lain untuk membantu mereka merubah posisi bahkan ada yang tidak mampu merasakan nyeri atau tekanan (Ignatavicius dan Workman, 2006).

2.1.2.3 Gesekan dan Robekan

Menurut Smeltzer, et al., (2008), gesekan adalah tahanan terhadap gerakan yang terjadi bila dua permukaan digesekkan satu sama lain, sedangkan gaya robekan merupakan gaya yang ditimbulkan sebagai interaksi antara gaya gravitasi dan gesekan dengan adanya gaya robekan ini maka lapisan jaringan akan saling menekan pembuluh darah teregang dan melilit serta sirkulasi mikro dan subkutan terganggu sacrum dan tumit merupakan bagian yang rentan terhadap gaya robekan.

Luka tekan akibat gesekan dan robekan terjadi pada saat pasien merosot diatas tempat tidur atau saat diposisikan tidak tepat. Pada keadaan ini pasien bisa merosot kebawah sehingga mengakibatkan tulangnya bergerak kebawah 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, kondisi otot yang spastic dan paralitik meningkatkan kerentanan terjadinya luka tekan yang berhubungan dengan gesekan dan robekan (Smeltzer, et al., ; Bryant, 2000).

2.1.2.4 Kelembaban

Kulit yang mengalami kondisi lembab secara berlebihan seperti pada pasien yang mengalami inkontinensia urine dan feces, berkeringat banyak atau drainage menyebabkan perlunakan pada kulit (maserasi) sehingga lebih rentan terhadap kerusakan akibat tekanan, selain itu kulit juga bereaksi terhadap bahan kaustik dalam ekskresi atau drainage tersebut sehingga mengalami iritasi (Smeltzer, et al., 2008). Pendapat yang sama dikemukakan oleh Ignatavicius dan Workman (2006) yang mengatakan bahwa inkontinensia menyebabkan kulit terkontak dalam jangka waktu yang lama dengan zat-zat seperti urea, bakteri, jamur, dan enzim yang berada dalam urine dan feces, zat-zat ini bersifat iritan dan akan menyebabkan kerusakan pada kulit.

2.1.2.5 Status Nutrisi

Diperkirakan 3-50% pasien yang dirawat di rumah sakit mengalami malnutrisi, gangguan intake nutrisi, intake protein yang rendah, ketidakmampuan untuk makan sendiri dan kehilangan berat badan merupakan predictor independen terhadap berkembangnya luka tekan (Bergstrom & Braden, 1992; Brandeis, 1990; dalam Bryant, 2000).

Smeltzer, et al., (2008) juga berpendapat bahwa defisiensi nutrisi, anemia dan gangguan metabolic juga mendukung terjadinya luka tekan, setiap jenis anemia akan menurunkan kemampuan darah untuk membawa oksigen dan mendukung terjadinya luka tekan. Pasien yang mempunyai kadar protein rendah akan mengalami penipisan jaringan dan menghambat proses perbaikan jaringan juga akan menimbulkan edema jaringan serta meningkatkan resiko terjadinya luka tekan. Vitamin C dan mineral juga diperlukan untuk pemeliharaan dan perbaikan jaringan.

2.1.2.6 Usia

Pertambahan usia juga dipertimbangkan sebagai salah satu factor resiko terjadinya luka tekan, pada orang lanjut usia kulit mengalami penurunan ketebalan, epidermal, kolagen dermal dan elastisitas jaringan kulit lebih kering akibat hilangnya sebacea dan aktifitas kelenjar keringat. Perubahan

pada kardiovaskuler menyebabkan perubahan perfusi jaringan, atropi otot dan struktur tulang juga memberi pengaruh (Smeltzer, et al., 2008). Proses penuaan juga mengakibatkan kehilangan otot, penurunan kadar serum albumin, penurunan respon inflamasi, penurunan elastisitas kulit, serta penurunan kohesi antara epidermis dan dermis, perubahan ini berkombinasi dengan factor penuaan lain akan membuat kulit menjadi berkurang toleransinya terhadap tekanan, gesekan, dan robekan lebih dari 50% pasien yang menderita luka tekan berusia lebih dari 70 tahun (Lyder, 2006).

2.1.2.7 Merokok

Nikotin yang terdapat pada rokok dapat menurunkan aliran darah dan memiliki efek toksik terhadap endothelium darah dan terhadap trombosit dengan meningkatkan agregasi trombosit, kedua proses ini akan memacu timbulnya penyempitan pembuluh darah yang akan menurunkan suplai darah keseluruh tubuh sehingga mempercepat terjadinya kematian jaringan pada daerah yang tertekan.

Menurut Salzberg, et al., (1998 dalam Bryant, 2000) bahwa rokok dapat menjadi predictor dalam pembentukan luka tekan, insiden dan perluasan luka lebih tinggi pada pasien yang mengkonsumsi rokok dalam jumlah banyak.

2.1.2.8 Indek masa tubuh

Pada orang dengan indek masa tubuh yang kecil cenderung akan mengalami penekanan tonjolan tulang yang lebih besar dibanding orang dengan indek masa tubuh yang lebih besar. Fife, Otto, Capsuto (2003) telah melakukan penelitian yang bertujuan untuk menentukan faktor resiko terhadap luka tekan diruang perawatan intensif. Penelitian ini merupakan Cohort pada pasien yang belum mengalami luka tekan (n : 186) dalam 12 jam pertama setelah masuk rumah sakit pasien telah dikaji factor resiko dan akan diperiksa kembali setiap 4 hari apakah terjadi luka tekan atau tidak, sampai dengan pasien kembali kerumah. Hasil yang didapatkan yaitu insiden luka tekan mencapai 12,4% dengan rata-rata kejadian luka tekan pada hari rawat ke 6,4 penelitian ini menyimpulkan bahwa resiko pasien

untuk mengalami luka tekan pada minggu pertama dirawat pada ruang perawatan intensif dan pasien yang beresiko adalah pasien yang mempunyai skor braden kurang dari 16 dan yang mempunyai berat badan kurang.

Vangilder, Macfarlane, Meyer (2008) melakukan penelitian untuk melihat hubungan antara prevalen luka tekan, indek masa tubuh dan berat badan survey ini dilakukan dengan melihat laporan kejadian luka tekan di Amerika Serikat tahun 2006-2007 hasil penelitian menunjukkan bahwa prevalensi luka tekan lebih tinggi pada pasien dengan indek masa tubuh rendah, dan juga pada pasien yang berat badan kurang dan berat badan lebih.

2.1.2.9 Tekanan darah rendah

Pada kondisi tekanan darah sistolik < 100 mmHg dan diastolic dibawah < 60 mmHg akan meningkatkan resiko berkembangnya luka tekan (Bergstrom, 1997, Gosnell, 1973, dalam Bryant, 2000) dalam keadaan hipotensi darah akan dialihkan dari kulit ke organ vital, sehingga akan menurunkan toleransi kulit terhadap tekanan. Hal ini menggambarkan kondisi dimana tekanan yang lebih sedikit akan mampu melawan tahanan kapiler yang sudah rendah yang akan memperburuk perfusi kedaerah kulit.

2.1.2.10 Suhu tubuh

Berkembangnya luka tekan dapat juga dipengaruhi oleh suhu tubuh hal ini dapat terjadi karena dengan meningkatnya suhu tubuh 1 derajat akan meningkatkan kebutuhan metabolisme jaringan sebesar 10%. Peningkatan metabolisme ini akan meningkatkan konsumsi oksigen dan kebutuhan energy pada tingkat sel termasuk pada daerah yang mendapat tekanan sehingga kerusakan jaringan akan semakin cepat terjadi peningkatan suhu tubuh juga akan mengaktivasi kelenjar keringat sehingga meningkatkan kelembaban pada permukaan kulit (Knox, 1999).

2.1.2.11 Tekanan antar permukaan

Menurut hasil penelitian, faktor penting lainnya yang juga berpengaruh terhadap risiko terjadinya luka tekan adalah tekanan antar muka (*interface*

pressure). Tekanan antar muka adalah kekuatan per unit area antara tubuh dengan permukaan matras. Apabila tekanan antar muka lebih besar daripada tekanan kapiler rata rata, maka pembuluh darah kapiler akan mudah kolap, daerah tersebut menjadi lebih mudah untuk terjadinya iskemia dan nekrotik. Tekanan kapiler rata rata adalah sekitar 32 mmHg. Menurut penelitian Sugama (2000) dan Suriadi (2003) tekanan antarmuka yang tinggi merupakan faktor yang signifikan untuk perkembangan luka tekan. Tekanan antar muka diukur dengan menempatkan alat pengukur tekanan antar muka (*pressure pad evaluator*) diantara area yang tertekan dengan matras.

2.1.2.11 Penyakit yang mendasari

Penelitian yang dilakukan oleh Uzun & Tan (2006) terhadap 344 responden, 55,5% adalah laki-laki, 92,7% dalam keadaan sadar, dan rata-rata umur 51,73 tahun (SD 16,44; range 18-88 tahun) mendapatkan hasil yaitu tidak ada perbedaan yang signifikan diantara usia, jenis kelamin, atau indek massa tubuh pada pasien yang menderita dan yang tidak menderita luka tekan perbedaan ditemukan antara kelompok pasien berdasarkan unit tempat dirawat, status pembedahan, tingkat kesadaran, adanya penyakit yang mendukung atau masalah medic lainnya, tingkatan resiko luka tekan dan tingkatan serum albumin. Sebagian besar pasien yang menderita luka tekan mempunyai masalah medis tambahan seperti fraktur, DM, Paralisis, inkontinensia urine, gagal jantung, dan masalah lainnya.

2.2 Patofisiologi luka tekan

Menurut Bryant (2000), patofisiologi luka tekan terdiri dari : penampilan klinik, respon otot, dan respon seluler.

2.2.1 Penampilan klinik

Obstruksi aliran darah kapiler karena adanya tekanan dari luar akan menyebabkan iskemia jaringan, jika tekanan tersebut dihilangkan dalam waktu yang singkat maka darah akan mengalir kembali dan kulit terlihat memerah

yang disebut dengan *reactive hyperemia* atau *blanching erythema*. *Reactive hyperemia* merupakan mekanisme kompensasi tubuh dengan mendilatasi pembuluh darah pada daerah yang tertekan pada periode iskemik jika daerah yang memerah ini ditekan dengan jari maka akan menjadi pucat/putih dan terasa nyeri pada pasien dengan sensasi yang baik. Hal ini merupakan gejala awal adanya tekanan dan masih bisa dikembalikan ke kondisi semula jika tekanan dihilangkan tanpa menimbulkan kerusakan jaringan (Bryant, 2000)

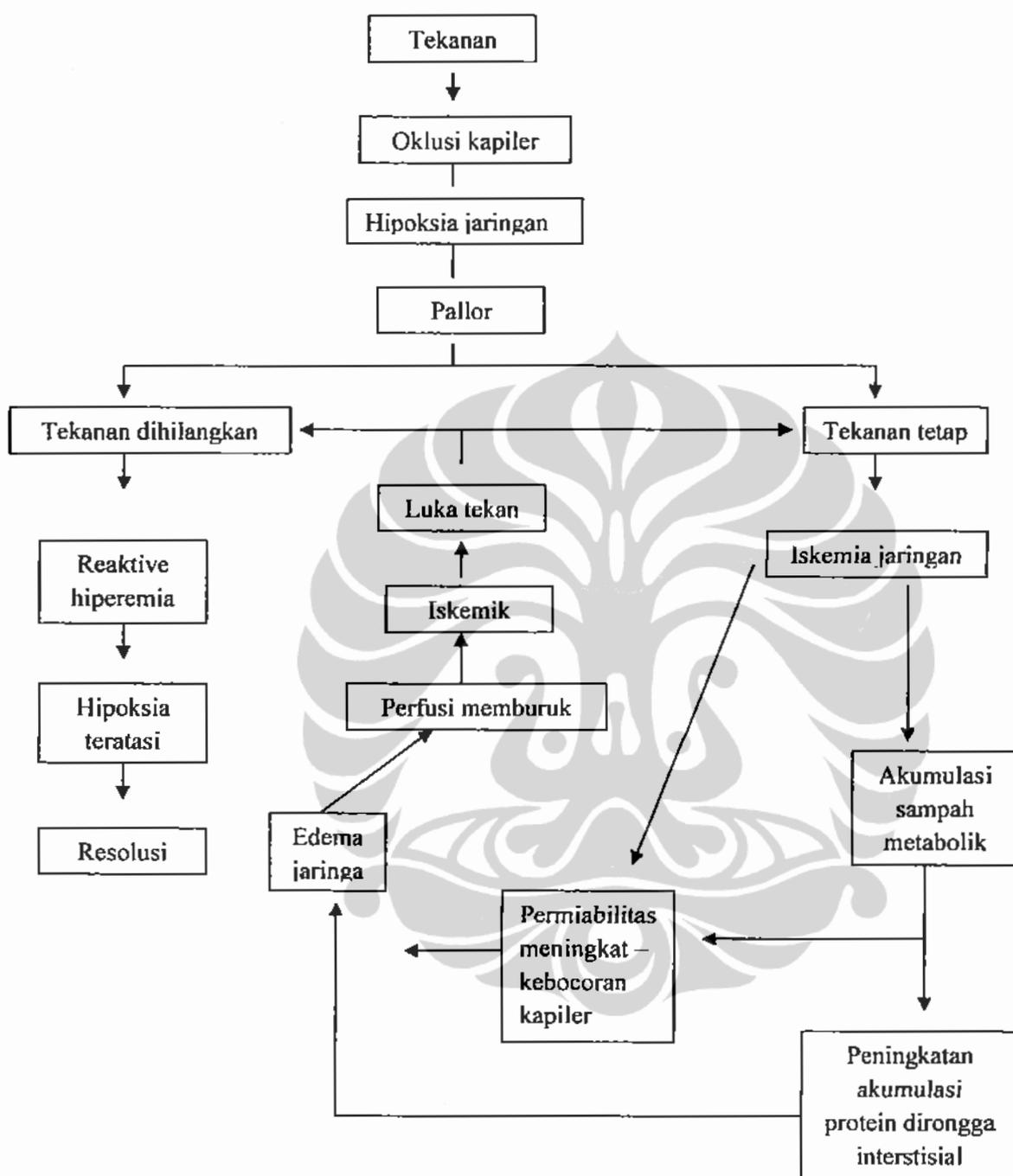
Jika tekanan terhadap daerah tersebut tidak dihilangkan maka akan timbul eritema yang tidak memudar dengan tekanan (*non blanching erytema*). *Non blanching erytema* ini merupakan tanda adanya kerusakan aliran darah dan menggambarkan bahwa telah terjadi kerusakan jaringan. Eritema ini terjadi sebagai akibat dari kerusakan pembuluh darah dan ekstrasvasasi darah ke dalam jaringan warna kulit dapat menjadi merah terang, merah gelap atau ungu, jika terjadi kerusakan jaringan yang lebih dalam maka akan teraba indurasi atau menggembung saat dipalpasi (Bryant, 2000).

2.2.2 Respon otot

Kerusakan otot dapat terjadi pada luka tekan dan menjadi lebih parah dibandingkan kerusakan kulit dengan adanya tekanan oleh tulang terhadap jaringan lunak mengakibatkan kerusakan jaringan bagian dalam kulit terjadi yaitu mengenai otot dan fascia (Bryant, 2000).

2.2.3 Respon seluler

Pada saat tekanan mengoklusi kapiler maka akan dimulai suatu kondisi yang kompleks sekeliling jaringan menjadi kekurangan oksigen dan nutrient, sampah metabolic menumpuk dalam jaringan kapiler yang rusak menjadi lebih permeabel sehingga cairan bocor ke dalam rongga interstisial yang menyebabkan edema. Edema ini akan memperlambat perfusi ke jaringan dan kondisi hipoksia akan memburuk terjadi kematian sel dan sampah metabolic dilepaskan ke jaringan, inflamasi jaringan meluas dan kematian sel pun bertambah. Seperti pada skema 2.1



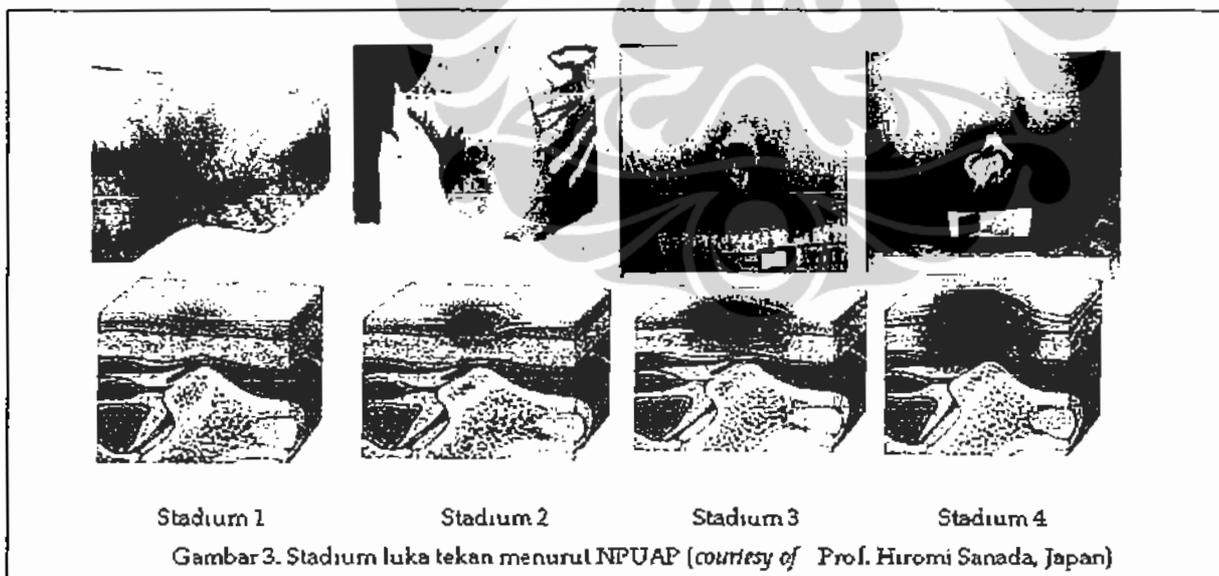
Skema 2.1 Respon seluler terhadap tekanan

Dimodifikasi dari Bryant (2000) acute and chronic wounds nursing management.

2.1.3 Derajat luka tekan

Derajat luka tekan menurut National Pressure Ulcer Advisory Panel (2007) membagi derajat luka tekan sebagai berikut :

- 2.1.3.1 Resiko kerusakan jaringan : Adanya perubahan warna ungu atau merah maroon pada area kulit atau warna belang-belang. Mungkin nyeri, hangat atau dingin dibanding dengan area kulit sekitarnya
- 2.1.3.2 Stadium I : Kemerahan pada area kulit, ketika ditekan tidak akan berubah warna putih, ini mengindikasikan bahwa luka tekan mulai berkembang.
- 2.1.3.3 Stadium II : Kulit tampak belang dan robekan terbuka, area sekitarnya akan tampak merah dan iritasi.
- 2.1.3.4 Stadium III : Kehilangan lapisan kulit dari epidermis, dermis dan subkutis
- 2.1.3.5 Stadium IV : Kerusakan luka tekan yang sangat dalam mengenai otot, tulang tendon dan sendi
- 2.1.3.6 Unstageable : Kehilangan pada seluruh jaringan tampak ditutupi oleh slough dan skar



Gambar 2.2 Stadium luka tekan

Diambil dari <http://inna-ppni.or.id/index.php>

Menurut stadium luka tekan diatas, luka tekan berkembang dari permukaan luar kulit ke lapisan dalam (*top-down*). Namun menurut hasil penelitian saat ini, luka tekan juga dapat berkembang dari jaringan bagian dalam seperti fascia dan otot walaupun tanpa adanya adanya kerusakan pada permukaan kulit. Ini dikenal dengan istilah injuri jaringan bagian dalam (*Deep Tissue Injury/DTI*). Hal ini disebabkan karena jaringan otot dan jaringan subkutan lebih sensitif terhadap iskemia daripada permukaan kulit. Kejadian DTI sering disebabkan karena immobilisasi dalam jangka waktu yang lama, misalnya karena periode operasi yang panjang.

Jenis luka tekan ini lebih berbahaya karena berkembang dengan cepat daripada luka tekan yang dimulai dari permukaan kulit. Kebanyakan DTI juga lebih sulit disembuhkan walaupun sudah diberikan perawatan yang adekuat. NPUAP dan WOCN (2005) menyimpulkan bahwa DTI masuk ke dalam kategori luka tekan, namun stadium dari DTI masih diperdebatkan karena stadium yang selama ini ada merepresentasikan luka tekan yang dimulai dari permukaan menuju kedalam jaringan (*top-down*), sedangkan DTI dimulai dari dalam jaringan menuju ke kulit superficial (*bottom-up*). (Sari, 2008).

2.1.4 Pencegahan Luka tekan

Pencegahan luka tekan menurut Dochterman dan Bulechek (2004) dalam *Nursing Interventions Clasification* (NIC) adalah :

- 2.1.4.1. Gunakan alat pengkajian yang telah ditetapkan untuk memonitor factor resiko secara individual.
- 2.1.4.2 Gunakan metoda untuk mengukur suhu kulit untuk menentukan resiko luka tekan, sesuai dengan kebijakan institusi.
- 2.1.4.3 Anjurkan pasien untuk tidak merokok dan mengkonsumsi alcohol
- 2.1.4.4 Dokumentasikan kejadian luka tekan yang pernah dialami pasien sebelumnya
- 2.1.4.5 Dokumentasikan berat badan dan perubahan dalam berat badan
- 2.1.4.6 Dokumentasikan kondisi kulit saat masuk dan setiap hari
- 2.1.4.7 Monitor kondisi kemerahan pada kulit secara cermat
- 2.1.4.8 Hilangkan kelebihan kelembaban pada kulit yang disebabkan oleh keringat, drainage luka dan incontinencia urine dan fekal

- 2.1.4.9 Gunakan barrier pelindung seperti cream atau bantal penyerap kelembaban untuk menghilangkan kelembaban yang berlebihan sesuai dengan kebutuhan
- 2.1.4.10 Ubah posisi setiap 1 atau 2 jam sesuai kebutuhan
- 2.1.4.11 Ubah posisi dengan hati-hati untuk mencegah robekan pada kulit yang rapuh
- 2.1.4.12 Buat jadwal perubahan posisi pasien disamping tempat tidur jika memungkinkan
- 2.1.4.13 Inspeksi kulit pada daerah tonjolan tulang atau daerah yang tertekan pada saat reposisi, minimal sehari sekali
- 2.1.4.14 Hindari melakukan pijatan pada area tonjolan tulang
- 2.1.4.15 Gunakan bantal untuk menaikkan daerah yang tertekan
- 2.1.4.16 Pertahankan linen dalam keadaan bersih, kering dan bebas kerutan
- 2.1.4.17 Siapkan tempat tidur dengan menggunakan bantalan kaki
- 2.1.4.18 Gunakan tempat tidur dan kasur khusus, jika tersedia
- 2.1.4.19 Hindari penggunaan bantalan donat pada daerah sacral
- 2.1.4.20 Pertahankan kulit dalam kelembaban kering tidak melukai kulit
- 2.1.4.21 Hindari penggunaan air panas dan gunakan sabun yang lembut saat mandi
- 2.1.4.22 Monitor sumber tekanan dan gesekan
- 2.1.4.23 Gunakan pelindung bahu dan tumit sesuai kebutuhan
- 2.1.4.24 Berikan intake nutrisi yang adekuat, terutama protein, vitamin B dan C, zat besi dan kalori, suplemen, sesuai kebutuhan
- 2.1.4.25 Bantu pasien dalam mempertahankan berat badan yang sehat
- 2.1.4.26 Ajarkan anggota keluarga dan pemberi perawatan lain, tentang tanda-tanda kerusakan kulit.

2.2 Pengkajian Resiko Luka Tekan

Pernah diajukan salah satu alasan utama mengapa luka tekan terjadi dan seringkali begitu lambat penyembuhannya, adalah karena perawatan dilakukan dengan pengkajian yang tidak memadai mengenai resiko terjadinya luka tekan pada pasien (Abruzzese, 1985 dalam Morison, 2004).

Menurut Agate (1976, hal 33 dalam Morison, 2004), “ terdapat sedikit sekali luka tekan yang tidak dapat dicegah”. Meskipun demikian, pencegahan dapat menjadi sangat mahal, baik dari segi waktu perawatan maupun peralatan. Sangat penting bahwa usaha perawat

dalam pencegahan luka tekan ditargetkan pada pasien-pasien yang sangat beresiko terjadi luka tekan, adanya metode yang valid dan teruji dalam mengkaji resiko luka tekan sangat dibutuhkan agar dapat membedakan antara pasien yang tidak beresiko, beresiko rendah, beresiko sedang, dan beresiko tinggi.

Beberapa penelitian pernah dilakukan untuk mengelompokkan variabel-variabel yang berhubungan dengan factor-faktor predisposisi luka tekan kedalam skala pengkajian yang digunakan untuk menentukan resiko luka tekan pasien. Metode pertama yang dirancang adalah Metode Norton (1962), metode ini menilai lima faktor resiko yaitu kondisi fisik, kondisi mental, aktivitas, mobilisasi, dan inkontinensia. Ada sejumlah kritik terhadap Metode Norton, metode ini telah dirancang berdasarkan penelitian pada pasien-pasien berusia 65 tahun keatas dengan demikian hasil tersebut hanya valid untuk kelompok umur tersebut, metode ini ternyata kurang efektif pada kelompok anak dibawah enam tahun dan kelompok segala usia yang hanya beresiko untuk sebagian waktu saja (Horsley, 1981 dalam Morison, 2004).

Telah dilakukan beberapa usaha untuk menyempurnakan Metode Norton, yaitu dengan memasukkan lebih banyak parameter kedalamnya. Gosnell, 1973 dalam Morison, 2004 memasukkan tampilan kulit, tonus, dan sensasi, tetapi tidak memberikan nilai numerik pada parameter tersebut. Waterlow, 1985 dalam Morison, 2004 telah memasukkan faktor nutrisi, pengkajian tipe kulit, dan pengaruhnya untuk predisposisi penyakit, khususnya hal-hal yang menyangkut gangguan sensoris, dan gangguan kardiovaskuler, yang dapat ikut mendorong terjadinya iskemia jaringan. Metode Waterlow dapat dipakai secara luas dan merupakan alat bantu yang sangat bermanfaat untuk pengembangan pengkajian resiko luka tekan, keterampilan observasional, dan keputusan klinis.

Beberapa hasil penelitian tentang validitas instrumen pengkajian resiko luka tekan antara lain untuk skala Braden diruang ICU mempunyai sensitivitas 83% dan spesifitas 90% dan di *nursing home* mempunyai sensitivitas 46% dan spesifitas 88% (Bergstrom et al., 1994 dalam Bell J, 2009), sedang di unit orthopedic mempunyai sensitivitas 64% dan spesifitas 87% (Langemo et al., 1991 dalam Bell J, 2009), dan di unit Cardiothorasic mempunyai sensitivitas 73% dan spesifitas 91% (Barnes et al., 1993 dalam Bell J, 2009). Skala Waterlow mempunyai sensitivitas 73% dan spesifitas 38% (Smith, 1989 dalam Bell J, 2009). Skala Norton di unit orthopedic mempunyai sensitivitas 50% dan spesifitas 31% (Smith, 1989 dalam Bell J, 2009). Penelitian diatas menunjukkan validitas

instrumen pengkajian resiko luka tekan yang tertinggi yaitu skala Braden dan Waterlow.

2.2.1 Metode Braden

Metode Braden pertama kali diperkenalkan di Amerika serikat tahun 1987 terdiri dari 6 item, setiap item mempunyai nilai antara 1 sampai dengan 4 total score antara 6 sampai dengan 23, kesimpulan dari penilaian bila score 18-15 “ resiko ringan ”, score 14-13 “ resiko sedang”, score 12-10 “ resiko tinggi” dan score 9 atau kurang “ sangat beresiko” (Ayello dan Braden, 2002).

Tabel 2.1 Pengkajian resiko luka tekan Metode Braden

NO	KATAGORI	DESKRIPSI	SKOR
1	Persepsi – sensori	a. Tidak dapat merasakan nyeri	1
		b. Gangguan sensori pada setengah permukaan tubuh	2
		c. Gangguan sensori pada 1 atau 2 ekstremitas	3
		d. Tiadak ada gangguan sensori	4
2	Kelembaban	a. Selalu terpapar oleh keringat atau urine (kulit basah)	1
		b. Kulit lembab	2
		c. Kulit kadang-kadang lembab	3
		d. Kulit kering	4
3	Aktivitas	a. Tergeletak ditempat tidur	1
		b. Tidak bisa berjalan	2
		c. Berjalan pada jarak terbatas	3
		d. Dapat berjalan sekitar ruangan	4
4	Mobilitas	a. Tidak mampu bergerak	1
		b. Tidak dapat merubah posisi secara tepat dan teratur	2
		c. Dapat merubah posisi ekstremitas secara mandiri	3
		d. Dapat merubah posisi tidur tanpa bantuan	4
5	Nutrisi	a. Tidak dapat menghabiskan 1/3 porsi makannya	1
		b. Jarang mampu menghabiskan ½ porsi makannya	2
		c. Mampu menghabiskan lebih dari ½ porsi makannya	3
		d. Dapat menghabiskan porsi makannya	4
6	Gesekan	a. Tidak mampu mengangkat badannya sendiri	1
		b. Membutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya	2
		c. Dapat bergerak bebas tanpa gesekan	3

Enam kategori dari skala braden yaitu : persepsi sensori, kelembaban, aktifitas, mobilitas, nutrisi dan gesekan, kemudian setiap katagori terdiri masing-masing empat deskripsi kecuali pada katagori gesekan terdiri dari tiga deskripsi. Secara lengkap katagori dan masing-masing deskripsi skala braden terdapat pada table 2.1.

Total skor skala braden yang terendah adalah 6 sedangkan total skor tertinggi adalah 23, dengan kesimpulan dari penilaian bila score 18-15 “ resiko ringan ”, score 14-13 “ resiko sedang”, score 12-10 “ resiko tinggi” dan score 9 atau kurang “ sangat beresiko”.

Berdasarkan beberapa hasil penelitian tentang validitas instrument pengkajian luka tekan antara lain untuk skala Braden diruang ICU mempunyai sensitivitas 83% dan spesifitas 90% dan di *nursing home* mempunyai sensitivitas 46% dan spesifitas 88% (Bergstrom et al., 1994), sedang di unit orthopedic mempunyai sensitivitas 64% dan spesifitas 87% (Langemo et al., 1991), dan di unit Cardiothorasic mempunyai sensitivitas 73% dan spesifitas 91% (Barnes et al., 1993).

Penelitian Brown pada tahun 2004 dengan metode meta analisis validitas dan efektifitas braden scale, analisis dilakukan terhadap 27 hasil penelitian antara tahun 1998-2002 semua penelitian tersebut pada intinya penerapan braden scale pada pasien yang dirawat dirumah sakit termasuk pasien stroke. Hasil analisis didapatkan bahwa tingkat akurasi prediksi braden scale yaitu True Positive (TP) : 6%-88%, False Negative (FN) : 8%-45%, Positive Predictive Value (PPV) : 9%-42%, Negative Predictive Value (NPV) : 88-42%, hasil ini disimpulkan bahwa braden scale cenderung memiliki over prediction yang cukup tinggi dan under prediction yang rendah.

Penelitian di Indonesia Era (2009) tentang efektifitas braden scale untuk memprediksi luka tekan di Rumah Sakit Umum Yohanes Kupang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa braden scale kemampuan yang baik dalam memprediksi terjadinya luka tekan, hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa 17 sampel (60,7%) mengalami luka tekan selama penelitian berlangsung. Nilai sensitifitasnya 88,2%, spesifitasnya 72,7%, FN 11,8% dan FP 27,3%.

Ayello (2003) melakukan studi prospektif tentang prediksi kejadian luka tekan menggunakan skala braden pada lanjut usia dengan gangguan medic dan kognitif dengan

setingan perawatan akut dan perawatan dirumah. Hasilnya menunjukkan Interraterreliability antara 0,83 – 0,99 dan alat ini menunjukkan kesamaan hasil bila digunakan pada orang kulit putih maupun kulit hitam. Sensitifitas berkisar antara 83 – 100% dan spesifitas antara 64 – 90% tergantung *cut of point* yang digunakan. Di Indonesia pengukuran pengkajian luka tekan dengan skala Braden mempunyai validitas dan reliabilitas yang tinggi (Sari, 2008).

2.2.2 Metode Waterlow

Metode Waterlow terdiri dari 10 item pertama kali diperkenalkan di Inggris tahun 1985, setiap item mempunyai nilai antara 0 sampai dengan 8 total score antara 2 sampai dengan 69, kesimpulan dari penilaian bila score diatas 10 “resiko”, score diatas 15 “resiko tinggi”, dan score diatas 20 “sangat resiko tinggi” (Waterlow, 1985).

Sepuluh item pengkajian resiko luka tekan Metode Braden yaitu : perbandingan berat badan terhadap tinggi badan, kontinen eliminasi, deficit neurologis, resiko khusus/malnutrisi jaringan, mobilitas, bedah atau trauma mayor, obat-obatan, jenis kulit dan daerah resiko yang terlihat, jenis kelamin dan umur, nafsu makan

Total score skala waterlow yang terendah adalah 2 sedang score yang tertinggi adalah 69, kesimpulan dari penilaian bila score diatas 10 “resiko”, score diatas 15 “resiko tinggi”, dan score diatas 20 “sangat resiko tinggi”. Metode waterlow menggunakan lebih banyak parameter yang menjadi factor terjadinya luka tekan dibandingkan dengan metode braden. Sepuluh katagori dan deskripsi masing-masing katagori terdapat pada tabel 2.2.

Berdasarkan beberapa hasil penelitian tentang validitas instrument pengkajian resiko luka tekan antara lain untuk Skala Waterlow mempunyai sensitivitas 73% dan spesifitas 38% (Smith, 1989). Menurut penelitian reliabilitas Jan Kottner, Theo Dassen (2008) melakukan penelitian menggunakan pengkajian luka tekan metode Waterlow meneliti Interrater reliability dari berbagai penelitian (*systematic review*) antara lain dari CINAHL (1985–June 2008) dengan mengukur Intraclass Correlation Coefisien (ICC) dengan hasil $ICC(2, 1) = 0.97$ (95% C.I. 0.94–0.98).

Tabel 2.2 Pengkajian resiko luka tekan Motode Waterlow

NO	KATAGORI	DESKRIPSI	SKOR
1	Jenis kelamin dan umur	a. Laki-laki	1
		b. Wanita	2
		c. Usia 14 – 49 tahun	1
		d. Usia 50 – 64 tahun	2
		e. Usia 65 – 74 tahun	3
		f. Usia 75 – 80 tahun	4
		g. Usia > 80 tahun	5
2	Perbandingan bentuk/berat badan terhadap tinggi badan (BB/TB)	a. Rata – rata (20 – 24,9)	0
		b. Diatas rata – rata (25 – 29,9)	1
		c. Obesitas (>30)	2
		d. Dibawah rata – rata (<20)	3
3	Kontinen atau Eliminasi	a. Komplet / kateterisasi	0
		b. Inkontinensia urin	1
		c. Inkontinensia fekal	2
		d. Inkontinensia urin dan fekal	3
4	Resiko khusus / malnutrisi jaringan	a. Kachexia terminal	8
		b. Kegagalan multiple organ	8
		c. Kegagalan satu organ (pernafasan, ginjal, hati, jantung)	5
		d. Penyakit vaskuler perifer	5
		e. Anamia (Hb < 8)	2
		f. Merokok	1
5	Mobilitas	a. Mobilitas penuh	0
		b. Gelisah/resah	1
		c. Apatis	2
		d. Terbatas	3
		e. Kaku tak bertenaga (Seperti traksi)	4
		f. Dengan kursi roda	5
6	Defisit neurologis	a. Diabetes, MS, CVA, Motorik/sensorik paraplegi	4-6
7	Obat – obatan	a. Sitotoksik, steroid, anti inflamasi, anti koagulan	4
8	Jenis kulit dan daerah resiko yang terlihat	a. Sehat	0
		b. Tipis	1
		c. Kering	1
		d. Edema	1
		e. Lembab atau demam	1
		f. Pucat (Luka tekan stage 1)	2
		g. Luka tekan stage 2, 3, atau 4	3
9	Bedah atau trauma mayor	a. Orthopedic atau spinal	5
		b. Diatas meja operasi > 2 jam	5
		c. Diatas meja operasi > 6 jam	8
10	Nafsu makan	a. Rata – rata	0
		b. Buruk	1
		c. NGT/ hanya cairan	2
		d. Anoreksia atau tak ada masukan peroral	3

Interval yang dianjurkan untuk mengkaji luka tekan didasarkan pada stabilitas kondisi pasien, keparahan penyakit dan setingan klinik tempat pasien dirawat. Pasien yang beresiko namun memiliki perkembangan penyakit yang semakin membaik membutuhkan pengkajian yang lebih jarang dibandingkan dengan pasien yang kondisinya memburuk. Berikut ini adalah interval yang dianjurkan oleh University of Iowa Gerontological Nursing Intervention Research Center yang dimuat dalam guidelines untuk beberapa setting perawatan yaitu :

1. Unit perawatan akut : pasien harus dikaji saat masuk, kemudian dikaji kembali sekurang-kurangnya setiap 48 jam pasien yang dirawat di ICU yang kondisinya stabil perlu dikaji setiap hari, sedangkan yang kondisinya tidak stabil perlu dikaji setiap shift
2. Unit perawatan jangka panjang : pasien dikaji saat masuk, kemudian dikaji kembali setiap 48 jam ulang pertama, dikaji setiap minggu untuk bulan pertama dan untuk waktu selanjutnya dikaji setiap 1-3 bulan, atau disesuaikan dengan perubahan status kesehatan.

2.3 Persepsi

Menurut Stuart dan Laraia (1998), persepsi diartikan sebagai suatu identifikasi dan interpretasi awal terhadap stimulus yang dipengaruhi oleh informasi yang diterima melalui lima panca indera yang terdiri dari penglihatan, pendengaran, perabaan, penghidu dan pengecap. Persepsi juga diartikan sebagai suatu tanggapan (penerimaan) langsung dari suatu serapan atau proses seseorang mengetahui beberapa hal melalui panca inderanya (kamus besar bahasa Indonesia, 1992). Miller (1962) juga mengatakan bahwa persepsi adalah proses menjadi sadar objek dan hubungan terhadap dunia atau lingkungan di sekitar kita dimana kesadaran tergantung pada proses sensori.

Jadi persepsi adalah proses mengorganisasi, menginterpretasi, dan mengintegrasikan suatu stimulus atau informasi sehingga memberi arti tertentu terhadap rangsangan dan sangat dipengaruhi oleh pengalaman seseorang.

Menurut Damayanti (2001), proses pembentukan persepsi diawali dengan input-input sensoris. Panca indera menerima informasi-informasi yang kemudian disusun dan diinterpretasikan oleh otak menjadi persepsi. Pengaruh lingkungan, perasaan yang timbul bisa mempengaruhi ketepatan dan kejelasan persepsi. Persepsi juga terbentuk sebagai akibat tujuan atau harapan seseorang atas pengamatan atau pengalaman tertentu.

Menurut Stuart dan Sundeen (1995), ada lima faktor yang mempengaruhi persepsi, yaitu :

- (1) Perhatian yang selektif, ada suatu kecenderungan bahwa individu akan memusatkan perhatiannya pada rangsangan yang lebih menarik dan bermanfaat bagi dirinya.
- (2) Ciri - ciri rangsang atau stimulus, jika ada sebuah rangsang yang bergerak diantara rangsangan yang diam maka rangsangan yang bergerak akan lebih menarik perhatian kita. Begitu pula jika ada rangsangan yang paling besar diantara yang paling kecil maka yang kontras latar belakangnya dan yang paling kuat akan lebih menarik perhatian.
- (3) Nilai-nilai dan kebutuhan individu, orang yang mempunyai kebutuhan terhadap bidang / nilai-nilai tertentu akan mempunyai pola cita rasa yang berbeda dalam pengamatannya dibandingkan dengan orang yang tidak mempunyai kebutuhan pada bidang tersebut.
- (4) Pengalaman terdahulu, pengalaman terdahulu sangat mempengaruhi bagaimana seseorang mempersepsikan dirinya. Jika seorang individu pada saat lalu memiliki pandangan yang baik terhadap sesuatu maka hal tersebut akan mempengaruhi individu tersebut dalam menilai sesuatu yang baik itu pada saat sekarang.
- (5) Kebutuhan dan status emosional, kebutuhan memotivasi seseorang bertingkah laku untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Status emosional dapat mempengaruhi sensor input yang akibatnya mempengaruhi kemampuan seseorang dalam merespon sesuatu..

Menurut Koziar (1995), mengemukakan bahwa terdapat tiga faktor utama yang berperan penting dalam mempengaruhi persepsi seseorang yaitu :

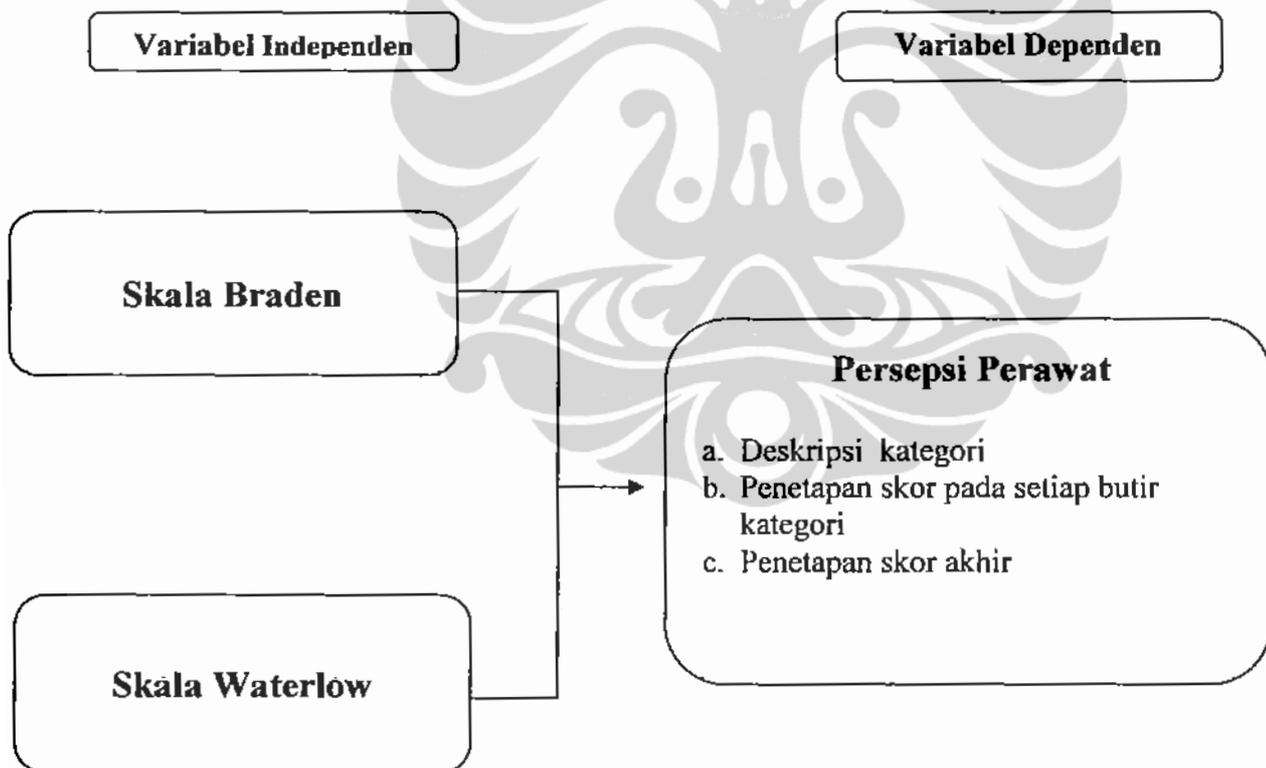
- (1) Seseorang memberikan persepsi terhadap sesuatu berdasarkan kebutuhan yang dirasakan pada saat itu.
- (2) Sistem nilai dan kepercayaan yang dianut.
- (3) Konsep diri.

BAB 3
KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN
DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan suatu kerangka berfikir yang utuh yang ingin dibuktikan atau dicari jawabannya. Pada kerangka konsep ini peneliti menghubungkan pengaruh variabel bebas (independen) terhadap variabel terikat (dependen).

Kerangka konsep yang dikembangkan dalam penelitian ini dapat dilihat pada skema 3.1.



Skema 3.1 : Kerangka Konsep Penelitian

3.2 Hipotesis

Berdasarkan kerangka konsep penelitian dapat dirumuskan hipotesis sebagai berikut :

3.2.1 Hipotesis mayor

Tidak ada perbedaan persepsi perawat terhadap pengkajian resiko luka tekan metode Braden dan Waterlow

3.2.2 Hipotesis minor

- a. Tidak ada perbedaan terhadap deskripsi kategori pada Metode Braden dan Waterlow
- b. Tidak ada perbedaan terhadap penetapan skor setiap butir kategori pada Metode Braden dan Waterlow
- c. Tidak ada perbedaan terhadap penetapan skor akhir pada Metode Braden dan Waterlow

3.3 Definisi Operasional

Tabel. 3.1 Variabel, Definisi Operasional, Cara Ukur, Hasil Ukur dan Skala Pengukuran

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat ukur dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Dependen				
	Persepsi	Pendapat perawat terhadap suatu instrumen pengkajian luka tekan			
	a. Deskripsi kategori metode Braden	Kemampuan perawat menginterpretasikan kategori metode Braden ; persepsi sensori, kelembaban, nutrisi, mobilitas, aktifitas, gesekan yang terdapat dalam format pengkajian			
	1. Persepsi sensori	Kemampuan pasien merasakan atau mengkomunikasikan nyeri yang dirasakan	Menggunakan kuisisioner 1	<ul style="list-style-type: none"> • Sulit (< median) • Mudah (≥ median) 	Nominal

2. Kelembaban	Permukaan kulit yang mengalami kondisi lembab dan teraba lembab secara berlebihan	Menggunakan kuisisioner 1	<ul style="list-style-type: none"> • Sulit (< median) • Mudah (\geq median) 	Nominal
3. Nutrisi	Gangguan masukan nutrisi, masukan protein yang rendah, ketidak mampuan untuk makan sendiri dan kehilangan berat badan	Menggunakan kuisisioner 1	<ul style="list-style-type: none"> • Sulit (< median) • Mudah (\geq median) 	Nominal
4. Aktifitas	Kemampuan bergerak dan atau berjalan yang dapat dilakukan oleh pasien	Menggunakan kuisisioner 1	<ul style="list-style-type: none"> • Sulit (< median) • Mudah (\geq median) 	Nominal
5. Mobilitas	Pergerakan atau perubahan posisi tubuh dan anggota tubuh	Menggunakan kuisisioner 1	<ul style="list-style-type: none"> • Sulit (< median) • Mudah (\geq median) 	Nominal
6. Gesekan	Keadaan pasien yang berada diatas tempat tidur, permukaan tubuh bergesekan dengan alas tempat tidur	Menggunakan kuisisioner 1	<ul style="list-style-type: none"> • Sulit (< median) • Mudah (\geq median) 	Nominal
b. Deskripsi kategori metode Waterlow				
	Kemampuan perawat menginterpretasikan kategori metode Waterlow ; perbandingan berat badan terhadap tinggi badan, kontinen eliminasi, deficit neurologis, resiko khusus/malnutrisi jaringan, mobilitas, bedah atau trauma mayor, obat-obatan, jenis kulit dan daerah resiko yang terlihat, jenis kelamin dan umur, nafsu makan yang terdapat dalam format pengkajian			
1. Perbandingan berat badan terhadap tinggi badan	Perbandingan berat badan terhadap tinggi badan	Menggunakan kuisisioner 2	<ul style="list-style-type: none"> • Sulit (< median) • Mudah (\geq median) 	Nominal
2. Kontinen/eliminasi	Pola pengeluaran urine atau fekal	Menggunakan kuisisioner 2	<ul style="list-style-type: none"> • Sulit (< median) • Mudah (\geq median) 	Nominal

3. Deficit neurologis	Gangguan neurologis yang dialami pasien	Menggunakan kuisisioner 2	<ul style="list-style-type: none"> • Sulit (< median) • Mudah (\geq median) 	Nominal
4. Resiko khusus/malnutrisi jaringan	Berbagai kondisi yang terkait dengan tubuh	Menggunakan kuisisioner 2	<ul style="list-style-type: none"> • Sulit (< median) • Mudah (\geq median) 	Nominal
5. Mobilitas,	Pergerakan atau kemampuan merubah posisi	Menggunakan kuisisioner 2	<ul style="list-style-type: none"> • Sulit (< median) • Mudah (\geq median) 	Nominal
6. Bedah atau trauma mayor	Pasien dilakukan tindakan bedah atau trauma mayor selama dirawat	Menggunakan kuisisioner 2	<ul style="list-style-type: none"> • Sulit (< median) • Mudah (\geq median) 	Nominal
7. Obat-obatan	Berbagai jenis obat-obatan yang diberikan : sitotoksik, steroid, anti inflamasi, anti koagulan	Menggunakan kuisisioner 2	<ul style="list-style-type: none"> • Sulit (< median) • Mudah (\geq median) 	Nominal
8. Jenis kulit dan daerah resiko yang terlihat	Jenis, kontur, kelembaban dan warna kulit pasien	Menggunakan kuisisioner 2	<ul style="list-style-type: none"> • Sulit (< median) • Mudah (\geq median) 	Nominal
9. Jenis kelamin dan umur	Jenis kelamin laki-laki atau perempuan dan usia pasien berdasarkan tahun lahir	Menggunakan kuisisioner 2	<ul style="list-style-type: none"> • Sulit (< median) • Mudah (\geq median) 	Nominal
10. Nafsu makan	Keinginan pasien untuk mengkonsumsi makanan dan cara masukan makanan yang dialami	Menggunakan kuisisioner 2	<ul style="list-style-type: none"> • Sulit (< median) • Mudah (\geq median) 	Nominal
c. Penetapan skor pada setiap butir kategori metode Braden	Kemampuan perawat menetapkan skor pada setiap butir kategori metode Braden sesuai skala yang tersedia	Menggunakan kuisisioner 1	<ul style="list-style-type: none"> • Sulit (< median) • Mudah (\geq median) 	Nominal

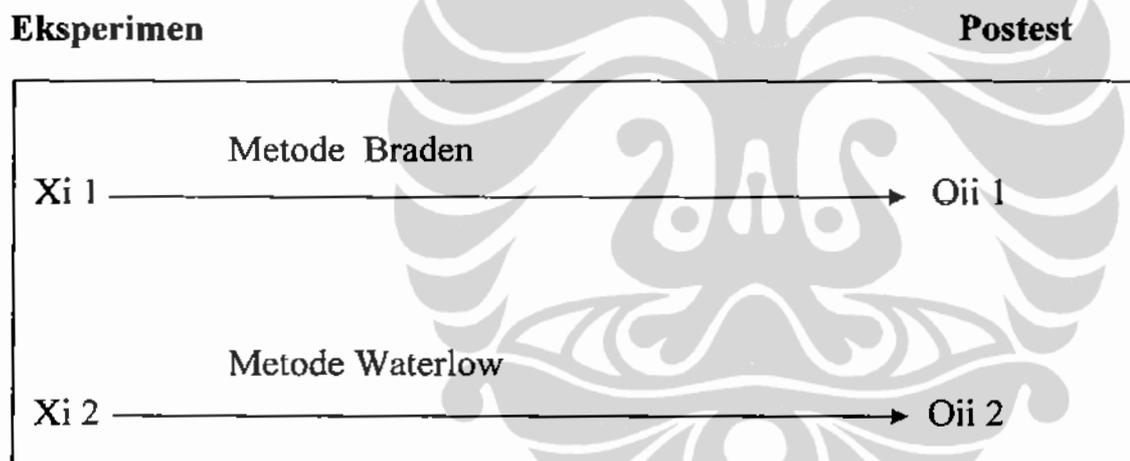
d.	Penetapan skor pada setiap butir kategori metode Waterlow	Kemampuan perawat menetapkan skor pada setiap butir kategori metode Waterlow sesuai skala yang tersedia	Menggunakan kuisisioner 2	<ul style="list-style-type: none"> • Sulit (< median) • Mudah (\geq median) 	Nominal
e.	Penetapan skor akhir metode Braden	Kemampuan perawat menetapkan skor akhir Metode Braden dan menetapkan kesimpulan sesuai ketentuan	Menggunakan kuisisioner 1	<ul style="list-style-type: none"> • Sulit (< median) • Mudah (\geq median) 	Nominal
f.	Penetapan skor akhir metode Waterlow	Kemampuan perawat menetapkan skor akhir metode Waterlow dan menetapkan kesimpulan sesuai ketentuan	Menggunakan kuisisioner 2	<ul style="list-style-type: none"> • Sulit (< median) • Mudah (\geq median) 	Nominal
2	Independen				
	Metode Skala Braden	Skala Braden adalah suatu metode atau format pengkajian luka tekan dengan menggunakan enam komponen yaitu : <ol style="list-style-type: none"> 1. persepsi sensori 2. kelembaban, 3. aktifitas 4. mobilitas 5. nutrisi 6. gesekan 	Menggunakan Kuisisioner 1	<ul style="list-style-type: none"> • Sulit (< median) • Mudah (\geq median) 	Nominal
	Independen				
	Metode Skala Waterlow	Skala Waterlow adalah suatu metode atau format pengkajian luka tekan dengan menggunakan sepuluh komponen yaitu : <ol style="list-style-type: none"> 1. Jenis kelamin dan umur 2. Perbandingan bentuk/berat badan terhadap tinggi badan (BB/TB) 3. Resiko khusus / malnutrisi jaringan 4. Mobilitas 5. Kontinen atau Eliminasi 6. Defisit neurologis 7. Obat – obatan 8. Jenis kulit dan daerah resiko yang terlihat 9. Bedah atau trauma mayor 10. Nafsu makan 	Menggunakan kuisisioner 2	<ul style="list-style-type: none"> • Sulit (< median) • Mudah (\geq median) 	Nominal

BAB 4
METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain pra-eksperimen *posttest only design*. Dalam rancangan ini perlakuan atau intervensi yang dilakukan (X_i), kemudian dilakukan pengukuran observasi atau *posttest* (O_{ii}). Rancangan ini sering juga disebut "*The one shot case study*" (Notoatmodjo, 2002, hal. 163). Rancangan tersebut dapat digambarkan pada skema 4.1 :

Skema 4.1 Desain penelitian



Keterangan:

($X_i 1$): Pengkajian resiko luka tekan Metode Braden

($X_i 2$): Pengkajian resiko luka tekan Metode Waterlow

($O_{ii} 1$): Persepsi perawat terhadap pengkajian resiko luka tekan Metode Braden

($O_{ii} 2$): Persepsi perawat terhadap pengkajian resiko luka tekan Metode Waterlow

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah perawat yang berada di unit perawatan penyakit bedah di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Hl. Abdul Moeloek Propinsi Lampung.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah subjek yaitu sebagian dari populasi yang dinilai/karakteristiknya diukur oleh peneliti dan nantinya dipakai untuk menduga karakteristik dari populasi (Sabri & Hastono, 2006). Menurut Hasan (2005) sampel disebut juga bagian dari populasi yang diambil melalui cara-cara tertentu yang juga memiliki karakteristik tertentu, jelas dan lengkap yang dianggap bisa mewakili populasi. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *simple random sampling*, dimana semua subjek penelitian yang ada dan memenuhi kriteria dilakukan pengundian untuk mendapatkan jumlah sampel yang diperlukan yaitu sebanyak 30 responden.

Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah sampel perawat yang bekerja pada unit perawatan penyakit bedah. Kriteria inklusi sebagai berikut: responden adalah Perawat yang bekerja di unit perawatan bedah, tidak termasuk perawat yang sedang cuti (hamil, tahunan, hari besar, atau sakit), tidak sedang mengikuti pelatihan atau pendidikan diluar rumah sakit selama penelitian dilakukan, Minimal pendidikan D3, dan sudah bekerja pada unit perawatan bedah minimal 2 tahun

Perkiraan besar sampel dihitung berdasarkan rumus Ariawan (1998):

$$n = \frac{Z^2 1-\alpha/2 \cdot \sigma^2}{(d)^2}$$

Keterangan :

n = besar sampel

σ = simpangan dari rata-rata (σ : 0,3)

$Z^2 1-\alpha/2$ = nilai Z pada derajat kemaknaan 95% yaitu 1,96 bila alpha 5% (0,05)

d = presisi dari rata-rata (d: 0,104)

Simpangan rata – rata 0,3 berdasarkan dari penelitian Suriadi (2007) bahwa angka kejadian luka tekan mencapai 33%, sedangkan presisi 0,104 menunjukkan presisi semakin kecil akan meningkatkan jumlah sampel sehingga dapat menghasilkan penelitian yang lebih baik (Sastroasmoro, 2008).

Berdasarkan rumus di atas, maka perkiraan besar sampel dalam penelitian ini adalah 27 orang ditambah antisipasi DO 10% jadi total sampel adalah 30 perawat.

Perawat yang bekerja diunit perawatan bedah RSUDAM berjumlah 60 perawat dan yang memenuhi kriteria inklusi penelitian adalah 54 perawat, untuk mengambil 30 responden peneliti menggunakan teknik pengambilan sampel *simple random sampling* yaitu dengan cara mengundi kelima puluh empat perawat dengan menuliskannya kedalam kertas dan digulung kemudian dimasukkan kedalam gelas yang tertutup kemudian dikeluarkan sebanyak 30, kemudian 30 perawat yang terambil dijadikan sampel pada penelitian ini.

4.3 Tempat penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Hi. Abdul Moeloek Propinsi Lampung yang merupakan rumah sakit daerah di Propinsi Lampung. Penelitian dilakukan di unit perawatan penyakit bedah.

4.4 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 19 – 27 Mei 2010.

4.5 Etika Penelitian

Etika penelitian merupakan prosedur penelitian dengan tanggung jawab profesional, legal dan social bagi subjek penelitian (Polit & Beck, 2006).

Secara umum prinsip etik yang menjadi dasar dalam penelitian ini adalah :

4.5.1 *Anonimity* (kerahasiaan)

Peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden dengan tidak menuliskan nama sebenarnya, tetapi dengan kode responden sehingga responden merasa aman dan tenang. Responden penelitian ini sebanyak 30 perawat diunit perawatan bedah, responden tidak menuliskan namanya pada lembar pengumpulan data dan hanya

nomor yang dituliskan sebagai kode responden diharapkan responden merasa aman dan tenang dalam mengisi data pada lembar pengumpulan data yaitu pada dua lembar kuisioner persepsi perawat terhadap pengkajian resiko luka tekan Metode Braden dan Waterlow.

4.5.2 *Confidentially*

Peneliti menjaga kerahasiaan responden dan informasi yang diberikan. Semua catatan dan data responden disimpan sebagai dokumentasi penelitian. Semua catatan yang diisikan pada lembar pengumpulan data yaitu pada dua lembar kuisioner persepsi perawat terhadap pengkajian resiko luka tekan Metode Braden dan Waterlow disimpan oleh peneliti dan menjaga kerahasiaan semua informasi yang dituliskan atau yang diberikan oleh responden.

4.5.3 *Beneficience*

Hasil penelitian ini mempunyai manfaat sebagai bentuk deteksi dini dengan diketahuinya faktor yang berkontribusi terhadap peningkatan asuhan keperawatan terhadap pasien yang di rawat di unit perawatan penyakit bedah dengan resiko terjadinya luka tekan. Diketahuinya persepsi perawat terhadap pengkajian resiko luka tekan Metode Braden dan Waterlow yang nantinya bermanfaat untuk menjadikan metode pengkajian resiko luka tekan yang dipersepsikan mudah oleh perawat untuk digunakan dalam pengkajian pasien yang mengalami resiko luka tekan dan digunakan sebagai standar rumah sakit.

4.5.4 *Justice*

Penelitian ini tidak melakukan deskriminasi pada kriteria yang tidak relevan saat memilih subyek penelitian, namun berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sesuai dengan masalah penelitian. Perawat yang memenuhi kriteri inklusi diambil 30 perawat untuk dijadikan responden dengan menggunakan tehnik pengambilan sampel *simple random sampling* bukan berdasarkan atas hal-hal lain yang membuat deskriminasi. Penelitian dilaksanakan setelah mendapatkan surat lolos uji etik dari Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

4.6 Alat pengumpulan data

Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan 2 jenis lembar pengumpulan data dalam bentuk kuisioner yaitu : Kuisioner 1 : Tentang persepsi perawat terhadap Metode Braden, yaitu berisi pertanyaan tentang persepsi tentang deskripsi kategori, menilai skor, dan menilai skor akhir dan kesimpulan yang bersisi 13 pertanyaan (*lampiran 8*). Kuisioner 2 : Tentang persepsi perawat terhadap Metode Waterlow, yaitu berisi pertanyaan tentang persepsi tentang deskripsi kategori, menilai skor, dan menilai skor akhir dan kesimpulan yang bersisi 21 pertanyaan (*lampiran 9*).

4.7 Prosedur Pengumpulan Data

4.7.1 Persiapan

- a. Peneliti mengajukan surat permohonan ijin penelitian kepada Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang ditujukan kepada Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Hi. Abdul Moeloek Propinsi Lampung melalui kepala bidang penelitian dan pengembangan Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Hi. Abdul Moeloek Propinsi Lampung.
- b. Peneliti mendapatkan ijin dari Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia tanggal 28 April 2010, kemudian mendapatkan keterangan lolos kaji etik tanggal 10 Mei 2010, selanjutnya peneliti menemui Kepala Diklat Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Hi. Abdul Moeloek Propinsi Lampung untuk memperoleh ijin penelitian.
- c. Kepala Diklat Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Hi. Abdul Moeloek Propinsi Lampung memberikan ijin kepada peneliti untuk melakukan penelitian tanggal 12 Mei 2010, kemudian peneliti menyampaikan ijin penelitian kepada Kepala Ruang Unit perawatan bedah (Ruang bedah wanita/Ruang Mawar, Ruang bedah pria/Ruang Kutilang, Ruang Orthopedic/Ruang Gelatik).
- d. Peneliti bekerjasama dengan Kepala Ruang unit perawatan bedah untuk memilih perawat yang akan dilibatkan dalam pengambilan data.
- e. Peneliti melibatkan perawat yang memenuhi kriteria inklusi untuk melakukan pengambilan data yaitu 30 responden (10 perawat dari Ruang bedah

wanita/Ruang Mawar, 10 perawat dari Ruang bedah pria/Ruang Kutilang, dan 10 perawat dari Ruang Orthopedic/Ruang Gelatik)

4.7.2 Pelaksanaan

- a. Perawat di unit perawatan bedah Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Hi. Abdul Moeloek Propinsi Lampung yang memenuhi kriteria inklusi diberikan pelatihan dan penjelasan tentang instrumen pengkajian resiko luka tekan Metode Braden dan Waterlow dan cara pengisiannya sebanyak 30 perawat (10 perawat dari ruang bedah pria/ruang kutilang, 10 perawat dari ruang bedah wanita/ruang mawar, dan 10 perawat dari ruang orthopedic/ruang gelatik) pada tanggal 19 Mei 2010.
- b. Hari berikutnya setelah mendapatkan pelatihan perawat unit perawatan bedah menggunakan instrumen Metode Braden dan Waterlow pada pasien diruang masing-masing.
- c. Setiap perawat menggunakan instrumen pada minimal 4 orang pasien, pasien yang sama atau pasien yang berbeda selama satu minggu.
- d. Setelah semua perawat telah mengkaji minimal 4 pasien kemudian hari berikutnya tanggal 27 Mei 2010 setiap perawat diminta untuk mengisikan kuisisioner tentang persepsi perawat terhadap penggunaan pengkajian resiko luka tekan Metode Braden dan Waterlow.

4.8 Pengolahan dan Analisis data

4.8.1 Pengolahan data

Analisis data penelitian harus menghasilkan informasi yang benar, maka tahapan sebelumnya yaitu pengolahan data harus dilakukan secara benar (Hastono, 2007).

Tahapan pengolahan data yang dilalui yakni :

a. *Editing*

Setelah semua responden mengisikan data pada kedua kuisisioner lanjutnya peneliti melakukan pengecekan kuesioner atau formulir apakah sudah lengkap, jelas, relevan, dan konsisten. Kegiatan ini dilakukan untuk menilai kelengkapan data yang diperoleh.

b. *Coding*

Data yang telah diisikan pada kedua kuisioner kemudian dirubah dari data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka atau bilangan. Kegunaan *coding* adalah untuk mempermudah saat analisis dilakukan dan mempercepat saat entry data.

c. *Processing*

Proses data dengan melakukan *entry* pada komputer. Berbagai macam program dapat digunakan untuk memproses data dengan masing-masing kelebihan dan kekurangannya. Peneliti memasukkan data kedalam computer dengan menggunakan program pengolahan data yang telah dipilih.

d. *Cleaning*

Langkah selanjutnya adalah pengecekan data yaitu data yang sudah dimasukkan ada kesalahan atau tidak. Kesalahan sangat mungkin terjadi pada saat entry data. Cara untuk membersihkan data adalah dengan mengetahui missing data (tidak ada nilai yang hilang), mengetahui variasi data, dan mengetahui konsistensi data. Peneliti memastikan pengecekan data dilakukan secara benar.

4.8.2 Analisis data

Langkah selanjutnya setelah pengolahan data adalah analisis data. Analisis data menurut Sugiyono (2007) adalah : mengelompokkan data berdasarkan variabel dan jenis responden, menyajikan data variabel yang diteliti, melakukan penghitungan statistik untuk menjawab rumusan masalah dan hipotesa. Analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

a. Analisis Univariat.

Analisis univariat digunakan untuk menggambarkan distribusi frekuensi dan proporsi dari variable yang diteliti, baik variable bebas maupun variable terikat. Data yang akan ditampilkan dalam analisis ini meliputi distribusi frekuensi dan prosentase.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat menggunakan *Chi Square* untuk mengetahui apakah ada perbedaan persepsi perawat terhadap deskripsi kategori, penetapan skor pada setiap butir kategori dan penetapan skor akhir pengkajian resiko luka tekan Metode Braden dan Waterlow.



BAB 5

HASIL PENELITIAN

Pada bab ini akan dibahas analisis hasil penelitian tentang “ Persepsi perawat terhadap pengkajian resiko luka tekan dengan Metode Braden dan Metode Waterlow di Unit perawatan bedah Rumah Sakit Dr. Hi. Abdul Moeloek Propinsi Lampung “. Responden dalam penelitian ini adalah perawat, jumlah responden adalah 30 perawat yang bekerja di unit perawatan bedah Rumah Sakit Dr. Hi. Abdul Moeloek Propinsi Lampung. Sebelum dilakukan proses pengumpulan data 30 perawat mendapatkan pelatihan tentang pengkajian resiko luka tekan dengan menggunakan dua instrumen yaitu instrumen pengkajian resiko luka tekan Metode Braden (*lampiran 6*) dan instrumen pengkajian resiko luka tekan Metode Waterlow (*lampiran 7*), sedangkan pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan 2 jenis kuisioner yaitu : Kuisioner 1 : Tentang persepsi perawat terhadap Metode Braden, yaitu berisi pertanyaan tentang persepsi tentang deskripsi kategori, menilai skor, dan menilai skor akhir dan kesimpulan (*lampiran 8*). Kuisioner 2 : Tentang persepsi perawat terhadap Metode Waterlow, yaitu berisi pertanyaan tentang persepsi tentang deskripsi kategori, menilai skor, dan menilai skor akhir dan kesimpulan (*lampiran 9*). Analisis data dilakukan dengan menggunakan bantuan komputer.

Tahap pertama penyajian hasil penelitian disajikan dengan analisis univariat meliputi persepsi terhadap deskripsi kategori, menilai skor kategori, dan menilai skor akhir dan kesimpulan Metode Braden dan Waterlow. Tahap kedua dilakukan analisis bivariat *Chi Square* untuk mengetahui apakah ada perbedaan persepsi perawat terhadap pengkajian resiko luka tekan Metode Braden dan Waterlow.

5.1 Analisis Univariat

5.1.1 Analisis Persepsi perawat terhadap Metode Braden

5.1.1.1 Persepsi perawat terhadap Deskripsi kategori Metode Braden

Berikut ini adalah tabel distribusi Persepsi perawat terhadap deskripsi kategori Metode Braden di unit perawatan bedah RSUAM Propinsi Lampung

Tabel 5.1

Distribusi Persepsi perawat terhadap deskripsi kategori Metode Braden di unit perawatan bedah RSUAM Propinsi Lampung Mei 2010 (n = 30)

No	Deskripsi kategori Metode Braden	Persepsi perawat	Frekuensi (n)	Prosentase (%)
1	Deskripsi kategori Persepsi sensori	Sulit	16	53,3
		Mudah	14	46,7
2	Deskripsi kategori Kelembaban	Sulit	14	46,7
		Mudah	16	53,3
3	Deskripsi kategori Nutrisi	Sulit	2	6,7
		Mudah	28	93,3
4	Deskripsi kategori Mobilitas	Sulit	1	3,3
		Mudah	29	96,7
5	Deskripsi kategori Aktifitas	Sulit	2	6,7
		Mudah	28	93,3
6	Deskripsi kategori Gesekan	Sulit	3	10
		Mudah	27	90

Terlihat pada tabel 5.1 persepsi perawat terhadap deskripsi kategori Metode Braden, persepsi persepsi terhadap deskripsi kategori yang dipersepsikan sulit oleh perawat adalah kategori persepsi sensori, yaitu persepsi sensori dipersepsikan sulit oleh 16 responden (53,3%) dan yang mempepepsikan mudah adalah 14 responden (46,7%), sedangkan kategori kelembaban, nutrisi, mobilitas, aktifitas, dan gesekan lebih dari 50% responden mempersepsikan mudah.

5.1.1.2 Persepsi perawat terhadap skor kategori Metode Braden

Berikut ini adalah tabel distribusi Persepsi perawat terhadap skor kategori Metode Braden di unit perawatan bedah RSUAM Propinsi Lampung

Tabel 5.2

Distribusi Persepsi perawat terhadap skor kategori Metode Braden di unit perawatan bedah RSUAM Propinsi Lampung Mei 2010 (n = 30)

No	Skor kategori Metode Braden	Persepsi perawat	Frekuensi (n)	Prosentase (%)
1	Skor kategori Persepsi sensori	Sulit	18	60
		Mudah	12	40
2	Skor kategori Kelembaban	Sulit	17	56,7
		Mudah	13	43,3
3	Skor kategori Nutrisi	Sulit	2	6,7
		Mudah	28	93,3
4	Skor kategori Mobilitas	Sulit	1	3,3
		Mudah	29	96,7
5	Skor kategori Aktifitas	Sulit	1	3,3
		Mudah	29	96,7
6	Skor kategori Gesekan	Sulit	2	6,7
		Mudah	28	93,3

Terlihat pada tabel 5.2 persepsi perawat terhadap skor kategori Metode Braden, persepsi skor kategori yang dipersepsikan sulit adalah persepsi sensori dan kelembaban. Persepsi terhadap skor kategori persepsi sensori dipersepsikan sulit oleh 18 responden (60%) dan dipersepsikan mudah oleh 12 responden (40). Persepsi skor kategori kelembaban dipersepsikan sulit oleh 17 responden (56,7%) dan dipersepsikan mudah oleh 13 responden (43,3%), sedangkan skor kategori lainnya dipersepsikan mudah oleh perawat.

5.1.1.3 Persepsi perawat terhadap Metode Braden menetapkan skor akhir dan kesimpulan

Dibawah ini adalah tabel distribusi Persepsi perawat terhadap skor akhir dan kesimpulan Metode Braden di unit perawatan bedah RSUAM Propinsi Lampung

Tabel 5.3

Distribusi Persepsi perawat terhadap Metode Braden menetapkan skor akhir dan kesimpulan di unit perawatan bedah RSUAM Propinsi Lampung Mei 2010 (n = 30)

No	Menetapkan skor akhir dan kesimpulan Metode Braden	Persepsi perawat	Frekuensi (n)	Prosentase (%)
1	Menetapkan skor akhir dan kesimpulan	Sulit	1	3,3
		Mudah	29	96,7

Terlihat pada tabel 5.3 persepsi perawat dalam menetapkan skor akhir dan kesimpulan Metode Braden dipersepsi mudah oleh perawat yaitu 96,7%.

5.1.2 Analisis Data Persepsi perawat terhadap Metode Waterlow

5.1.2.1 Persepsi perawat terhadap deskripsi kategori Metode Waterlow

Dibawah ini adalah tabel distribusi Persepsi perawat terhadap deskripsi kategori Metode Waterlow di unit perawatan bedah RSUAM Propinsi Lampung

Tabel 5.4

Distribusi Persepsi perawat terhadap deskripsi kategori Metode Waterlow di unit perawatan bedah RSUAM Propinsi Lampung Mei 2010 (n = 30)

No	Deskripsi kategori Metode Waterlow	Persepsi perawat	Frekuensi (n)	Prosentase (%)
1	Deskripsi kategori Jenis kelamin dan umur	Sulit	3	10
		Mudah	27	90
2	Deskripsi kategori Perbandingan berat badan terhadap tinggi badan	Sulit	18	60
		Mudah	12	40
3	Deskripsi kategori Inkontinensia	Sulit	11	36,7
		Mudah	19	63,3
4	Deskripsi kategori Mobilitas	Sulit	5	16,7
		Mudah	25	83,3
5	Deskripsi kategori Resiko khusus/malnutrisi jaringan	Sulit	14	46,7
		Mudah	16	53,3
6	Deskripsi kategori Defisit neurologis	Sulit	16	53,3
		Mudah	14	46,7
7	Deskripsi kategori Obat - obatan	Sulit	16	53,3
		Mudah	14	46,7
8	Deskripsi kategori Jenis kulit dan daerah resiko yang terlihat	Sulit	17	56,7
		Mudah	13	43,3
9	Deskripsi kategori Bedah atau trauma mayor	Sulit	8	26,7
		Mudah	22	73,3
10	Deskripsi kategori Nafsu makan	Sulit	4	13,3
		Mudah	26	86,7

Terlihat pada tabel 5.4 diatas persepsi perawat terhadap deskripsi kategori Metode Waterlow, kategori yang dipersepsikan sulit oleh perawat adalah perbandingan berat badan terhadap tinggi badan, deficit neurologis, obat-obatan, dan jenis kulit dan daerah resiko yang terlihat. Perbandingan berat badan terhadap tinggi badan dipersepsikan oleh 18 responden (60%) dan yang mempersepsikan mudah 12 responden (40%), deficit neurologis dipersepsikan sulit oleh 16 responden (53,3%) dan yang mempersepsikan

mudah 14 responden (46,7%). obat-obatan dipersepsikan sulit oleh 16 responden (53,3%) dan yang mempersepsikan mudah 14 responden (46,7%), jenis kulit dan daerah resiko yang terlihat dipersepsikan sulit oleh 17 responden (56,7%) dan yang mempersepsikan mudah 13 responden (43,3%), sedangkan kategori lainnya dipersepsikan mudah oleh perawat.

5.1.2.2 Persepsi perawat terhadap Skor kategori Metode Waterlow

Dibawah ini adalah tabel distribusi Persepsi perawat terhadap skor kategori Metode Waterlow di unit perawatan bedah RSUAM Propinsi Lampung

Tabel 5.5

Distribusi Persepsi perawat terhadap Skor kategori Metode Waterlow di unit perawatan bedah RSUAM Propinsi Lampung Mei 2010 (n = 30)

No	Skor kategori Metode Waterlow	Persepsi perawat	Frekuensi (n)	Prosentase (%)
1	Skor kategori Jenis kelamin dan umur	Sulit	4	13,3
		Mudah	26	86,7
2	Skor kategori Perbandingan berat badan terhadap tinggi badan	Sulit	17	56,7
		Mudah	13	43,3
3	Skor kategori Inkontinensia	Sulit	12	40
		Mudah	18	60
4	Skor kategori Mobilitas	Sulit	4	13,3
		Mudah	26	86,7
5	Skor kategori Resiko khusus/malnutrisi jaringan	Sulit	13	43,3
		Mudah	17	56,7
6	Skor kategori Defisit neurologis	Sulit	17	56,7
		Mudah	13	43,3
7	Skor kategori Obat - obatan	Sulit	16	53,3
		Mudah	14	46,7
8	Skor kategori Jenis kulit dan daerah resiko yang terlihat	Sulit	18	60
		Mudah	12	40
9	Skor kategori Bedah atau trauma mayor	Sulit	9	30
		Mudah	21	70
10	Skor kategori Nafsu makan	Sulit	4	13,3
		Mudah	26	86,7

Terlihat pada tabel 5.5 diatas persepsi perawat terhadap skor kategori Metode Waterlow, persepsi terhadap skor kategori yang dipersepsikan sulit oleh perawat adalah perbandingan berat badan terhadap tinggi badan, deficit neurologis, obat-obatan, dan

jenis kulit dan daerah resiko yang terlihat. Perbandingan berat badan terhadap tinggi badan dipersepsikan oleh 17 responden (56,7%) dan yang mempersepsikan mudah 13 responden (43,3%), deficit neurologis dipersepsikan sulit oleh 17 responden (56,7%) dan yang mempersepsikan mudah 13 responden (43,3%), obat-obatan dipersepsikan sulit oleh 16 responden (53,3%) dan yang mempersepsikan mudah 14 responden (46,7%), jenis kulit dan daerah resiko yang terlihat dipersepsikan sulit oleh 18 responden (60%) dan yang mempersepsikan mudah 14 responden (40%),, sedangkan skor kategori lainnya dipersepsikan mudah oleh perawat.

5.1.2.3 Persepsi perawat terhadap Metode Waterlow menetapkan skor akhir dan kesimpulan

Dibawah ini adalah tabel distribusi Persepsi perawat terhadap skor akhir dan kesimpulan Metode Waterlow di unit perawatan bedah RSUAM Propinsi Lampung

Tabel 5.6

Distribusi Persepsi perawat terhadap Metode Waterlow dalam menetapkan skor akhir dan kesimpulan di unit perawatan bedah RSUAM Propinsi Lampung Mei 2010 (n = 30)

No	Menetapkan skor akhir dan kesimpulan Metode Waterlow	Persepsi perawat	Frekuensi (n)	Prosentase (%)
1	Menetapkan skor akhir dan kesimpulan	Sulit	12	40
		Mudah	18	60

Terlihat pada table 5.6 diatas persepsi perawat dalam menetapkan skor akhir dan kesimpulan Metode Braden dipersepsi mudah oleh perawat yaitu 60%.

5.1.3 Analisis Persepsi perawat terhadap Metode Braden dan Metode Waterlow

Berikut ini adalah tabel distribusi Persepsi perawat terhadap Metode Braden dan Waterlow di unit perawatan bedah RSUAM Propinsi Lampung

Tabel 5.7

Distribusi Persepsi perawat terhadap Metode Braden dan Waterlow di unit perawatan bedah RSUAM Propinsi Lampung Mei 2010 (n = 30)

No	Metode Pengkajian	Persepsi perawat	Frekuensi (n)	Prosentase (%)
1	Metode Braden	Sulit	12	40
		Mudah	18	60
2	Metode Waterlow	Sulit	13	43,3
		Mudah	17	56,7

Terlihat pada tabel 5.7 persepsi perawat terhadap Metode Braden yang mempunyai persepsi sulit adalah 12 responden (40%) sedangkan yang mempunyai persepsi mudah adalah 18 responden (60%). Persepsi perawat terhadap Metode Waterlow yang mempunyai persepsi sulit adalah 13 responden (43,3%) sedangkan yang mempunyai persepsi mudah adalah 17 responden (56,7%). Metode Braden dan Metode Waterlow sama – sama dipersepsikan mudah oleh perawat di unit perawatan bedah.

5.2 Analisis Bivariat

5.2.1 Analisis perbedaan persepsi perawat terhadap Metode Braden dan Waterlow

Dibawah ini adalah tabel distribusi perbedaan Persepsi perawat terhadap Metode Braden dan Waterlow di unit perawatan bedah RSUAM Propinsi Lampung

Tabel 5.8

Distribusi perbedaan persepsi perawat terhadap Metode Braden dan Waterlow di unit perawatan bedah RSUAM Propinsi Lampung Mei 2010 (n = 30)

Persepsi Braden	Persepsi Waterlow				Total		OR (95% CI)	P value
	Sulit		Mudah		n	%		
	n	%	n	%				
Sulit	3	25	9	75	12	100	0,267	0,201
Mudah	10	55,6	8	44,4	18	100	0,054 – 1,326	
Jumlah	13	43,3	17	56,7	30	100		

Terlihat pada tabel 5.8 hasil analisis perbedaan persepsi Metode Braden dan Waterlow diperoleh bahwa Metode Braden dan Metode Waterlow sama-sama dipersepsikan mudah oleh perawat unit perawatan bedah. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,201$ maka

dapat disimpulkan tidak ada perbedaan persepsi perawat terhadap Metode Braden dan Waterlow. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR = 0,267, artinya persepsi perawat terhadap Metode Braden mempunyai peluang 0,267 kali lebih mudah dibandingkan dengan Metode Waterlow.



BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini akan membahas mengenai hasil-hasil yang telah diperoleh dari penelitian yang telah dilaksanakan serta akan dikaitkan dengan literatur yang ada dan hasil-hasil penelitian sejenis yang pernah dilakukan. Selain itu, juga akan dibahas tentang keterbatasan-keterbatasan penelitian dan implikasi hasil penelitian ini terhadap keperawatan.

6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi persepsi perawat terhadap pengkajian resiko luka tekan dengan menggunakan Metode Braden dan Waterlow. Oleh sebab itu, pembahasan hasil penelitian difokuskan pada bagaimana persepsi perawat terhadap pengkajian resiko luka tekan dengan menggunakan Metode Braden dan Waterlow. Interpretasi dan diskusi hasil penelitian secara lengkap akan dibahas sebagai berikut:

6.1.1 Persepsi perawat terhadap Metode Braden

6.1.1.1 Persepsi perawat terhadap deskripsi kategori Metode Braden

a. Deskripsi kategori : Persepsi sensori

Persepsi perawat terhadap kategori persepsi sensori Metode Braden yang mempunyai persepsi sulit yaitu 53,3%, sedangkan yang mempunyai persepsi mudah adalah 46,7 %, disini terlihat persepsi perawat terhadap kategori persepsi sensori adalah sulit.

Menurut teori luka tekan dapat disebabkan karena pasien tidak mampu merasakan atau mengkomunikasikan nyeri yang dirasakan akibat tekanan cenderung untuk mengalami luka tekan, pada pasien yang mengalami gangguan status mental karena stroke, trauma kepala, penyakit otak organik, Alzheimer disease, atau masalah kognitif lainnya beresiko untuk terjadinya luka tekanan namun mereka tidak bisa mengatakan pada orang lain untuk membantu mereka merubah posisi bahkan ada yang tidak mampu merasakan nyeri atau tekanan (Ignatavicius dan Workman, 2006).

Menurut Stuart dan Sundeen (1995), ada lima faktor yang mempengaruhi persepsi, yaitu : (1) Perhatian yang selektif, (2) Ciri-ciri rangsang atau stimulus, (3) Nilai-nilai dan kebutuhan individu, (4) Pengalaman terdahulu, (5) Kebutuhan dan status emosional.

Persepsi sulit terhadap kategori sensori persepsi dikarenakan perawat sulit untuk melakukan pengkajian rasa nyeri pasien, pasien tidak bisa mengkomunikasikannya kepada perawat, faktor lain bisa karena pengalaman perawat dalam mengkaji persepsi sensori. dari tiga ruangan hanya satu ruangan yang banyak pasiennya mengalami penurunan kesadaran karena cedera kepala yaitu diruang bedah pria/kutilang sehingga perawat diruangan tersebut tidak kesulitan dalam mengkaji pasien yang mengalami penurunan kesadaran terutama mengkaji sensori persepsi, sedangkan untuk ruang bedah wanita/mawar dan ruang orthopedic/gelatik sangat sedikit pasien yang dirawat dengan penurunan kesadaran sehingga perawat dikedua ruangan tersebut mengalami kesulitan dalam mengkaji persepsi sensori. Pengalaman perawat mempengaruhi persepsi perawat (Stuart dan Sundeen, 1995).

Persepsi sensori merupakan faktor terjadinya luka tekan perawat dalam melakukan pengkajian dapat melihat dari respon pasien dalam mempersepsikan ketidaknyamanan, respon pasien terhadap penurunan kesadaran, dan penurunan terhadap sensasi kulit terhadap hangat, dingin, dan nyeri (Chasisse, 2009). Sesuai pernyataan tersebut dalam mengkaji sensori persepsi perawat harus mempunyai kemampuan dalam mengkaji respon pasien terhadap penurunan kesadaran dan penurunan sensasi.

b. Deskripsi kategori : Kelembaban

Persepsi perawat terhadap kategori kelembaban Metode Braden yang mempunyai persepsi sulit adalah 46,7% sedangkan yang mempunyai persepsi mudah adalah 53,3%, disini terlihat persepsi perawat terhadap kategori kelembaban adalah mudah.

Menurut teori kulit yang mengalami kondisi lembab secara berlebihan seperti pada pasien yang mengalami incontinensia urine dan feces, berkeringat banyak atau drainage menyebabkan perlunakan pada kulit (maserasi) sehingga lebih rentan terhadap kerusakan akibat tekanan, selain itu kulit juga bereaksi terhadap bahan kaustik dalam ekskresi atau drainage tersebut sehingga mengalami iritasi (Smeltzer, Bare dan Hinkle et al., 2008).

Kategori kelembaban dipersepsikan mudah oleh perawat karena perawat dapat melihat langsung kondisi kelembaban kulit pasien, dengan cara apakah pasien banyak berkeringat dan juga dari apakah pasien mengalami inkontinensia urine atau feces, hal ini juga dipengaruhi oleh kemampuan dan pengalaman perawat dalam merawat pasien yang mengalami masalah kelembaban yang disebabkan oleh karena pasien banyak berkeringat atau pasien mengalami inkontinensia. Pengkajian kelembaban juga dapat melihat frekuensi penggantian *linen* pada pasien, semakin sering penggantian *linen* menunjukkan pasien mengalami kelembaban yang dapat mengakibatkan resiko terjadinya luka tekan (Charisse, 2009).

c. Deskripsi kategori : Nutrisi

Persepsi perawat terhadap kategori nutrisi Metode Braden yang mempunyai persepsi sulit adalah 6,7% sedangkan yang mempunyai persepsi mudah adalah 93,3 %. disini terlihat persepsi perawat terhadap kategori nutrisi mudah.

Menurut teori pasien yang dirawat di rumah sakit mengalami malnutrisi, gangguan intake nutrisi, intake protein yang rendah, ketidak mampuan untuk makan sendiri dan kehilangan berat badan merupakan predictor independen terhadap berkembangnya luka tekan (Bergstrom & Braden, 1992; Brandeis et al., 1990; dalam Bryant, 2000).

Perawat merasa mudah dalam mengkaji kategori nutrisi, perawat dalam mengkaji nutrisi dapat langsung melihat ke pasien berapa banyak asupan pasien perhari, asupan nutrisi apakah melalui oral, parenteral ataupun enteral

sehingga perawat dapat mengukur atau menghitung berapa banyak kebutuhan nutrisi klien terpenuhi

d. Deskripsi kategori : Mobilitas

Persepsi perawat terhadap kategori persepsi mobilitas Metode Braden yang mempunyai persepsi sulit adalah 3,3% sedangkan yang mempunyai persepsi mudah 96,7 %, disini terlihat persepsi perawat terhadap kategori mobilitas adalah mudah.

Menurut teori terjadinya luka tekan secara langsung berhubungan lamanya imobilitas. Jika penekanan berlanjut lama akan terjadi thrombosis pembuluh darah kecil dan nekrosis jaringan pada benjolan tulang yang menahan berat badan lebih rentan terjadi luka tekan (Smeltzer, Bare & Hinkle, et al., 2008).

Perawat mempersepsikan mudah karena perawat dapat melihat langsung dari kemampuan mobilisasi pasien, kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi dapat dilihat apakah pasien hanya diam ditempat tidur, apakah pasien mampu merubah posisi dengan mandiri atau bantuan, sehingga perawat mempersepsikan mudah terhadap kategori tersebut.

e. Deskripsi kategori : Aktifitas

Persepsi perawat terhadap kategori aktifitas Metode Braden yang mempunyai persepsi sulit adalah 6,7% sedangkan yang mempunyai persepsi mudah adalah 93,3 %, disini terlihat persepsi perawat terhadap kategori aktifitas mudah.

Kemampuan aktifitas klien akan mempengaruhi terjadinya luka tekan pada pasien, persepsi perawat dalam mengkaji aktifitas klien mudah karena perawat dapat melihat kemampuan aktifitas pasien apakah pasien hanya berada ditempat tidur, apakah pasien mampu berjalan, apakah perawat mampu berjalan disekitar ruangan, sehingga perawat dalam melakukan pengkajian aktifitas klien dengan baik

f. Deskripsi kategori : Gesekan

Persepsi perawat terhadap kategori gesekan Metode Braden yang mempunyai persepsi sulit 10% sedangkan yang mempunyai persepsi mudah adalah 90 %, disini terlihat persepsi perawat terhadap kategori gesekan mudah.

Menurut Smeltzer, Bare, dan Hinkle, et al., (2008), gesekan adalah tahanan terhadap gerakan yang terjadi bila dua permukaan digesekkan satu sama lain, sedangkan gaya robekan merupakan gaya yang ditimbulkan sebagai interaksi antara gaya gravitasi dan gesekan dengan adanya gaya robekan ini maka lapisan jaringan akan saling menekan pembuluh darah teregang dan melilit serta sirkulasi mikro dan subkutan terganggu sacrum dan tumit merupakan bagian yang rentan terhadap gaya robekan.

Kategori gesekan dipersepsikan mudah oleh perawat karena perawat dapat mengkaji bagaimana kemampuan pasien dalam mempertahankan posisinya, mengkaji frekuensi turun atau merosot dari kursi roda atau tempat tidur dapat juga kondisi terjadinya gesekan pasien dengan alas tempat tidur.

6.1.1.2 Persepsi perawat terhadap skor kategori Metode Braden

a. Skor kategori : Persepsi sensori

Persepsi perawat dalam menetapkan skor kategori : Persepsi sensori Metode Braden yang mempunyai persepsi sulit adalah 60% sedangkan yang mempunyai persepsi mudah adalah 40%, disini terlihat persepsi perawat dalam menetapkan skor kategori : Persepsi sensori adalah sulit.

Skor kategori persepsi sensori adalah 1 “Tidak dapat merasakan nyeri”, 2 “Gangguan sensori pada setengah permukaan tubuh”, 3 “Gangguan sensori pada 1 atau 2 ekstremitas”, 4 “ Tidak ada gangguan sensori” dipersepsikan sulit oleh perawat karena pasien mungkin tidak bisa mengkomunikasikan kepada perawat, perawat juga merasa kesulitan dalam menentukan nilai skor gangguan sensori pada setengah permukaan tubuh, gangguan sensori pada 1 atau 2 ekstremitas disini perawat kesulitan dalam mengkaji gangguan

sensoris pasien. Seorang perawat harus mampu mengkaji kondisi seluruh tubuh pasien yang mengalami resiko luka tekan (Maklebust, 2005 dalam Aloma, 2008). Seorang perawat dalam mengkaji harus mempunyai kemampuan dalam mengkaji terutama dalam mengkaji sensori persepsi. beberapa faktor lain yang dapat mempengaruhi adalah perhatian terhadap kategori, kurangnya pengalaman dalam menilai persepsi sensori, atau latar belakang pendidikan perawat.

b. Skor kategori : Kelembaban

Persepsi perawat dalam menetapkan skor kategori : Kelembaban Metode Braden yang mempunyai persepsi sulit 56,7% sedangkan yang mempunyai persepsi mudah adalah 43,3 %, disini terlihat persepsi perawat dalam menetapkan skor kategori : kelembaban adalah sulit.

Skor kategori kelembaban adalah 1 “Selalu terpapar oleh keringat atau urine (kulit basah)”, 2 “Kulit lembab”, 3 “Kulit kadang-kadang lembab”, 4 “Kulit kering”. Penetapan skor kelembaban dipersepsikan sulit oleh perawat karena sulit membedakan antara kulit lembab dan kulit kadang-kadang lembab, dari wawancara dengan beberapa responden perawat sulit saat membedakan pada skor kulit lembab dan skor kulit kadang-kadang lembab. Sesuai penjelasan kulit lembab adalah kulit sering terlihat lembab akan tetapi tidak selalu, pakaian pasien dan atau alas tempat tidur harus diganti sedikitnya satu kali setiap pergantian dinas sedangkan kulit kadang-kadang lembab adalah kulit kadang-kadang lembab, penggantian pakaian pasien dan atau alas tempat tidur selain jadwal rutin, perlu diganti minimal satu kali sehari. Kesulitan perawat adalah saat bertanya dan obeservasi pasien tentang kelembaban pasien hal lain dikarenakan kurangnya pengalaman perawat dalam mengkaji kelembaban kulit pasien. Pengkajian kelembaban juga dapat melihat frekuensi penggantian *linen* pada pasien, semakin sering penggantian *linen* menunjukkan pasien mengalami kelembaban yang dapat mengakibatkan resiko terjadinya luka tekan terutama saat menilai skor 3 (penggantian *linien* setiap hari), dan skor 2 (penggantian *linen* setiap pergantian shif (Charisse, 2009).

c. Skor kategori : Nutrisi

Persepsi perawat dalam menetapkan skor kategori : Nutrisi Metode Braden yang mempunyai persepsi sulit 6,7% sedangkan yang mempunyai persepsi mudah adalah 93,3 %, disini terlihat persepsi perawat dalam menetapkan skor kategori : nutrisi adalah mudah.

Skor kategori nutrisi adalah 1 “Tidak dapat menghabiskan 1/3 porsi makannya”, 2 “Jarang mampu menghabiskan ½ porsi makannya”, 3 “Mampu menghabiskan lebih dari ½ porsi makannya”, 4 “Dapat menghabiskan porsi makannya”. Penentuan skor kategori nutrisi dipersepsikan mudah oleh perawat karena dalam menentukan skor perawat dapat melihat atau bertanya kepada pasien berapa banyak menghabiskan makanan yang disediakan apakah menghabiskan satu porsi, setengah porsi, sepertiga porsi atau tidak dapat menghabiskan, perawat juga dapat memahami skornya dengan mudah.

d. Skor kategori : Mobilitas

Persepsi perawat dalam menetapkan skor kategori : Mobilitas Metode Braden yang mempunyai persepsi sulit adalah 3,3% sedangkan yang mempunyai persepsi mudah adalah 96,7%, disini terlihat persepsi perawat dalam menetapkan skor kategori : mobilitas adalah mudah.

Skor kategori mobilitas adalah 1 “Tidak mampu bergerak”, 2 “Tidak dapat merubah posisi secara tepat dan teratur”, 3 “Dapat merubah posisi ekstremitas secara mandiri”, 4 “Dapat merubah posisi tidur tanpa bantuan”. Penentuan skor kategori mobilitas dipersepsikan mudah oleh perawat karena dapat langsung mengkaji atau menilai kemampuan mobilisasi pasien apakah pasien dapat merubah posisi tidur tanpa bantuan, dapat merubah posisi ekstremitas secara mandiri, tidak dapat merubah posisi secara tepat dan teratur, tidak mampu bergerak. Dalam penentuan skornya dapat dipahami dengan mudah oleh perawat.

e. Skor kategori : Aktifitas

Persepsi perawat dalam menetapkan skor kategori : Aktifitas Metode Braden yang mempunyai persepsi sulit adalah 3,3% sedangkan yang mempunyai persepsi mudah adalah 96,7%, disini terlihat persepsi perawat dalam menetapkan skor kategori : aktifitas adalah mudah.

Skor kategori aktifitas adalah 1 “Tergeletak ditempat tidur”, 2 “Tidak bisa berjalan”, 3 “Berjalan pada jarak terbatas”, 4 “Dapat berjalan sekitar ruangan”, Penentuan skor kategori aktifitas dipersepsikan mudah oleh perawat karena perawat dapat mengkaji atau menilai kemampuan aktifitas pasien apakah pasien dapat berjalan disekitar ruangan, berjalan pada jarak terbatas, tidak bisa berjalan, dan apakah hanya tergeletak ditempat tidur. penentuan skornya dapat dipahami dengan mudah oleh perawat.

f. Skor kategori : Gesekan

Persepsi perawat dalam menetapkan skor kategori : Gesekan Metode Braden yang mempunyai persepsi sulit adalah 6,7% sedangkan yang mempunyai persepsi mudah adalah 93,3%, disini terlihat persepsi perawat dalam menetapkan skor kategori : gesekan adalah mudah.

Skor kategori gesekan adalah 1 “Tidak mampu mengangkat badannya sendiri”, 2 “ Membutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya”, 3 “Dapat bergerak bebas tanpa gesekan”. Penentuan skor kategori gesekan dipersepsikan mudah oleh perawat karena perawat dapat mengkaji kondisi pasien apakah dapat bergerak dengan bebas, membutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya, atau tidak mampu mengangkat badannya sendiri. penentuan skornya dapat dipahami dengan mudah oleh perawat.

6.1.1.3 Persepsi perawat terhadap skor akhir dan kesimpulan Metode Braden

a. Skor akhir dan kesimpulan

Persepsi perawat dalam menetapkan skor akhir dan kesimpulan Metode Braden yang mempunyai persepsi sulit adalah 6,7% sedangkan yang

mempunyai persepsi mudah adalah 93,3%, disini terlihat persepsi perawat dalam menetapkan skor akhir dan kesimpulan adalah mudah.

Skor akhir dan kesimpulan Metode Braden adalah Nilai 18 – 15 (Resiko Ringan), Nilai 14 – 13 (Resiko sedang), Nilai 12 – 10 (Resiko Tinggi), Nilai < 9 (Sangat Beresiko). Penentuan skore akhir dan kesimpulan Metode Braden dipersepsikan mudah oleh perawat karena penentuan skornya dapat dipahami dengan mudah oleh perawat dapat menilai dan menyimpulkan dari hasil pengkajian resiko sesuai dengan rentang nilai untuk dapat memastikan apakah pasien dalam kondisi resiko ringan, sedang, tinggi, atau sangat beresiko.

6.1.2 Persepsi perawat terhadap Metode Waterlow

6.1.2.1 Persepsi perawat terhadap deskripsi kategori Metode Waterlow

a. Deskripsi kategori : Jenis kelamin dan umur

Persepsi perawat terhadap kategori jenis kelamin dan umur Metode Waterlow yang mempunyai persepsi sulit 10% sedangkan yang mempunyai persepsi mudah 90%, disini terlihat persepsi perawat terhadap kategori jenis kelamin dan umur adalah mudah.

Pertambahan usia juga dipertimbangkan sebagai salah satu factor resiko terjadinya luka tekan, pada orang lanjut usia kulit mengalami penurunan ketebalan, epidermal, kolagen dermal dan elastisitas jaringan kulit lebih kering akibat hilangnya sebacea dan aktifitas kelenjar keringat. Perubahan pada kardiovaskuler menyebabkan perubahan perfusi jaringan, atropi otot dan struktur tulang juga memberi pengaruh (Smeltzer, Bare dan Hinkle et al., 2008).

Kategori jenis kelamin dan umur dipersepsikan mudah oleh perawat, karena dalam mengkaji jenis kelamin dan umur perawat dapat menanyakan langsung ke pasien jenis kelamin bisa juga dengan melihatnya, sedangkan dalam mmngkaji umur perawat dapat menanyakan tahun berapa pasien lahir sehingga akan didapatkan usia pasien.

b. Deskripsi kategori : Perbandingan berat badan terhadap tinggi badan.

Persepsi perawat terhadap kategori perbandingan berat badan terhadap tinggi badan Metode Waterlow yang mempunyai persepsi sulit adalah 60% sedangkan yang mempunyai persepsi mudah adalah 40%, disini terlihat persepsi perawat terhadap kategori perbandingan berat badan terhadap tinggi badan adalah sulit.

Menurut Vangilder et al., (2008) melakukan penelitian untuk melihat hubungan antara prevalen luka tekan, indek masa tubuh dan berat badan survey ini dilakukan dengan melihat laporan kejadian luka tekan di Amerika Serikat tahun 2006-2007 hasil penelitian menunjukkan bahwa prevalensi luka tekan lebih tinggi pada pasien dengan indek masa tubuh rendah, dan juga pada pasien yang berat badan kurang dan berat badan lebih.

Kategori perbandingan berat badan terhadap tinggi badan dipersepsikan sulit oleh perawat karena untuk mengetahui perbandingan berat badan terhadap tinggi badan harus menghitung terlebih dahulu yaitu membandingkan berat badan dan tinggi badan, semua pasien kadang-kadang tidak diketahui tinggi badan maupun berat badan pasien sehingga perawat kesulitan dalam menentukan perbandingan berat badan terhadap tinggi badan pasien, sedangkan alat hitung seperti kalkulator tidak tersedia di ruangan. Hal lain bisa karena pengalaman perawat dan tingkat pendidikan.

Fife, Otto, Capsuto (2003) telah melakukan penelitian yang bertujuan untuk menentukan faktor resiko terhadap luka tekan diruang perawatan intensif. Penelitian ini merupakan Cohort pada pasien yang belum mengalami luka tekan (n : 186) dalam 12 jam pertama setelah masuk rumah sakit pasien telah dikaji faktor resiko dan akan diperiksa kembali setiap 4 hari apakah terjadi luka tekan atau tidak, sampai dengan pasien kembali kerumah. Hasil yang didapatkan yaitu insiden luka tekan mencapai 12,4% dengan rata-rata kejadian luka tekan pada hari rawat ke 6,4 penelitian ini menyimpulkan bahwa resiko pasien untuk mengalami luka tekan pada minggu pertama

dirawat pada ruang perawatan intensif dan pasien yang beresiko adalah pasien yang mempunyai berat badan kurang.

c. Deskripsi kategori : Inkontinensia

Persepsi perawat terhadap kategori Inkontinensia Metode Waterlow yang mempunyai persepsi sulit adalah 36,7% sedangkan yang mempunyai persepsi mudah adalah 63,3%, disini terlihat persepsi perawat terhadap kategori perbandingan berat badan terhadap tinggi badan adalah mudah.

Menurut Ignatavicius dan Workman (2006) mengatakan bahwa inkontinensia menyebabkan kulit terkontak dalam jangka waktu yang lama dengan zat-zat seperti urea, bakteri, jamur, dan enzim yang berada dalam urine dan feces, zat-zat ini bersifat iritan dan akan menyebabkan kerusakan pada kulit.

Inkontinensia adalah ketidak mampuan klien mengontrol buang air kecil maupun buang air besar yang dapat menyebabkan kelembaban kulit klien sehingga beresiko terjadinya luka tekan. Kategori inkontinensia ini dipersepsikan mudah oleh perawat karena dapat langsung melihat kondisi pasien apakah pasien mengalami inkontinensia atau produksi keringat pasien banyak.

d. Deskripsi kategori : Mobilitas

Persepsi perawat terhadap kategori Mobilitas Metode Waterlow yang mempunyai persepsi sulit adalah 16,7% sedangkan yang mempunyai persepsi mudah adalah 83,3%, disini terlihat persepsi perawat terhadap kategori mobilitas adalah mudah.

Menurut teori terjadinya luka tekan secara langsung berhubungan lamanya imobilitas. Jika penekanan berlanjut lama akan terjadi thrombosis pembuluh darah kecil dan nekrosis jaringan pada benjolan tulang yang menahan berat badan lebih rentan terjadi luka tekan (Smeltzer et al., 2008).

Kategori mobilitas dapat dilihat langsung dari kemampuan mobilisasi pasien, karena umumnya pasien di unit perawatan bedah mengalami masalah

mobilitas sehingga perawat mempersepsikan mudah terhadap kategori tersebut.

e. Deskripsi kategori : Resiko khusus/malnutrisi jaringan

Persepsi perawat terhadap kategori Resiko khusus/malnutrisi jaringan Metode Waterlow yang mempunyai persepsi sulit adalah 46,7% sedangkan yang mempunyai persepsi mudah adalah 53,3%, disini terlihat persepsi perawat terhadap kategori resiko khusus/malnutrisi jaringan adalah mudah

Kategori resiko khusus/malnutrisi jaringan dipersepsikan mudah oleh perawat karena dalam pengkajian perawat dapat dengan langsung melihat apakah pasien mengalami gangguan seperti anemia atau gangguan sirkulasi.

f. Deskripsi kategori : Defisit neurologis

Persepsi perawat terhadap kategori Defisit neurologis Metode Waterlow yang mempunyai persepsi sulit adalah 53,3% sedangkan yang mempunyai persepsi mudah adalah 46,7%, disini terlihat persepsi perawat terhadap kategori deficit neurologis adalah sulit.

Kategori defisit neurologis dipersepsikan sulit oleh perawat karena dalam pengkajian perawat kurang memahami kondisi pasien yang mengalami gangguan neurologis terutama pada ruang bedah wanita dan ruang orthopedic yang sedikit pasiennya mengalami defisit neurologis. Sedangkan untuk ruang bedah pria/kutilang perawat dapat melakukan pengkajian defisit neurologis dengan mudah karena diruang tersebut banyak pasien yang mengalami defisit neurologis terutama pada pasien-pasien yang mengalami cedera kepala dan mengalami penurunan kesadaran.

g. Deskripsi kategori : Obat-obatan

Persepsi perawat terhadap kategori Obat-obatan Metode Waterlow yang mempunyai persepsi sulit adalah 53,3% sedangkan yang mempunyai persepsi mudah adalah 46,7%, disini terlihat persepsi perawat terhadap kategori obat-obatan adalah sulit.

Kategori obat-obatan dipersepsikan sulit oleh perawat dimungkinkan karena dalam pengkajian perawat kurang memahami jenis obat-obatan yang diberikan ke pasien karena obat-obatan dalam instrument ini jarang diberikan pada pasien di unit perawatan ini.

h. Deskripsi kategori : Jenis kulit dan daerah resiko yang terlihat

Persepsi perawat terhadap kategori Jenis kulit dan daerah resiko yang terlihat Metode Waterlow yang mempunyai persepsi sulit adalah 56,7% sedangkan yang mempunyai persepsi mudah adalah 43,3%, disini terlihat persepsi perawat terhadap kategori Jenis kulit dan daerah resiko yang terlihat adalah sulit.

Kategori Jenis kulit dan daerah resiko yang terlihat dipersepsikan sulit oleh perawat dimungkinkan karena kesulitan dalam melihat atau membedakan jenis kulit dan kelembabannya disini perawat harus melihat dan memalpasi langsung kulit pasien terutama saat membedakan jenis kulit yang sehat, tipis, kering, edem , lembab. Kesulitan perawat juga dipengaruhi pengalaman perawat dalam melakukan pengkajian jenis kulit serta latar belakang pendidikan perawat.

i. Deskripsi kategori : Bedah atau trauma mayor

Persepsi perawat terhadap kategori Bedah atau trauma mayor Metode Waterlow yang mempunyai persepsi sulit adalah 26,7% sedangkan yang mempunyai persepsi mudah adalah 73,3%, disini terlihat persepsi perawat terhadap kategori Bedah atau trauma mayor yang terlihat adalah mudah.

Kategori Bedah atau trauma mayor dipersepsikan mudah oleh perawat dimungkinkan karena Bedah atau trauma mayor dapat dilihat langsung atau melihat dari catatan laporan tindakan operasi.

j. Deskripsi kategori : Nafsu makan

Persepsi perawat terhadap kategori Nafsu makan Metode Waterlow yang mempunyai persepsi sulit adalah 13,3% sedangkan yang mempunyai persepsi mudah adalah 86,7%, disini terlihat persepsi perawat terhadap kategori Nafsu makan yang terlihat adalah mudah.

Kategori nafsu makan dipersepsikan mudah oleh perawat karena nafsu makan dapat dilihat langsung dari berapa banyak nutrisi yang dihabiskan atau lewat mana asupan nutrisi pasien.

6.1.2.1 Persepsi perawat terhadap skor kategori Metode Waterlow

a. Skor kategori Jenis kelamin dan umur.

Persepsi perawat dalam menetapkan skor kategori : Jenis kelamin dan umur Metode Waterlow yang mempunyai persepsi sulit adalah 13,3% sedangkan yang mempunyai persepsi mudah adalah 86,7%, disini terlihat persepsi perawat terhadap penetapan skor kategori Jenis kelamin dan umur adalah mudah.

Skor kategori jenis kelamin dan umur adalah Laki-laki (1), Wanita (2), Usia 14 – 49 thn (1), Usia 50 – 64 thn (2), Usia 65 – 74 thn (3), Usia 75 – 80 thn (4), Usia > 80 thn (5). Penentuan skore kategori jenis kelamin dan umur adalah dipersepsikan mudah oleh perawat karena perawat dapat melihat kelompok jenis kelamin dan usia dalam menentukan skornya, penentuan skornya dapat dipahami dengan mudah oleh perawat.

b. Skor kategori : Perbandingan berat badan terhadap tinggi badan

Persepsi perawat dalam menetapkan skor kategori : Perbandingan berat badan terhadap tinggi badan Metode Waterlow yang mempunyai persepsi sulit adalah 56,7% sedangkan yang mempunyai persepsi mudah adalah 43,3%, disini terlihat persepsi perawat terhadap penetapan skor kategori Perbandingan berat badan terhadap tinggi badan adalah sulit.

Skor kategori perbandingan berat badan terhadap tinggi badan adalah Rata – rata (20 – 24,9) – (0), Diatas rata – rata (25 – 29,9) – (1), Obesitas (>30) – (2), Dibawah rata – rata (<20) – (3). Penentuan skore perbandingan berat badan terhadap tinggi badan adalah dipersepsikan sulit oleh perawat karena dalam penentuan skornya perawat harus menghitung terlebih dahulu perbandingan berat badan tinggi badan pasien untuk dapat menentukan apakah pasien berada pada kondisi rata-rata, diatas rata-rata, obesitas, dibawah rata-rata. Sedangkan untuk peralatan menghitung seperti kalkulator tidak tersedia diruangan.

c. Skor kategori : Inkontinensia

Persepsi perawat dalam menetapkan skor kategori : Inkontinensia Metode Waterlow yang mempunyai persepsi sulit adalah 40% sedangkan yang mempunyai persepsi mudah adalah 60%, disini terlihat persepsi perawat terhadap penetapan skor kategori inkontinensia adalah mudah.

Skor kategori inkontinensia adalah Komplet / kateterisasi (0), Inkontinensia urin (1), Inkontinensia fekal (2), Inkontinensia urin dan fekal (3). Penentuan skore inkontinensia adalah dipersepsikan mudah oleh perawat karena dalam penentuan skornya perawat bisa langsung melihat kondisi pasien apakah pasien mengalami inkontinensia dan terpasang kateter atau tidak.

d. Skor kategori : Mobilitas

Persepsi perawat dalam menetapkan skor kategori : Mobilitas Metode Waterlow yang mempunyai persepsi sulit adalah 13,3% sedangkan yang mempunyai persepsi mudah adalah 86,7%, disini terlihat persepsi perawat terhadap penetapan skor kategori mobilitas adalah mudah.

Skor kategori mobilitas adalah Mobilitas penuh (0), Gelisah/resah (1), Apatis (2), Terbatas (3), Kaku tak bertenaga (Seperti traksi) (4), Dengan kursi roda (5). Penentuan skore kategori mobilitas adalah dipersepsikan mudah oleh perawat karena dalam penentuan skornya perawat bisa langsung melihat

kondisi pasien apakah pasien mengalami gangguan mobilitas sesuai criteria diatas.

e. Skor kategori : Resiko khusus/malnutrisi jaringan

Persepsi perawat dalam menetapkan skor kategori : Resiko khusus/malnutrisi jaringan Metode Waterlow yang mempunyai persepsi sulit adalah 43,3% sedangkan yang mempunyai persepsi mudah adalah 56,7%, disini terlihat persepsi perawat terhadap penetapan skor kategori Resiko khusus/malnutrisi jaringan adalah mudah.

Skor kategori Resiko khusus/malnutrisi jaringan adalah Kachexia terminal (8), Kegagalan multiple organ (8), Kegagalan satu organ; pernafasan, ginjal,hati,jantung (5), Penyakit vaskuler perifer (5), Anemia (Hb < 8 (2), Merokok (1). Penentuan skore kategori Resiko khusus/malnutrisi jaringan adalah dipersepsikan mudah oleh perawat karena dalam penentuan skornya perawat bisa langsung melihat kondisi pasien apakah pasien mengalami gangguan Resiko khusus/malnutrisi jaringan sesuai criteria diatas.

f. Skor kategori : Defisit neurologis

Persepsi perawat dalam menetapkan skor kategori : defisit neurologis Metode Waterlow yang mempunyai persepsi sulit adalah 56,7% sedangkan yang mempunyai persepsi mudah adalah 43,3%, disini terlihat persepsi perawat terhadap penetapan skor kategori Defisit neurologis adalah sulit.

Skor kategori deficit neurologis adalah Diabetes, MS, CVA, Motorik/sensorik paraplegi (4-6). Penentuan skore deficit neurologis adalah dipersepsikan sulit oleh perawat karena dalam penentuan skornya perawat harus menentukan kapan memberikan skor nilai 4-6 pada kategori tersebut.

g. Skor kategori : Obat-obatan

Persepsi perawat dalam menetapkan skor kategori : Obat-obatan Metode Waterlow yang mempunyai persepsi sulit adalah 53,3% sedangkan yang

mempunyai persepsi mudah adalah 46,7%, disini terlihat persepsi perawat terhadap penetapan skor kategori Obat-obatan adalah sulit.

Skor kategori obat-obatan adalah pasien mendapat terapi Sitotoksik, steroid, anti inflamasi, anti koagulan (4). Penentuan skore obat-obatan adalah dipersepsikan sulit oleh perawat karena dalam penentuan skornya perawat jarang memeberikan obat-obatan tersebut terutama obat-obatan sitotoksik.

h. Skor kategori : Jenis kulit dan daerah resiko yang terlihat

Persepsi perawat dalam menetapkan skor kategori : Jenis kulit dan daerah resiko yang terlihat Metode Waterlow yang mempunyai persepsi sulit adalah 60% sedangkan yang mempunyai persepsi mudah 40%, disini terlihat persepsi perawat terhadap penctapan skor kategori Jenis kulit dan daerah resiko yang terlihat adalah sulit.

Skor kategori Jenis kulit dan daerah resiko yang terlihat adalah Sehat (0), Tipis (1), Kering (1), Edema (1), Lembab atau demam (1), Pucat (Luka tekan stage 1) (2), Luka tekan stage 2, 3, atau 4 (3). Penentuan skore kulit dan daerah resiko yang terlihat adalah dipersepsikan sulit oleh perawat karena dalam penentuan skornya perawat harus memahami kondisi pasien apakah jenis kulit pasien tipis, kering, edema, lembab atau demam, pucat saat mengkaji ini perawat kesulitan dalam menentukan skornya dan skor setiap item tidak berurutan.

i. Skor kategori : Bedah atau trauma mayor

Persepsi perawat dalam menetapkan skor kategori : Bedah atau trauma mayor Metode Waterlow yang mempunyai persepsi sulit adalah 30% sedangkan yang mempunyai persepsi mudah adalah 70%, disini terlihat persepsi perawat terhadap penetapan skor kategori Bedah atau trauma mayor adalah mudah.

Skor kategori Bedah atau trauma mayor adalah Orthopedic atau spinal (5), Diatas meja operasi > 2 jam (5), Diatas meja operasi > 6 jam (8). Penentuan skore Bedah atau trauma mayor adalah dipersepsikan mudah oleh perawat

karena dalam penentuan skornya perawat dapat langsung melihat kondisi dan laporan operasi pasien.

j. Skor kategori : Nafsu makan

Persepsi perawat dalam menetapkan skor kategori : Nafsu makan Metode Waterlow yang mempunyai persepsi sulit adalah 13,3% sedangkan yang mempunyai persepsi mudah adalah 86,7%, disini terlihat persepsi perawat terhadap penetapan skor kategori Nafsu makan adalah mudah.

Skor kategori Nafsu makan adalah Rata – rata (0), Buruk (1), NGT/ hanya cairan (2), Anoreksia atau tak ada masukan peroral. Penentuan skore nafsu makan adalah dipersepsikan mudah oleh perawat karena dalam penentuan skornya perawat dapat langsung melihat kondisi dan asupan nutrisi pasien.

6.1.2.2 Persepsi perawat terhadap skor akhir dan kesimpulan Metode Waterlow

a. Skor akhir dan kesimpulan

Persepsi perawat dalam menetapkan skor akhir dan kesimpulan Metode Waterlow yang mempunyai persepsi sulit adalah 40% sedangkan yang mempunyai persepsi mudah adalah 60%, disini terlihat persepsi perawat terhadap penetapan skor akhir dan kesimpulan adalah mudah.

Skor kategori skor akhir dan kesimpulan adalah Nilai > 10 (Resiko), Nilai > 15 (Resiko Tinggi), Nilai > 20 (Sangat Resiko Tinggi). Penentuan skore akhir dan kesimpulan Metode Waterlow dipersepsikan mudah oleh perawat karena penentuan skornya dapat dipahami dengan mudah oleh perawat walaupun masih ada sekitar 40% yang mempersepsikan sulit hal itu bisa dikarenakan tingkat pendidikan maupun lama bekerja diruangan tersebut

6.1.3 Persepsi perawat terhadap Metode Braden dan Waterlow

Persepsi perawat terhadap Metode Braden dan Metode Waterlow, untuk metode Braden yang mempunyai persepsi sulit adalah 40% sedangkan yang mempunyai

persepsi mudah adalah 80%. Metode Waterlow yang mempunyai persepsi sulit adalah 43,3% sedangkan yang mempunyai persepsi mudah adalah 56,7%.

Disini terlihat persepsi perawat terhadap Metode Braden dan Metode Waterlow adalah sama-sama mudah dipersepsikan oleh perawat, hal ini dikarenakan kedua metode ini memiliki validitas dan reliabilitas yang tinggi sehingga perawat dapat dengan mudah memahami penggunaan kedua metode ini. Sedangkan yang mempersepsikan sulit bisa karena faktor-faktor yang mempengaruhi perawat dalam mempersepsikan sesuatu yaitu antara lain (1) Perhatian yang selektif, (2) Ciri-ciri rangsang atau stimulus, (3) Nilai-nilai dan kebutuhan individu, (4) Pengalaman terdahulu, (5) Kebutuhan dan status emosional (Stuart dan Sundeen, 1995).

6.1.4 Persepsi perawat terhadap perbedaan Metode Braden dan Waterlow

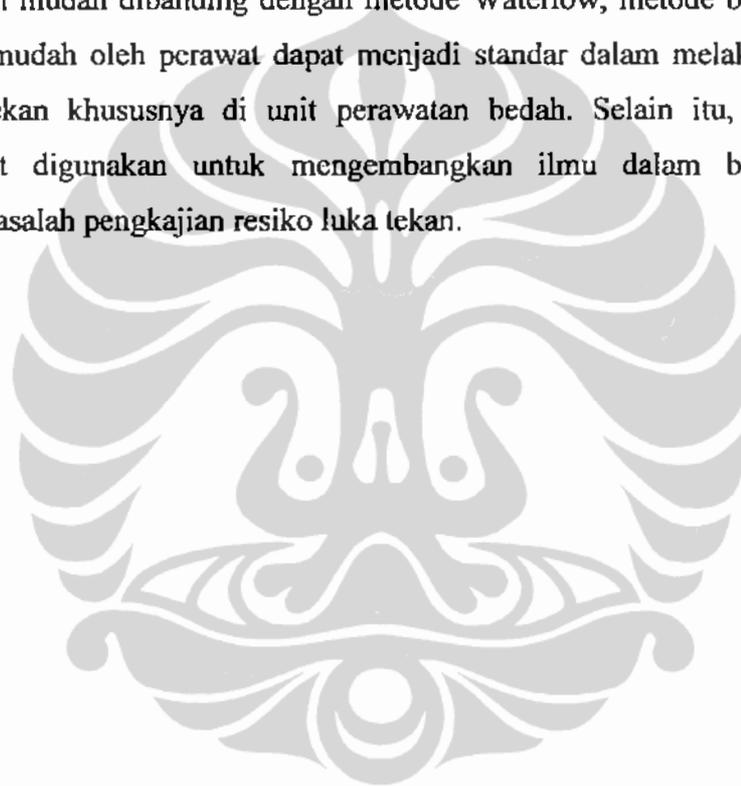
Hasil uji statistik diperoleh nilai $p\text{ value} = 0,201$ dengan $\alpha = 0,05$, $p < \alpha$ maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan persepsi perawat terhadap Metode Braden dan Waterlow. Hal ini dikarena kedua metode ini mempunyai validitas dan reliabilitas yang tinggi sehingga kedua metode ini mudah digunakan oleh perawat. Dalam penelitian ini didapatkan beberapa deskripsi kategori dan skor kategori yang masih dipersepsikan sulit oleh perawat, dalam Metode Braden yang dipersepsikan sulit yaitu kategori persepsi sensori dan kelembaban, sedangkan dalam Metode Waterlow yang masih dipersepsikan sulit adalah perbandingan berat badan terhadap tinggi badan, deficit neurologis, obat-obatan, jenis kulit dan daerah resiko yang terlihat hal ini kemungkinan dipengaruhi oleh beberapa faktor yang mempengaruhi persepsi dan perlunya peningkatan pengetahuan perawat berkaitan dengan kategori-kategori tersebut.

6.2 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan penelitian ini adalah perawat yang menjadi responden hanya untuk perawat pada unit perawatan bedah sedangkan perawat untuk ruang lainnya seperti ruang syaraf, ruang ICU yang merupakan ruangan dengan perawatan jangka panjang dan pasiennya resiko mengalami luka tekan belum dilakukan penelitian untuk mengetahui persepsi terhadap dua metode pengkajian luka tekan tersebut.

6.3 Implikasi Hasil Penelitian Dalam Keperawatan

Diketuainya persepsi perawat terhadap Metode Braden dan Waterlow terutama pada deskripsi kategori, skor setiap butir kategori, dan skor akhir dapat dijadikan acuan untuk peningkatan pengetahuan perawat pada hal-hal yang masih diperscpasikan sulit sehingga perawat akan meminimalkan terjadinya kesalahan dalam menentukan resiko luka tekan. Hasil penelitian ini juga sangat bermanfaat bagi perawat di unit perawatan bedah untuk melakukan pengkajian resiko luka tekan pada pasien-pasien yang beresiko mengalami luka tekan dengan menggunakan metode Braden maupun Waterlow, metode Braden dipersepsikan relative lebih mudah dibanding dengan metode Waterlow, metode braden yang dipersepsikan lebih mudah oleh perawat dapat menjadi standar dalam melakukan pengkajian resiko luka tekan khususnya di unit perawatan bedah. Selain itu, hasil penelitian ini juga dapat digunakan untuk mengembangkan ilmu dalam bidang keperawatan, khususnya masalah pengkajian resiko luka tekan.



BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan

Berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan dan hasil penelitian yang diperoleh, maka dapat disimpulkan beberapa hal sebagai berikut :

1. Deskripsi kategori Metode Braden yang dipersepsikan sulit oleh perawat adalah deskripsi kategori persepsi sensori, sedangkan deskripsi kategori yang lain dipersepsikan mudah oleh perawat.
2. Skor kategori Metode Braden yang dipersepsikan sulit oleh perawat adalah skor kategori persepsi sensori dan kelembaban, sedangkan skor kategori yang lain dipersepsikan mudah oleh perawat.
3. Skor akhir dan kesimpulan Metode Braden dipersepsikan mudah oleh perawat.
4. Deskripsi kategori Metode Waterlow yang dipersepsikan sulit oleh perawat adalah deskripsi kategori perbandingan berat badan terhadap tinggi badan, deficit neurologis, obat-obatan, jenis kulit dan daerah resiko yang terlihat, sedangkan deskripsi kategori yang lain dipersepsikan mudah oleh perawat.
5. Skor kategori Metode Waterlow yang dipersepsikan sulit oleh perawat adalah skor kategori perbandingan berat badan terhadap tinggi badan, deficit neurologis, obat-obatan, jenis kulit dan daerah resiko yang terlihat, sedangkan skor kategori yang lain dipersepsikan mudah oleh perawat.
6. Skor akhir dan kesimpulan Metode Waterlow dipersepsikan mudah oleh perawat.
7. Perawat mempersepsikan mudah terhadap Metode Braden dan Metode Waterlow
8. Tidak ada perbedaan persepsi perawat terhadap Metode Braden dan Waterlow

7.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan tersebut, peneliti mempunyai beberapa saran sebagai berikut:

7.2.1 Untuk Institusi Pelayanan

- a. Perlunya bidang Diklit untuk melakukan peningkatan pengetahuan perawat terhadap beberapa aspek yang dipersepsikan sulit.
- b. Perlunya meningkatkan supervisi dalam pelaksanaan pengkajian resiko luka tekan Metode Braden dan Waterlow.

7.2.2 Untuk Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan data awal untuk para praktisi pendidikan agar dapat memasukkan pengkajian resiko luka tekan dengan menggunakan Metode Braden dan Waterlow ke dalam kurikulum pendidikan keperawatan, disampaikan dalam metode ceramah, dan praktek di laboratorium serta lapangan. Untuk pendidikan D3 diharapkan mahasiswa mengenal Metode Braden dan Waterlow, mahasiswa S1 mampu menggunakan kedua metode, dan untuk S2 atau spesialis mampu menganalisis setiap butir deskripsi pengkajian resiko luka tekan Metode Braden dan Waterlow.

7.2.3 Untuk Penelitian Lebih Lanjut

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai data awal sekaligus motivasi untuk melakukan penelitian lebih lanjut di lingkup keperawatan medikal bedah, baik di institusi pelayanan maupun pendidikan, dengan melibatkan perawat-perawat pada unit pelayanan keperawatan lain seperti ruang ICU, ruang syaraf dan ruangan lainnya. Penelitian lain yang bisa dilakukan bagaimana keakuratan Metode Braden, Metode Waterlow dan *Clinical Judgment*. Bagaimana pengaruh pendidikan kesehatan terhadap terjadinya luka tekan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ariawan, I. (1998). *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan*. Depok : Jurusan Biostatistik dan Kependudukan FKM UI. Tidak dipublikasikan.
- Ayello, E.A. (2003). *Predicting pressure ulcer risk*. Diambil dari : <http://www.medscape.com/viewarticle/450041>. tanggal 20 Januari 2010
- Aloma (2008). *Gerontology up date*, ARN Network, www.Rehabnurse.com diperoleh tanggal 14 Juli 2010
- Bergstrom, N., Demuth, Pj., & Braden. Bj. (1988). *A clinical trial of the braden scale for predicting pressure sore risk*. Diambil dari : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3594150> tanggal 21 Januari 2010
- Bell, J. (2009). *Are pressure ulcer grading & risk assessment tools useful?, Clinical review*. Diambil dari : http://www.wounds-uk.com/cgi-bin/journal_view_abstract.cgi?. Tanggal 22 Januari 2010.
- Braden. Bj. (2001). *Braden scale for predicting pressure sore risk*. Diambil dari : http://rgp.toronto.on.ca/toronto_best_practice/bradenscale_for_predictingpressuresorerisk.pdf. tanggal 20 Januari 2010
- Bryant. R.A. (2000). *Acute & chronic wounds. Nursing management*. 2nd edition. USA. Mosby Inc.
- Charisse (2009). *Risk assessment of pressure ulcer : use of the Braden scale*. Health advisory group of California, Inc. diperoleh tanggal 14 Juli 2010
- Craven, F.R., & Hirnle, J.C. (2007). *Fundamentals of nursing: Human health and function*. (5 th ed). Philadelphia: Lippincott william & Wilkins.
- Curtis, A.R., Allman, R., & Hill, Ci. (2007). *Pressure ulcer prevention and treatment*. Diambil dari : http://www.alabamacme.uab.edu/courses/geriatric/pressure_ulcer/D0416_G.html. tanggal 22 Januari 2010.
- Damayanti, R. (2001). *Psykologi kesehatan*. Makalah untuk Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat, tidak dipublikasikan. UI Jakarta, Indonesia.
- Fife. C., Otto, G., Capsuto, E.G., Brandt, K., Lissy, K., & Murphy, K., et al.(1996). *Insidence of pressure ulcers in neurologic intensive care unit*. Diambil dari : [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11246307?ordinalpos=1&itool/entrezsystem2.Pentrez.pubmed.pubmed_Resultpanel.pubmed_Discoverypanel.pubmed_Discovery_RA&linkpos=2&log\\$=relatedarticles&log06from=pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11246307?ordinalpos=1&itool/entrezsystem2.Pentrez.pubmed.pubmed_Resultpanel.pubmed_Discoverypanel.pubmed_Discovery_RA&linkpos=2&log$=relatedarticles&log06from=pubmed). tanggal 22 Januari 2010

- Hastono (2007). *Analisis data kesehatan*. FKM UI, Jakarta
- Ignatavicius, D.D., & Workman, M.L. (2006). *Medical surgical nursing ; Critical thinking for collaborative care*. 5th edition. Philadelphia ; W.B. Saunders Company.
- Departemen Pendidikan dan Kebudayaan (1992). *Kamus besar bahasa Indonesia*. Jakarta. Balai Pustaka.
- Knox, D.M. (1999). *Care body temperature, skin temperature and interface pressure : Relationship to skin integrity in nursing home resident*. Diambil dari : http://findarticles.com/p/articles/mi_9a3964/13_199906/oi_48857776. tanggal 23 Januari 2010
- Kottner, J., Dassen. T., Tannen, A. (2008). *Inter- and intrarater reliability of the Waterlow pressure sore risk scale: A systematic review*. Diambil dari : <http://www.sciencedirect.com>. Tanggal 20 Januari 2010
- Kottner, J., Dassen. T. (2009). *Pressure ulcer risk assessment in critical care: Interrater reliability and validity studies of the Braden and Waterlow scales and subjective ratings in two intensive care units* Diambil dari [www. Elsevier.com/ijns](http://www.elsevier.com/ijns) Tanggal 20 Januari 2010.
- Le Mone, P., & Burke, K. (2008). *Medical surgical nursing ; Critical thinking in client care*. 4th edition. USA ; Pearson prentice hall
- Linston, Matteson, Maebius (2000) *Introductory nursing care of adults* .(2 nd ed). Philadelphia . WB. Saunders Company.
- Lyder, C.H. (2006). *Pressure ulcer*. Diambil dari : http://www.geriaticsreviewsyllabus.org/content/agscontent/ulcer6_m.html. tanggal 25 Januari 2010
- Miller (1995). *Nursing care of older adult. Theory and practice*.(2 nd ed). Philadelphia . WB. Saunders Company.
- Morison. J. (2004). *Manajemen luka*. Edisi 1. Jakarta. Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Notoatmodjo, S. (2002). *Metodologi penelitian kesehatan*, edisi 2. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2006). *Essentials of nursing research : methods, appraisal and utilization sixth edition*, Philadelphia : Lippincot Williams and Walkins.
- Potter. P., Perry. A. (1997) *Fundamental of nursing : concepts, Process, and Practice*. (4 th ed). St. Louis. CV. Mosby Year Company
- Sari, Y. (2008). *Luka tekan (Pressure Ulcer) : Penyebab dan pencegahan*. Diambil dari : <http://inna-ppni.or.id/index.php>. tanggal 22 Januari 2010

- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (2008). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Edisi ke-2. Jakarta : Sagung Seto.
- Stuart, G.W.dan Laraia, S. (1998). *Principle and practice of psychiatric nursing*. (6 th ed). St. Louis. CV. Mosby Year Company
- Stuart, G.W. dan Sundeen, S.J.(1995). *Principles and practice of psyatric nursing*. (5 th ed). St. Louis. CV. Mosby Year Company.
- Sugiyono (2007). *Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R dan D*. Bandung : Alfabeta.
- Suriadi, Sanada, Sugama, Kitagawa, Kinosita, dan Murayama (2007). *Risk factors in the development of pressure ulcers in an intensive care unit in pontianak, Indonesia*. *International wound journal*. 4 (3). 208-215
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., & Cheever, K.H. (2008). *Text book of medical surgical nursing ; Brunner & Sudarth's*. 11th edition. Philadelphia ; Lippincott Williams & Wilkins
- Uzun, Tan (2006) *A prospective, descriptive pressure ulcer risk factor and prevalence study at a university hospital in Turkey*. Diambil dari : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18641521>. tanggal 22 Januari 2010.
- Vangilder, C., Macfarlane, G., Meyer, S., & Lachenbruch, C. (2007). *Body mass index, weight and pressure ulcer prevalence : an analisis of the 2006-2007*. *International pressure ulcer prevalence*. Diambil dari : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18641521>. tanggal 22 Januari 2010.



RUMAH SAKIT UMUM DAERAH . Dr. H. ABDUL MOELOEK
JL. Dr. RIVALI No. 6 ☎ 0721 – 703312 , 702455, Fax. 703952 Lampiran I
BANDAR LAMPUNG 35112

Bandar Lampung, 12 Mei 2010

Nomor : 420/2010/A/5.2N/2010
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian

Kepada
Yth. Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia
di-
DEPOK

Menjawab surat Saudara nomor : 164/H2.F12.D/PDP.04.02 Tesis/2010,
tanggal 26 April 2010, perihal tersebut pada pokok surat, atas nama :

Nama : Pujiarto
NPM : 0806446694
Prodi : Magister Keperawatan
Judul : Persepsi Perawat Tentang Pengkajian Luka Tekan Metode Braden
Dan Waterlow Score Di Unit Perawatan Bedah RSUD Dr. H. Abdul
Moeloek Propinsi Lampung

Dengan ini kami informasikan bahwa untuk kepentingan penelitiannya yang
bersangkutan dapat disetujui untuk mengambil data primer dan sekunder pada
Instalasi Rawat Inap (IRNA I) dan Sub Bag Rekam Medik RSUD AM. Waktu
pengambilan data mulai tanggal : 13 Mei s.d 31 Juli 2010. untuk informasi lebih
lanjut yang bersangkutan dapat berhubungan dengan Bagian Diklat RSUD. Dr. H.
Abdul Moeloek Propinsi Lampung.

Selanjutnya diinformasikan bahwa selama melakukan pengambilan data/
penelitian, yang bersangkutan perlu memperhatikan hal – hal sebagai berikut :

1. Melapor pada Bagian Diklat RSUD. Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung.
2. Data dari hasil penelitian tidak boleh disebarluaskan/digunakan diluar kepentingan ilmiah.
3. Memberikan laporan hasil penelitian pada Bagian Diklat RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung.
4. Bagian Diklat RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Propinsi Lampung berhak atas hasil penelitian untuk pengembangan kegiatan pelayanan kepada masyarakat.
5. Setiap penelitian dikenakan biaya sesuai Perda No. 5 Tahun 2002 yang besarnya disesuaikan jenjang pendidikan peneliti.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.



Dr. Arif/Effendi, Sp.KK

Pembina Tingkat Satu

NIP : 19610603 199010 1 002

Tembusan :

1. Direktur Utama RSUD AM, sebagai perawat..., Pujiarto, FIK UI, 2010.
2. Ka. Sub. Bag. Rekam Medik RSUD AM



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 164 /H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin penelitian

28 April 2010

Yth Direktur
RS. Dr. H. Abdul Moeloek
Provinsi Lampung

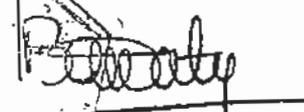
Dalam rangka pelaksanaan kegiatan Tesis Mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah atas nama:

Pujiarto
0806446694

Akan mengadakan penelitian dengan judul: "Persepsi Perawat Tentang Pengkajian Luka Tekanan Dengan Menggunakan Metode Braden Dan Waterlow Score Di Unit Perawatan Bedah Rumah Sakit Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RS. Dr. H. Abdul Moeloek – Provinsi Lampung.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,

Dewi Irawaty, MA., Ph.D.
NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth.:

1. Ka. Diklat. RS. Dr. H. Abdul Moeloek – Provinsi Lampung
2. Dekan FIK-UI (sebagai laporan)
3. Sekretaris FIK-UI
4. Manajer Pendidikan FIK-UI
5. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
6. Koordinator M.A. "Tesis" Persepsi perawat..., Pujiarto, FIK UI, 2010.
7. Peringgal



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Persepsi perawat tentang pengkajian luka tekan dengan menggunakan metode Branden dan Waterlow di Unit Perawatan Bedah Rumah Sakit Dr. Hi. Abdul Moelock Propinsi Lampung.

Nama peneliti utama : Pujiarto

Nama institusi : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 10 Mei 2010

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

Ketua,

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 0

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN UNIVERSITAS INDONESIA**

PENJELASAN PENELITIAN

Judul Penelitian : Persepsi Perawat Terhadap Pengkajian Luka Tekan Metode Braden dan Waterlow Pada Pasien Di Unit Perawatan Bedah Rumah Sakit Dr. Hi. Abdul Moeloek Propinsi Lampung.

Peneliti : Pujiarto

NPM : 0806446694

Saya, mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah Universitas Indonesia, bermaksud melakukan penelitian untuk mengetahui persepsi perawat terhadap pengkajian luka tekan Metode Braden dan Waterlow. Ibu/Bapak/Saudara yang turut berpartisipasi dalam penelitian ini, akan melakukan pengkajian luka tekan menggunakan format pengkajian luka tekan metode braden dan waterlow score kemudian mengisi kuisisioner tentang persepsi pengkajian luka tekan metode braden dan waterlow.

Kami menjamin bahwa penelitian ini tidak berdampak negatif atau merugikan. Bila selama penelitian ini, Bapak/Ibu/Saudara merasakan ketidaknyamanan, maka Bapak/Ibu/Saudara berhak untuk berhenti dari penelitian ini.

Kami akan berusaha menjaga hak-hak Bapak/Ibu/Saudara sebagai responden dari kerahasiaan selama penelitian berlangsung, dan peneliti menghargai keinginan responden untuk tidak meneruskan dalam penelitian, kapan saja saat penelitian berlangsung. Hasil penelitian ini kelak akan dimanfaatkan sebagai masukan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap pasien yang beresiko mengalami resiko luka tekan.

Dengan penjelasan ini, kami sangat mengharapkan partisipasi Bapak/Ibu/Saudara. Atas perhatian dan partisipasi Bapak/Ibu/Saudara dalam penelitian ini, kami ucapkan terima kasih

Bandar Lampung, Mei 2010

Peneliti

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL, BEDAH
PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA**

LEMBAR PERSETUJUAN

Judul Penelitian : Persepsi Perawat terhadap Pengkajian Luka Tekan Metode Braden dan Waterlow Pada Pasien Di Unit Perawatan Bedah Rumah Sakit Dr. Hi. Abdul Moeloek Propinsi Lampung.
Peneliti : Pujiarto
NPM : 0806446694

Berdasarkan penjelasan yang telah disampaikan oleh peneliti tentang penelitian yang akan dilaksanakan sesuai judul diatas, saya mengetahui bahwa tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui persepsi perawat terhadap pengkajian luka tekan Metode Braden dan Waterlow. Saya memahami bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas pelayanan keperawatan terutama perawatan pasien dengan resiko luka tekan, khususnya di Unit perawatan penyakit bedah Rumah Sakit Dr. Hi. Abdul Moeloek Propinsi Lampung.

Saya memahami bahwa risiko yang akan terjadi sangat kecil dan saya berhak untuk menghentikan keikutsertaan saya dalam penelitian ini tanpa mengurangi hak-hak saya di rumah sakit ini.

Saya juga mengerti bahwa catatan mengenai penelitian ini akan dijamin kerahasiaannya, semua berkas yang mencantumkan identitas subyek penelitian hanya akan digunakan untuk keperluan pengolahan data dan bila sudah tidak digunakan akan dimusnahkan serta hanya peneliti yang tahu kerahasiaan data tersebut.

Selanjutnya secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun, dengan ini saya menyatakan bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.

Responden,

Bandar Lampung, Mei 2010

Peneliti,

(.....)

Pujiarto

LEMBAR PENGKAJIAN RESIKO LUKA TEKAN METODE BRADEN

INFORMASI UMUM		IDENTITAS PASIEN	
Hari/tanggal :		Nama :	
Rumah Sakit :		Nomor RM :	
Ruang :		Umur :	
		Jenis Kelamin : <input type="checkbox"/> Laki – Laki, <input type="checkbox"/> Perempuan	
		Lama Rawat : Hari Ke	
		Dx. Maedis :	
NO	KATAGORI	DESKRIPSI	SKORE
1	Persepsi – sensori	a. Tidak dapat merasakan nyeri b. Gangguan sensori pada setengah permukaan tubuh c. Gangguan sensori pada 1 atau 2 ekstremitas d. Tidak ada gangguan sensori	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
2	Kelembaban	a. Selalu terpapar oleh keringat atau urine (kulit basah) b. Kulit lembab c. Kulit kadang-kadang lembab d. Kulit kering	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
3	Aktivitas	a. Tergeletak ditempat tidur b. Tidak bisa berjalan c. Berjalan pada jarak terbatas d. Dapat berjalan sekitar ruangan	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
4	Mobilitas	a. Tidak mampu bergerak b. Tidak dapat merubah posisi secara tepat dan teratur c. Dapat merubah posisi ekstremitas secara mandiri d. Dapat merubah posisi tidur tanpa bantuan	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
5	Nutrisi	a. Tidak dapat menghabiskan 1/3 porsi makannya b. Jarang mampu menghabiskan ½ porsi makannya c. Mampu menghabiskan lebih dari ½ porsi makannya d. Dapat menghabiskan porsi makannya	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
6	Gesekan	a. Tidak mampu mengangkat badannya sendiri b. Membutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya c. Dapat bergerak bebas tanpa gesekan	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
JUMLAH SKORE TOTAL 1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6			=
KESIMPULAN :			
<input type="checkbox"/> Nilai 18 – 15 (Resiko Ringan) <input type="checkbox"/> Nilai 14 – 13 (Resiko sedang) <input type="checkbox"/> Nilai 12 – 10 (Resiko Tinggi) <input type="checkbox"/> Nilai < 9 (Sangat Beresiko)			
Perawat Pemeriksa			
(.....)*			
* Nama perawat pemeriksa dan tanda tangan			

No	Kategori	Deskripsi	No	Kategori	Deskripsi
1	Perspsi sensori Kemampuan untuk merespon secara tepat terhadap rasa tidak nyaman yang berhubungan dengan tekanan	<p>a. Tidak dapat merasakan nyeri (Skore 1) Tidak ada respon (tidak menggerak, menyentak, atau mengenggam) terhadap rangsangan nyeri karena menurunnya tingkat kesadaran atau sedasi, atau terbatasnya kemampuan untuk merasakan nyeri yang sebagian besar pada permukaan tubuh</p> <p>b. Gangguan sensor pada setengah permukaan tubuh (Skore 2) Hanya timbul merespon terhadap rangsangan nyeri, namun tidak dapat menyampaikan rasa tidak nyaman kecuali dengan menggerak atau sikap gelisah, atau mempunyai gangguan sensori yang menyebabkan terburusnya kemampuan untuk merasakan nyeri atau tidak nyaman pada lebih dari 1/3 bagian tubuh</p> <p>c. Gangguan sensor pada 1 atau 2 ekstremitas (Skore 3) Dapat merespon rangsangan tetapi tidak selalu dapat menyampaikan respon rasa tidak nyaman atau keinginan untuk merubah posisi badan. Memiliki beberapa gangguan sensori yang membatasi untuk dapat merasakan nyeri atau tidak nyaman pada satu atau kedua ekstremitas</p> <p>d. Tidak ada gangguan sensori (Skore 4) Dapat merespon rangsangan. Tidak memiliki penurunan sensori sehingga dapat menyatakan rasa nyeri atau rasa tidak nyaman</p>	4	Mobilitas Kemampuan untuk merubah dan mengatur posisi badan	<p>a. Tidak mampu bergerak (Skore 1) Tidak dapat merubah posisi badan atau ekstremitas bolakan posisi yang ringan sekalipun tanpa adanya bantuan</p> <p>b. Tidak dapat merubah posisi secara tepat dan teratur (Skore 2) Kadang-kadang merubah posisi bucan atau eksremilas, akan tetapi tidak dapat merubah posisi sesering mungkin atau bergerak secara efektif (merubah posisi badan tehadap tekanan) secara mandiri</p> <p>c. Dapat merubah posisi ekstremitas secara mandiri (Skore 3) Bergerak secara mandiri baik dikursi maupun diluar tempat tidur dan memiliki kekuatan otot yang cukup untuk menjaga posisi badan sepenuhnya selama bergerak, dapat mengatur posisi yang ditempat tidur ataupun dikursi kapan saja</p> <p>d. Dapat merubah posisi tidur tanpa bantuan (Skore 4) Dapat merubah posisi badan secara tepat dan sering mengaturl posisi badan tanpa adanya bantuan</p>
	Kelambaban Tingkatan keadaan dimana kulit menjadi lembab	<p>a. Selalu terpapar oleh keringat atau urine (kulit basah) (Skore 1) Kulit selalu dalam keadaan lembab oleh keringat, urine dan lainnya Keadaan lembab dapat dilihat pada setiap kali pasien digerakkan atau dibalik</p> <p>b. Kulit lembab (Skore 2) Kulit sering terlihat lembab akan tetapi tidak selalu, pakaian pasien dan atau alas tempat tidur harus diganti sedikitnya satu kali setiap pergantian dinas</p> <p>c. Kulit kudang-kadang lembab (Skore 3) Kulit kadang-kadang lembab. Pergantian pakaian pasien dan atau alas tempat tidur selain jadwal rutin, perlu diganti minimal satu kali sehari</p> <p>d. Kulit kering (Skore 4) Kulit biasanya dalam keadaan kering, pakaian pasien dan atau alas tempat tidur diganti sesuai dengan jadwal rutin pergantian</p>	5	Nutrisi Pola kebiasaan makan	<p>a. Tidak dapat menghabiskan 1/3 porsi makannya (Skore 1) Tidak pernah menghabiskan makanan, jarang makan lebih dari 1/3 dari makanan yang diberikan. Makan mengandung protein sebanyak 2 porsi atau kurang setiap harinya, kurang mengkonsumsi cairan, tidak mengkonsumsi cairan suplemen, atau pasien dipuaskan, dan atau mengkonsumsi makanan cairan atau mendapatkan cairan infuse melalui intravena lebih dari 5 hari.</p> <p>b. Jarang mampu menghabiskan 1/3 porsi makannya (Skore 2) Jarang sekali menghabiskan makanan dan biasanya hanya menghabiskan kira-kira 1/3 dari makanan yang diberikan, pemasukan makanan yang mengandung protein hanya 2 porsi setiap harinya, kadang-kadang mengkonsumsi makanan suplemen, atau mendapatkan makanan cairan atau selang NGT dengan jumlah kurang dari kebutuhan optimum perhari</p> <p>c. Mampu menghabiskan lebih dari 1/3 porsi makannya (Skore 3) Satu hari makan 3 kali, setiap makan mengkonsumsi lebih dari 1/3 porsi. Mengkonsumsi sebanyak 4 porsi makanan yang mengandung protein setiap harinya, kadang menolak untuk makan, tapi biasanya mengkonsumsi makanan suplemen jika diberikan, atau mendapatkan makanan melalui selang NGT atau cairan infuse berkala tinggi yang dapat memenuhi kebutuhan nutrisi</p> <p>d. Dapat menghabiskan porsi makannya (Skore 4) Menghabiskan setiap makanan yang diberikan, tidak pernah menolak, biasanya mengkonsumsi 4 porsi atau lebih menu protein, kadang makan makanan ringan, tidak memerlukan makanan suplemen</p>
	Aktifitas Tingkat aktifitas	<p>a. Tergeletak ditempat tidur (Skore 1) Hanya terbaring ditempat tidur</p> <p>b. Tidak bisa berjalan (Skore 2) Kemampuan untuk berjalan sangat terbatas atau tidak bisa sama sekali dan tidak mampu menahan berat badan dan atau harus dibantu untuk kembali kekursi atau kursi roda</p> <p>c. Berjalan pada jarak terbatas (Skore 3) Selama siang hari kadang-kadang dapat berjalan, tetapi jaraknya sangat cekat saja, dengan atau tanpa bantuan, lebih banyak menghabiskan waktunya di atas tempat tidur atau dikursi pada setiap pergantian dinas</p> <p>d. Dapat berjalan sekitar ruangan (Skore 4) Berjalan keluar ruangan sedikitnya 2 (dua) kali sehari dan berjalan didalam ruangan sedikitnya sekali setiap 2 jam selama waktu tergiagi</p>	6	Gesekan	<p>a. Tidak mampu mengangkat badannya sendiri (Skore 1) Memerlukan bantuan sedang sampai maksimal untuk bergerak, tidak mungkin memindahkan badan tanpa gesekan dengan alas tempat tidur, sering merosot kebawah diluar tempat tidur atau kursi dan seringkali memerlukan bantuan yang maksimal untuk pengembalian posisi semula. Kekakuan pada otot, kontraktur atau gelisah yang sering menimbulkan terjadinya gesekan yang terus menerus</p> <p>b. Memburuhkan bantuan minimal mengangkt tubuhnya (Skore 2) Bergerak lemah atau memerlukan bantuan minimal, selalu bergerak kulit kemungkin bergesekan dengan alas tempat tidur, kursi, sabuk, pengkangan atau alat bantu lain. Hampir selalu mampu menjaga badan dengan cukup baik dikursi ataupun ditempat tidur, namun kadang-kadang merosot kebawah</p> <p>c. Dapat bergerak bebas tanpa gesekan (Skore 3) Sering merubah posisi badan atau ekstremitas secara mandiri meskipun hanya dengan gerakan ringan</p>

LEMBAR PENGKAJIAN RESIKO LUKA TEKAN METODE WATERLOW

INFORMASI UMUM				IDENTITAS PASIEN			
Hari/tanggal :				Nama :			
Rumah Sakit :				Nomor RM :			
Ruang :				Umur :			
				Jenis Kelamin : <input type="checkbox"/> Laki - Laki, <input type="checkbox"/> Perempuan			
				Lama Rawat : Hari Ke			
				Dx. Maedis :			
NO	KATAGORI	DESKRIPSI	SKORE	NO	KATAGORI	DESKRIPSI	SKORE
1	Jenis kelamin dan umur	a. Laki-laki b. Wanita c. Usia 14 – 49 thn d. Usia 50 – 64 thn e. Usia 65 – 74 thn f. Usia 75 – 80 thn g. Usia > 80 thn	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	6	Mobilitas	a. Mobilitas penuh b. Gelisah/resah c. Apatis d. Terbatas e. Kaku tak bertenaga (Seperti traksi) f. Dengan kursi roda	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
2	Perbandingan bentuk BB terhadap TB (BB/TB)	a. Rata – rata (20 – 24,9) b. Diatas rata – rata (25 – 29,9) c. Obesitas (>30) d. Dibawah rata – rata (<20)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	7	Nafsu makan	a. Rata – rata b. Buruk c. NGT/ hanya cairan d. Anoreksia atau tak ada masukan peroral	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
3	Kontinen atau Eliminasi	a. Komplet / kateterisasi b. Inkontinensia urin c. Inkontinensia fekal d. Inkontinensia urin dan fekal	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	8	Bedah atau trauma mayor	a. Orthopedic atau spinal b. Diatas meja operasi > 2 jam c. Diatas meja operasi > 6 jam	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8
4	Defisit neurologis	Diabetes, MS, CVA, Motorik/ sensorik paraplegi	<input type="checkbox"/> 4-6	9	Obat – obatan	Sitotoksik, steroid, anti inflamasi, anti koagulan	<input type="checkbox"/> 4
5	Resiko khusus / malnutrisi jaringan	a. Kachexia terminal b. Kegagalan multiple organ c. Kegagalan satu organ, pernafasan, ginjal, hati, jantung d. Penyakit vaskuler perifer e. Anamia (Hb < 8) f. Merokok	<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	10	Jenis kulit dan daerah resiko yang terlihat	a. Sehat b. Tipis c. Kering d. Edema e. Lembab atau demam f. Pucat (Luka tekan stage 1) g. Luka tekan stage 2, 3, atau 4	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
JUMLAH SKORE TOTAL 1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7 + 8 + 9 + 10 =							
KESIMPULAN :							
<input type="checkbox"/> Nilai > 10 (Resiko) <input type="checkbox"/> Nilai > 15 (Resiko Tinggi) <input type="checkbox"/> Nilai > 20 (Sangat Resiko Tinggi)							
						Perawat Pemeriksa	
						(.....)*	
* Nama perawat pemeriksa dan tanda tangan							

NO	KATEGORI	DESKRIPSI	SKORE	NO	KATEGORI	DESKRIPSI	SKORE
1	Jenis kelamin dan umur	<p>a. Laki-laki : Jenis kelamin klien laki-laki</p> <p>b. Wanita : Jenis Kelamin klien wanita</p> <p>c. Usia 14 – 49 thn : Usia klien 14-49 thn</p> <p>d. Usia 50 – 64 thn : Usia klien 50-64 thn</p> <p>e. Usia 65 – 74 thn : Usia klien 65-74 thn</p> <p>f. Usia 75 – 80 thn : Usia klien 75-80 thn</p> <p>g. Usia > 80 thn : Usia klien diatas 80 thn</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	6	Mobilitas	<p>a. Mobilitas penuh : Klien tidak ada masalah dalam pergerakan dan aktifitasnya</p> <p>b. Gelisah/resah : Klien tampak gelisah</p> <p>c. Apatis : Klien mengalami penurunan kesadaran (apatis)</p> <p>d. Terbatas : Klien mobilitas sangat terbatas</p> <p>e. Kaku tak berlenaga (Seperti traksi) : Klien tampak kaku tak berlenaga atau pada pasien yang terpasang traksi</p> <p>f. Dengan kursi roda : Klien hanya dapat melakukan mobilisasi dengan kursi roda</p>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
2	Perbandingan bentuk BB terhadap TB (BB/TB)	<p>a. Rata – rata (20 – 24,9)</p> <p>b. Diatas rata – rata (25 – 29,9)</p> <p>c. Obesitas (>30)</p> <p>d. Dibawah rata – rata (<20)</p> <p>Cara perhitungannya adalah : BB (dalam Kg)/TB (dalam M2) Contoh : BB : 95 kg, TB : 175 cm (1,75 m) $95/1,75^2 = 31$</p> <p>Dari perhitungan tersebut dapat disimpulkan bahwa perbandingan BB terhadap TB klien adalah 31 sehingga dapat disimpulkan bahwa klien adalah Obesitas</p>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	7	Nafsu makan	<p>a. Rata – rata : Klien dapat menghabiskan porsi makan yang disediakan</p> <p>b. Buruk : Klien hanya menghabiskan 1/3 porsi makan yang disediakan</p> <p>c. NGT/hanya cairan : Klien hanya mendapat asupan makan dari NGT</p> <p>d. Anoreksia atau tak ada masukan peroral : Klien tidak nafsu makan atau tidak ada sama sekali makanan yang masuk peroral</p>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
3	Kontinen atau Eliminasi	<p>a. Komplet / kateterisasi : Klien terpasang kateter dengan baik</p> <p>b. Inkontinensia urin : Klien tidak dapat mengontrol BAK nya</p> <p>c. Inkontinensia fekal : Klien tidak dapat mengontrol BAB nya</p> <p>d. Inkontinensia urin dan fekal : Klien tidak dapat mengontrol BAK maupun BAB nya</p>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	8	Bedah atau trauma mayor	<p>a. Orthopedic atau spinal tuiang atau spinal</p> <p>b. Diatas meja operasi > 2 jam : Lama dilakukan pembedahan di ruang operasi selama lebih dari 2 jam</p> <p>c. Diatas meja operasi > 6 jam : Lama dilakukan pembedahan di ruang operasi selama lebih dari 6 jam</p>	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8
4	Defisit neurologis	<p>Diabetes, MS, CVA, Motorik/sensorik paraplegi : Klien mengalami masalah Diabetes (nilai 4), Klien mengalami Mitral Stenosis (nilai 5), Klien mengalami Cerebrovaskuler Accident (cedera kepala ataupun stroke) dan mengalami motorik sensori / paraplegi (nilai 6)</p>	<input type="checkbox"/> 4-6	9	Obat – obatan	<p>Sitotoksik, steroid, anti inflamasi, anti koagulan : Klien mendapatkan terapi Sitotoksik, steroid, anti inflamasi, atau anti koagulan</p>	<input type="checkbox"/> 4

5	kesiko khusus / malnutrisi jaringan	<p>a. Cachexia terminal : Klien tampak sangat kurus</p> <p>b. Kegagalan multiple organ : Klien mengalami kegagalan banyak organ tubuh</p> <p>c. Kegagalan satu organ: pematasan, ginjal, hati, jantung : Klien mengalami kegagalan organ salah satu dari yang tersebut)</p> <p>d. Penyakit vaskuler perifer : Klien mengalami penyakit vaskuler perifer</p> <p>e. Anemia (Hb < 8) : Klien mengalami penurunan Hb. Hb kurang dari 8 mg/dl</p> <p>f. Merokok : Klien mempunyai kebiasaan merokok</p>	<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	Jenis kulit dan daerah resiko yang terlihat	<p>a. Sehat : Kulit tampak sehat tidak kering turgor bagus kontur juga bagus</p> <p>b. Tipis : Kulit klien tampak tipis.</p> <p>c. Kering : Kulit klien kering</p> <p>d. Edema : Klien mengalami edema</p> <p>e. Lembab atau demam : Kulit klien lembab atau klien dalam kondisi demam</p> <p>f. Pucuk (Luka tekan stage I) : Klien mengalami luka tekan derajat satu : kulit klien tampak kemerahan atau kerusakan kulit bagian epidermis</p> <p>g. Luka tekan stage 2, 3, atau 4 : Klien mengalami kerusakan kulit derjat 2-4 ; mengalami kerusakan pada bagian dermis, subkutis sampai kerusakan pada otot, tendon bahkan sampai tulang.</p>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
---	-------------------------------------	---	--	---	---	--



KUISIONER 1. PERSEPSI PERAWAT TERHADAP METODE BRADEN**Petunjuk khusus bagian Kuisisioner 1**

- a. Berisikan tentang data tentang Metode Braden .
- b. Beri tanda silang (√) pada setiap jawaban pertanyaan
- d. Pilihan kategori jawaban :
 - YA = 1
 - TIDAK = 2

No	Pertanyaan	Persepsi perawat	
		YA	TIDAK
		1	2
1	Setelah menggunakan Metode Braden, saya merasa sulit saat menilai tentang deskripsi kategori : Persepsi sensori.		
2	Setelah menggunakan Metode Braden, saya merasa sulit saat menilai tentang deskripsi kategori : kelembaban.		
3	Setelah menggunakan Metode Braden, saya merasa sulit saat menilai tentang deskripsi kategori : Nutrisi.		
4	Setelah menggunakan Metode Braden, saya merasa sulit saat menilai tentang deskripsi kategori : Mobilitas.		
5	Setelah menggunakan Metode Braden, saya merasa sulit saat menilai tentang deskripsi kategori : Aktifitas.		
6	Setelah menggunakan Metode Braden, saya merasa sulit saat menilai tentang deskripsi kategori : Gesekan.		
7	Setelah menggunakan Metode Braden, saya merasa sulit saat menetapkan skor pada setiap butir kategori : Persepsi sensori		
8	Setelah menggunakan Metode Braden, saya merasa sulit saat menetapkan skor pada setiap butir kategori : Kelembaban		
9	Setelah menggunakan Metode Braden, saya merasa sulit saat menetapkan skor pada setiap butir kategori : Nutrisi		
10	Setelah menggunakan Metode Braden, saya merasa sulit saat menetapkan skor pada setiap butir kategori : Mobilitas		
11	Setelah menggunakan Metode Braden, saya merasa sulit saat menetapkan skor pada setiap butir kategori : Aktifitas		
12	Setelah menggunakan Metode Braden, saya merasa sulit saat menetapkan skor pada setiap butir kategori : Gesekan		
13	Setelah menggunakan Metode Braden, saya merasa sulit saat menetapkan skor akhir dan kesimpulan metode ini		

KUISIONER 2. PERSEPSI PERAWAT TERHADAP METODE WATERLOW**Petunjuk khusus bagian Kuisisioner 2**

- a. Berisikan tentang data tentang Metode Waterlow .
- b. Beri tanda silang (√) pada setiap jawaban pertanyaan
- d. Pilihan kategori jawaban :
 - YA = 1
 - TIDAK = 2

No	Pertanyaan	Persepsi perawat	
		YA 1	TIDAK 2
1	Setelah menggunakan Metode Waterlow, saya merasa sulit saat menilai tentang deskripsi kategori : Jenis kelamin dan umur		
2	Setelah menggunakan Metode Waterlow, saya merasa sulit saat menilai tentang deskripsi kategori : Perbandingan BB dan TB		
3	Setelah menggunakan Metode Waterlow, saya merasa sulit saat menilai tentang deskripsi kategori : Inkontinensia		
4	Setelah menggunakan Metode Waterlow, saya merasa sulit saat menilai tentang deskripsi kategori : Mobilitas		
5	Setelah menggunakan Metode Waterlow, saya merasa sulit saat menilai tentang deskripsi kategori : Resiko khusus / malnutrisi jaringan		
6	Setelah menggunakan Metode Waterlow, saya merasa sulit saat menilai tentang deskripsi kategori : Defisit neurologis		
7	Setelah menggunakan Metode Waterlow, saya merasa sulit saat menilai tentang deskripsi kategori : Obat-obatan		
8	Setelah menggunakan Metode Waterlow, saya merasa sulit saat menilai tentang deskripsi kategori : Jenis kulit dan resiko yang terlihat		
9	Setelah menggunakan Metode Waterlow, saya merasa sulit saat menilai tentang deskripsi kategori : Bedah/trauma mayor		
10	Setelah menggunakan Metode Waterlow, saya merasa sulit saat menilai tentang deskripsi kategori : Nafsu makan		
11	Setelah menggunakan Metode Waterlow, saya merasa sulit saat menetapkan skor pada setiap butir kategori : Jenis kelamin dan umur		
12	Setelah menggunakan Metode Waterlow, saya merasa sulit saat menetapkan skor pada setiap butir kategori : Perbandingan BB dan TB		
13	Setelah menggunakan Metode Waterlow, saya merasa sulit saat menetapkan skor pada setiap butir kategori : Inkontinensia		
14	Setelah menggunakan Metode Waterlow, saya merasa sulit saat menetapkan skor pada setiap butir kategori : Mobilitas		
15	Setelah menggunakan Metode Waterlow, saya merasa sulit saat menetapkan skor pada setiap butir kategori : Resiko khusus/malnutrisi jaringan		
16	Setelah menggunakan Metode Waterlow, saya merasa sulit saat menetapkan skor pada setiap butir kategori : Defisit neurologis		
17	Setelah menggunakan Metode Waterlow, saya merasa sulit saat menetapkan skor pada setiap butir kategori : obat-obatan		
18	Setelah menggunakan Metode Waterlow, saya merasa sulit saat menetapkan skor pada setiap butir kategori : Jenis kulit dan resiko yang terlihat		
19	Setelah menggunakan Metode Waterlow, saya merasa sulit saat menetapkan skor pada setiap butir kategori : Bedah/trauma mayor		
20	Setelah menggunakan Metode Waterlow, saya merasa sulit saat menetapkan skor pada setiap butir kategori : Nafsu makan		
21	Setelah menggunakan Metode Waterlow, saya merasa mcrasa sulit saat menetapkan skor akhir dan kesimpulan metode ini		

JADUAL PELAKSANAAN PENELITIAN TAHUN 2010

No.	Kegiatan	Bulan						
		Feb	Maret	April	Mei	Juni	Juli	
1.	Pengajuan judul tesis							
2.	Bimbingan tesis							
3.	Ujian proposal							
4.	Pengumpulan data							
5.	Analisis data							
6.	Seminar hasil penelitian							
7.	Sidang tesis							
8.	Perbaikan							
9.	Pengumpulan laporan							
10.	Publikasi							



**PENKAKJIAN LUKA TEKAN
DENGAN MENGGUNAKAN METODE BRADEN
DAN WATERLOW SCORE**

**OLEH :
PUJIARTO
NPM : 0806446694**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2010**

PENGKAJIAN LUKA TEKAN DENGAN MENGGUNAKAN METODE BRADEN DAN WATERLOW

A. Latar belakang.

Luka tekan (*Pressure Ulcers*) adalah kerusakan pada kulit pada posisi tidur yang lama yang disebabkan oleh tekanan, perlukaan dan gesekan atau dari gabungan penyebab tersebut (European Pressure Ulcer Advisory Panel, 1998). Langkah utama pencegahan terjadinya luka tekan adalah keakuratan pengkajian resiko terjadinya luka tekan sehingga perawat dapat menetapkan dan melaksanakan intervensi untuk pencegahan (Bergstrom, Dcmuth, & Braden, 1987).

Berdasarkan hasil survey di Amerika Serikat biaya yang dibutuhkan untuk perawatan pasien yang menderita luka tekan berkisar antara \$ 500 – 400.000 (Rp. 5000.000 – 400.000.000), jumlah ini bervariasi tergantung dari derajat luka tekan dan komplikasi yang dialami pasien (Curtis, Allman & Hill, 2007). Sedangkan biaya yang dibutuhkan untuk tindakan pencegahan luka tekan tidak mencapai setengah dari biaya yang dipakai untuk mengobati luka tekan tersebut.

Luka tekan merupakan masalah yang sering terjadi di rumah sakit di Amerika Serikat yaitu berkisar 3 – 11% pada unit perawatan akut dan 24% pada unit perawatan jangka panjang (Ayello, 2003). Menurut Port (2005, dalam Le Mone 2008) insiden luka tekan di rumah sakit mencapai 8% dan insiden luka tekan di unit perawatan jangka panjang berkisar 2,4 – 23%. Kejadian luka tekan pada pasien yang dirawat di ruang ICU rumah sakit di Pontinak mencapai 33% (Suriadi, 2007).

Identifikasi pasien yang beresiko tinggi mengalami luka tekan sangat penting untuk efektifitas dalam penatalaksanaan luka tekan karena sangat menentukan strategi dan tindakan yang digunakan dalam pencegahan terjadinya luka tekan (Keller et al., 2002; Stechmiller et al., 2008). Untuk mendukung pengkajian resiko luka tekan diharapkan menggunakan panduan pengkajian dengan skala yang direkomendasikan untuk dapat diaplikasikan pada praktikal klinik (Stechmiller et al., 2008).

Sehingga sebagai seorang perawat harus mengerti tentang pengkajian luka tekan untuk mendeteksi terjadinya luka tekan, terutama pengkajian luka tekan dengan menggunakan metode Braden dan Waterlow.

B. Tujuan Pelatihan

1. Tujuan Umum

Setelah mendapatkan pelatihan tentang pengkajian luka tekan dengan menggunakan metode Braden dan Waterlow diharapkan perawat dapat menggunakan metode tersebut.

2. Tujuan Khusus

- a. Perawat dapat memahami tentang konsep dasar luka tekan
- b. Perawat dapat memahami tentang pengkajian luka tekan metode Braden

- c. Perawat dapat memahami tentang pengkajian luka tekan metode Waterlow
- d. Perawat dapat mempraktekkan pengkajian luka tekan dengan metode Braden maupun metode Waterlow

C. Waktu dan Tempat

1. Waktu Pelaksanaan

- a. Hari = Rabu
- b. Tanggal = 19 Mei 2010
- c. Pukul = Pukul 09.00 s.d 14.30 wib

2. Tempat Pelaksanaan

Tempat pelaksanaan pelatihan di Aula SMF bedah RSUAM dan di ruang rawat (ruang kutilang/bedah pria, ruang mawar/bedah wanita, dan gelatik/ruang orthopedic).

D. Sasaran

Perawat yang ada pada unit bedah RSUAM Propinsi lampung, 30 perawat : 10 perawat dari ruang kutilang, 10 perawat dari ruang mawar, dan 10 perawat dari ruang gelatik

E. Metode

Ceramah materi dan praktek

No	Kegiatan	Waktu	Tempat
1	Registrasi dan pembukaan	09.00 s.d 09.15 wib	Aula SMF bedah RSAM
2	Materi Ceramah		
	a. Materi luka tekan (<i>Pressure Ulcer</i>)	09.15 s.d 10.45 wib	Aula SMF bedah RSAM
	b. Materi Pengkajian luka tekan metode Braden dan Waterlow serta cara pengisiannya	10.45 s.d 12.15 wib	Aula SMF bedah RSAM
3	ISOMA	12.15 s.d 13.00 wib	
4	Praktek	13.00 s.d 13.30 wib 13.30 s.d 14.00 wib 14.00 s.d 14.30 wib	Ruang Kutilang Ruang Mawar Ruang Gelatik
5	Evaluasi dan penutup		Aula SMF bedah RSAM

F. Evaluasi

Setelah mendapatkan pelatihan diharapkan semua peserta dapat menggunakan instrument pengkajian luka tekan metode Braden dan Waterlow dengan baik.

LUKA TEKAN (*PRESSURE ULCER*)/DEKUBITUS

Oleh : Ns. Pujiarto, S.Kep

Luka tekan (*Pressure Ulcers*) adalah kerusakan pada kulit pada posisi tidur yang lama yang disebabkan oleh tekanan, perlukaan dan gesekan atau dari gabungan penyebab tersebut (European Pressure Ulcer Advisory Panel, 1998). Langkah utama pencegahan terjadinya luka tekan adalah keakuratan pengkajian resiko terjadinya luka tekan sehingga perawat dapat menetapkan dan melaksanakan intervensi untuk pencegahan (Bergstrom, Demuth, & Braden, 1987).

Berdasarkan hasil survey di Amerika Serikat biaya yang dibutuhkan untuk perawatan pasien yang menderita luka tekan berkisar antara \$ 500 – 400.000 (Rp. 5000.000 – 400.000.000), jumlah ini bervariasi tergantung dari derajat luka tekan dan komplikasi yang dialami pasien (Curtis, Allman & Hill, 2007). Sedangkan biaya yang dibutuhkan untuk tindakan pencegahan luka tekan tidak mencapai setengah dari biaya yang dipakai untuk mengobati luka tekan tersebut.

Luka tekan merupakan masalah yang sering terjadi di rumah sakit di Amerika Serikat yaitu berkisar 3 – 11% pada unit perawatan akut dan 24% pada unit perawatan jangka panjang (Ayello, 2003). Menurut Port (2005, dalam Le Mone 2008) insiden luka tekan di rumah sakit mencapai 8% dan insiden luka tekan di unit perawatan jangka panjang berkisar 2,4 – 23%.

Identifikasi pasien yang beresiko tinggi mengalami luka tekan sangat penting untuk efektifitas dalam penatalaksanaan luka tekan karena sangat menentukan strategi dan tindakan yang digunakan dalam pencegahan terjadinya luka tekan (Keller et al., 2002; Stechmiller et al., 2008). Untuk mendukung pengkajian resiko luka tekan diharapkan menggunakan panduan pengkajian dengan skala yang direkomendasikan untuk dapat diaplikasikan pada praktikal klinik (Stechmiller et al., 2008).

Berdasarkan beberapa hasil penelitian tentang validitas instrument pengkajian luka tekan antara lain untuk skala Braden diruang ICU mempunyai sensitivitas 83% dan spesifitas 90% dan di *nursing home* mempunyai sensitivitas 46% dan spesifitas 88% (Bergstrom et al., 1994), sedang di unit orthopedic mempunyai sensitivitas 64% dan spesifitas 87% (Langemo et al., 1991), dan di unit Cardiothorasic mempunyai sensitivitas 73% dan spesifitas 91% (Barnes et al., 1993). Skala Waterlow

mempunyai sensitivitas 73% dan spesifitas 38% (Smith, 1989). Skala Norton di unit orthopedic mempunyai sensitivitas 50% dan spesifitas 31% (Smith, 1989). Penelitian diatas menunjukkan validitas instrument pengkajian lukan tekan yang tertinggi yaitu skala Braden dan Waterlow.

1. Pengertian luka tekan

Luka tekan adalah kerusakan jaringan yang terjadi apabila kulit dan jaringan lunak dibawahnya tertekan oleh tonjolan tulang dan permukaan eksternal dalam jangka waktu yang lama (Ignatavicius & Workman, 2006). Luka tekan merupakan suatu lesi iskemik pada kulit dan jaringan dibawahnya yang disebabkan oleh adanya tekanan yang merusak aliran darah dan limfe, keadaan iskemik ini menyebabkan nekrosis jaringan dan akan menimbulkan luka, luka tekan ini bisa terjadi pada pasien yang berada dalam suatu posisi dalam jangka waktu yang lama baik posisi duduk maupun berbaring (Porth, 2005 dalam Le Mone dan Burke, 2008).

Luka tekan sering terjadi pada tonjolan tulang, seperti sacrum, iskiat tuberositi dan trokanter namun luka tekan ini juga dapat terjadi pada bagian tubuh manapun. Tempat yang sering terjadi luka tekan pada orang dewasa adalah sacrum (30-48%), tumit (19-36%), ischium (6-16%), trokanter (6-11%), maleolus (7-8%), siku (5-9%), iliaka (4%), lutut (3-4%) dan selebihnya mengenai daerah dagu, oksipital, scapula, pretibial dan prosesus spinosus (Bryant, 2000).

2. Faktor – factor yang Mempengaruhi Luka Tekan

Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya luka tekan ada faktor yang bisa dirubah namun ada juga yang bersifat tetap, faktor tersebut adalah sebagai berikut :

a. Mobilisasi

Terjadinya luka tekan secara langsung berhubungan lamanya imobilitas. Jika penekanan berlanjut lama akan terjadi thrombosis pembuluh darah kecil dan nekrosis jaringan pada benjolan tulang yang menahan berat badan lebih rentan terjadi luka tekan (Smeltzer, Bare & Hinkle, et al., 2008). Hal ini didukung oleh Ignatavicius dan Workman (2006) yang menyatakan bahwa luka tekan sering ditemukan pada orang dengan pergerakan yang terbatas karena tidak mampu merubah posisi untuk menghilangkan tekanan.

Tingkat ketergantungan mobilitas pasien merupakan factor yang langsung mempengaruhi resiko terjadinya luka.

b. Kerusakan Sensori Persepsi

Pasien yang tidak mampu merasakan atau mengkomunikasikan nyeri yang dirasakan akibat tekanan cenderung untuk mengalami luka tekan, pada pasien yang mengalami gangguan status mental karena stroke, trauma kepala, penyakit otak organik, Alzheimer disease, atau masalah kognitif lainnya beresiko untuk terjadinya luka tekanan namun mereka tidak bisa mengatakan pada orang lain untuk membantu mereka merubah posisi bahkan ada yang tidak mampu merasakan nyeri atau tekanan (Ignatavicius dan Workman, 2006).

c. Gesekan dan Robekan

Menurut Smeltzer, Bare, dan Hinkle, et al., (2008), gesekan adalah tahanan terhadap gerakan yang terjadi bila dua permukaan digesekkan satu sama lain, sedangkan gaya robekan merupakan gaya yang ditimbulkan sebagai interaksi antara gaya gravitasi dan gesekan dengan adanya gaya robekan ini maka lapisan jaringan akan saling menekan pembuluh darah teregang dan melilit serta sirkulasi mikro dan subkutan terganggu sacrum dan tumit merupakan bagian yang rentan terhadap gaya robekan.

Luka tekan akibat gesekan dan robekan terjadi pada saat pasien merosot diatas tempat tidur atau saat diposisikan tidak tepat. Pada keadaan ini pasien bisa merosot kebawah sehingga mengakibatkan tulangnya bergerak kebawah 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, kondisi otot yang spastic dan paralitik meningkatkan kerentanan terjadinya luka tekan yang berhubungan dengan gesekan dan robekan (Smeltzer, Bare dan Hinkle et al., 2008; Bryant, 2000).

d. Kelembaban

Kulit yang mengalami kondisi lembab secara berlebihan seperti pada pasien yang mengalami incontinenasia urine dan feces, berkeringat banyak atau

drainage menyebabkan perlunakan pada kulit (maserasi) sehingga lebih rentan terhadap kerusakan akibat tekanan, selain itu kulit juga bereaksi terhadap bahan kaustik dalam ekskresi atau drainage tersebut sehingga mengalami iritasi (Smeltzer, Bare dan Hinkle et al., 2008). Pendapat yang sama dikemukakan oleh Ignatavicius dan Workman (2006) yang mengatakan bahwa inkontinensia menyebabkan kulit terkontak dalam jangka waktu yang lama dengan zat-zat seperti urea, bakteri, jamur, dan enzim yang berada dalam urine dan feces, zat-zat ini bersifat iritan dan akan menyebabkan kerusakan pada kulit.

e. Status Nutrisi

Diperkirakan 3-50% pasien yang dirawat di rumah sakit mengalami malnutrisi, gangguan intake nutrisi, intake protein yang rendah, ketidakmampuan untuk makan sendiri dan kehilangan berat badan merupakan predictor independen terhadap berkembangnya luka tekan (Bergstrom & Braden, 1992; Brandeis et al., 1990; dalam Bryant, 2000).

Smeltzer, Bare dan Hinkle et al., (2008) juga berpendapat bahwa defisiensi nutrisi, anemia dan gangguan metabolic juga mendukung terjadinya luka tekan, setiap jenis anemia akan menurunkan kemampuan darah untuk membawa oksigen dan mendukung terjadinya luka tekan. Pasien yang mempunyai kadar protein rendah akan mengalami penipisan jaringan dan menghambat proses perbaikan jaringan juga akan menimbulkan edema jaringan serta meningkatkan resiko terjadinya luka tekan. Vitamin C dan mineral juga diperlukan untuk pemeliharaan dan perbaikan jaringan.

f. Usia

Pertambahan usia juga dipertimbangkan sebagai salah satu factor resiko terjadinya luka tekan, pada orang lanjut usia kulit mengalami penurunan ketebalan, epidermal, kolagen dermal dan elastisitas jaringan kulit lebih kering akibat hilangnya sebacea dan aktifitas kelenjar keringat. Perubahan pada kardiovaskuler menyebabkan perubahan perfusi jaringan, atropi otot dan struktur tulang juga memberi pengaruh (Smeltzer, Bare dan Hinkle et al., 2008). Proses penuaan juga mengakibatkan kehilangan otot, penurunan kadar serum albumin, penurunan respon inflamasi, penurunan elastisitas

kulit, serta penurunan kohesi antara epidermis dan dermis, perubahan ini berkombinasi dengan factor penuaan lain akan membuat kulit menjadi berkurang toleransinya terhadap tekanan, gesekan, dan robekan lebih dari 50% pasien yang menderita luka tekan berusia lebih dari 70 tahun (Lyder, 2006).

g. Merokok

Nikotin yang terdapat pada rokok dapat menurunkan aliran darah dan memiliki efek toksik terhadap endothelium darah dan terhadap trombosit dengan meningkatkan agregasi trombosit, kedua proses ini akan memacu timbulnya penyempitan pembuluh darah yang akan menurunkan suplai darah keseluruh tubuh sehingga mempercepat terjadinya kematian jaringan pada daerah yang tertekan.

Menurut Salzberg, et al., (1998 dalam Bryant, 2000) bahwa rokok dapat menjadi predictor dalam pembentukan luka tekan, insiden dan perluasan luka lebih tinggi pada pasien yang mengkonsumsi rokok dalam jumlah banyak.

h. Indeks masa tubuh

Pada orang dengan indeks masa tubuh yang kecil cenderung akan mengalami penekanan tonjolan tulang yang lebih besar dibanding orang dengan indeks masa tubuh yang lebih besar. Vangilder et al., (2008) melakukan penelitian untuk melihat hubungan antara prevalen luka tekan, indeks masa tubuh dan berat badan survey ini dilakukan dengan melihat laporan kejadian luka tekan di Amerika Serikat tahun 2006-2007 hasil penelitian menunjukkan bahwa prevalensi luka tekan lebih tinggi pada pasien dengan indeks masa tubuh rendah, dan juga pada pasien yang berat badan kurang dan berat badan lebih.

i. Tekanan darah rendah

Pada kondisi tekanan darah sistolik < 100 mmHg dan diastolic dibawah < 60 mmHg akan meningkatkan resiko berkembangnya luka tekan (Bergstrom, 1997, Gosnell, 1973, dalam Bryant, 2000) dalam keadaan hipotensi darah akan dialihkan dari kulit ke organ vital, sehingga akan

menurunkan toleransi kulit terhadap tekanan. Hal ini menggambarkan kondisi dimana tekanan yang lebih sedikit akan mampu melawan tahanan kapiler yang sudah rendah yang akan memperburuk perfusi ke daerah kulit.

j. Suhu tubuh

Berkembangnya luka tekan dapat juga dipengaruhi oleh suhu tubuh hal ini dapat terjadi karena dengan meningkatnya suhu tubuh 1 derajat akan meningkatkan kebutuhan metabolisme jaringan sebesar 10%. Peningkatan metabolisme ini akan meningkatkan konsumsi oksigen dan kebutuhan energy pada tingkat sel termasuk pada daerah yang mendapat tekanan sehingga kerusakan jaringan akan semakin cepat terjadi peningkatan suhu tubuh juga akan mengaktifasi kelenjar keringat sehingga meningkatkan kelembaban pada permukaan kulit (Knox, 1999; Reger et al., 2005).

k. Tekanan antar permukaan

Menurut hasil penelitian, faktor penting lainnya yang juga berpengaruh terhadap risiko terjadinya luka tekan adalah tekanan antar muka (*interface pressure*). Tekanan antar muka adalah kekuatan per unit area antara tubuh dengan permukaan matras. Apabila tekanan antar muka lebih besar daripada tekanan kapiler rata rata, maka pembuluh darah kapiler akan mudah kolap, daerah tersebut menjadi lebih mudah untuk terjadinya iskemia dan nekrotik. Tekanan kapiler rata rata adalah sekitar 32 mmHg. Menurut penelitian Sugama (2000) dan Suriadi (2003) tekanan antarmuka yang tinggi merupakan faktor yang signifikan untuk perkembangan luka tekan. Tekanan antar muka diukur dengan menempatkan alat pengukur tekanan antar muka (*pressure pad evaluator*) diantara area yang tertekan dengan matras.

l. Penyakit yang mendasari

Penelitian yang dilakukan oleh Uzun & Tan (2006) terhadap 344 responden, 55,5% adalah laki-laki, 92,7% dalam keadaan sadar, dan rata-rata umur 51,73 tahun (SD 16,44; range 18-88 tahun) mendapatkan hasil yaitu tidak ada perbedaan yang signifikan diantara usia, jenis kelamin, atau indek massa tubuh pada pasien yang menderita dan yang tidak

menderita luka tekan perbedaan ditemukan antara kelompok pasien berdasarkan unit tempat dirawat, status pembedahan, tingkat kesadaran, adanya penyakit yang mendukung atau masalah medis lainnya, tingkatan resiko luka tekan dan tingkatan serum albumin. Sebagian besar pasien yang menderita luka tekan mempunyai masalah medis tambahan seperti fraktur, DM, Paralisis, inkontinensia urine, gagal jantung, dan masalah lainnya.

3. Patofisiologi luka tekan

Menurut Bryant (2000), patofisiologi luka tekan terdiri dari : penampilan klinik, respon otot, dan respon seluler.

a. Penampilan klinik

Obstruksi aliran darah kapiler karena adanya tekanan dari luar akan menyebabkan iskemia jaringan, jika tekanan tersebut dihilangkan dalam waktu yang singkat maka darah akan mengalir kembali dan kulit terlihat memerah yang disebut dengan *reactive hyperemia* atau *blanching erythema*. Reactive hyperemia merupakan mekanisme kompensasi tubuh dengan mendilatasi pembuluh darah pada daerah yang tertekan pada periode iskemik jika daerah yang memerah ini ditekan dengan jari maka akan menjadi pucat/putih dan terasa nyeri pada pasien dengan sensasi yang baik. Hal ini merupakan gejala awal adanya tekanan dan masih bisa dikembalikan ke kondisi semula jika tekanan dihilangkan tanpa menimbulkan kerusakan jaringan (Bryant, 2000)

Jika tekanan terhadap daerah tersebut tidak dihilangkan maka akan timbul eritema yang tidak memudar dengan tekanan (*non blanching erytema*). *Non blanching erytema* ini merupakan tanda adanya kerusakan aliran darah dan menggambarkan bahwa telah terjadi kerusakan jaringan. Eritema ini terjadi sebagai akibat dari kerusakan pembuluh darah dan ekstrasvasasi darah ke dalam jaringan warna kulit dapat menjadi merah terang, merah gelap atau ungu, jika terjadi kerusakan jaringan yang lebih dalam maka akan teraba indurasi atau menggebung saat dipalpasi (Bryant, 2000).

b. Respon otot

Kerusakan otot dapat terjadi pada luka tekan dan menjadi lebih parah dibandingkan kerusakan kulit dengan adanya tekanan oleh tulang terhadap

jaringan lunak mengakibatkan kerusakan jaringan bagian dalam kulit terjadi yaitu mengenai otot dan fascia (Bryant, 2000).

c. Respon seluler

Pada saat tekanan mengoklusi kapiler maka akan dimulai suatu kondisi yang kompleks sekeliling jaringan menjadi kekurangan oksigen dan nutrient, sampah metabolic menumpuk dalam jaringan kapiler yang rusak menjadi lebih permeabel sehingga cairan bocor kedalam rongga interstisial yang menyebabkan edema. Edema ini akan memperlambat perfusi ke jaringan dan kondisi hipoksia akan memburuk terjadi kematian sel dan sampah metabolic dilepaskan ke jaringan, inflamasi jaringan meluas dan kematian sel pun bertambah.

4. Derajat luka tekan

Derajat luka tekan menurut National Pressure Ulcer Advisory Panel (2007) membagi derajat luka tekan sebagai berikut :

- a. Resiko kerusakan jaringan : Adanya perubahan warna ungu atau merah maroon pada area kulit atau warna belang-belang. Mungkin nyeri, hangat atau dingin dibanding dengan area kulit sekitarnya
- b. Stadium I : Kemerahan pada area kulit, ketika ditekan tidak akan berubah warna putih, ini mengindikasikan bahwa luka tekan mulai berkembang
- c. Stadium II : Kulit tampak belang dan robekan terbuka, area sekitarnya akan tampak merah dan iritasi.
- d. Stadium III : Kehilangan lapisan kulit dari epidermis, dermis dan subkutis
- e. Stadium IV : Kerusakan luka tekan yang sangat dalam mengenai otot, tulang tendon dan sendi
- f. Unstageable : Kehilangan pada seluruh jaringan tampak ditutupi oleh slough dan skar

Pengkajian luka tekan Metode Braden

Metode Braden pertama kali diperkenalkan di Amerika Serikat tahun 1987 terdiri dari 6 item, setiap item mempunyai nilai antara 1 sampai dengan 4 total score antara 6 sampai dengan 23, kesimpulan dari penilaian bila score 18-15 "resiko ringan", score 14-13 "

resiko sedang”, score 12-10 “ resiko tinggi” dan score 9 atau kurang “ sangat beresiko” (Ayello dan Braden, 2002).

Enam katagori dari skala braden yaitu : persepsi sensori, kelembaban, aktifitas, mobilitas, nutrisi dan gesekan, kemudian setiap katagori terdiri masing-masing empat deskripsi kecuali pada katagori gesekan terdiri dari tiga deskripsi. Total skor skala braden yang terendah adalah 6 sedangkan total skor tertinggi adalah 23, dengan kesimpulan dari penilaian bila score 18-15 “ resiko ringan ”, score 14-13 “ resiko sedang”, score 12-10 “ resiko tinggi” dan score 9 atau kurang “ sangat beresiko”.

Secara lengkap katagori dan masing-masing deskripsi skala braden terdapat pada lampiran

Pengkajian luka tekan Metode Waterlow

Metode waterlow terdiri dari 10 item pertama kali diperkenalkan di inggris tahun 1985, setiap item mempunyai nilai antara 0 sampai dengan 8 total score antara 2 sampai dengan 69, kesimpulan dari penilaian bila score diatas 10 “ resiko ” , score diatas 15 “ resiko tinggi”, dan score diatas 20 “ sangat resiko tinggi” (Waterlow, 1985).

Terdiri dari Sepuluh katagori dan deskripsi total skore skala waterlow yang terendah adalah 2 sedang skore yang tertinggi adalah 69, kesimpulan dari penilaian bila score diatas 10 “ resiko ” , score diatas 15 “ resiko tinggi”, dan score diatas 20 “ sangat resiko tinggi”. Metode waterlow menggunakan lebih banyak parameter yang menjadi factor terjadinya luka tekan dibandingkan dengan metode braden.

Secara lengkap katagori dan masing-masing deskripsi skala Waterlow terdapat pada lampiran.

LEMBAR PENGKAJIAN RESIKO LUKA TEKAN METODE BRADEN

INFORMASI UMUM	IDENTITAS PASIEN		
Hari/tanggal :	Nama :		
Rumah Sakit :	Nomor RM :		
Ruang :	Umur :		
	Jenis Kelamin : <input type="checkbox"/> Laki – Laki, <input type="checkbox"/> Perempuan		
	Lama Rawat : Hari Ke		
	Dx. Medis :		
NO	KATAGORI	DESKRIPSI	SKORE
1	Persepsi – sensori	a. Tidak dapat merasakan nyeri b. Gangguan sensori pada setengah permukaan tubuh c. Gangguan sensori pada 1 atau 2 ekstremitas d. Tidak ada gangguan sensori	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
2	Kelembaban	a. Selalu terpapar oleh keringat atau urine (kulit basah) b. Kulit lembab c. Kulit kadang-kadang lembab d. Kulit kering	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
3	Aktivitas	a. Tergeletak ditempat tidur b. Tidak bisa berjalan c. Berjalan pada jarak terbatas d. Dapat berjalan sekitar ruangan	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
4	Mobilitas	a. Tidak mampu bergerak b. Tidak dapat merubah posisi secara tepat dan teratur c. Dapat merubah posisi ekstremitas secara mandiri d. Dapat merubah posisi tidur tanpa bantuan	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
5	Nutrisi	a. Tidak dapat menghabiskan 1/3 porsi makannya b. Jarang mampu menghabiskan ½ porsi makannya c. Mampu menghabiskan lebih dari ½ porsi makannya d. Dapat menghabiskan porsi makannya	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
6	Gesekan	a. Tidak mampu mengangkat badannya sendiri b. Membutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya c. Dapat bergerak bebas tanpa gesekan	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
JUMLAH SKORE TOTAL 1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6			=
KESIMPULAN : <input type="checkbox"/> Nilai 18 – 15 (Resiko Ringan) <input type="checkbox"/> Nilai 14 – 13 (Resiko sedang) <input type="checkbox"/> Nilai 12 – 10 (Resiko Tinggi) <input type="checkbox"/> Nilai < 9 (Sangat Beresiko)			
Perawat Pemeriksa			
(.....)*			

* Nama perawat pemeriksa dan tanda tangan

LEMBAR PENGKAJIAN RESIKO LUKA TEKAN METODE WATERLOW

INFORMASI UMUM				IDENTITAS PASIEN			
Hari/tanggal :		Nama :		Nomor RM :		Umur :	
Rumah Sakit :		Jenis Kelamin : <input type="checkbox"/> Laki – Laki, <input type="checkbox"/> Perempuan		Lama Rawat : Hari Ke		Dx. Maedis :	
Ruang :							
NO	KATAGORI	DESKRIPSI	SKORE	NO	KATAGORI	DESKRIPSI	SKORE
1	Jenis kelamin dan umur	a. Laki-laki b. Wanita c. Usia 14 – 49 thn d. Usia 50 - 64 thn e. Usia 65 – 74 thn f. Usia 75 – 80 thn g. Usia > 80 thn	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	6	Mobilitas	a. Mobilitas penuh b. Gelisah/resah c. Apatis d. Terbatas e. Kaku tak bertenaga (Seperti traksi) f. Dengan kursi roda	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
2	Perbandingan bentuk BB terhadap TB (BB/TB)	a. Rata – rata (20 – 24,9) b. Diatas rata – rata (25 – 29.9) c. Obesitas (>30) d. Dibawah rata – rata (<20)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	7	Nafsu makan	a. Rata – rata b. Buruk c. NGT/ hanya cairan d. Anoreksia atau tak ada masukan peroral	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
3	Kontinen atau Eliminasi	a. Komplet / kateterisasi b. Inkontinensia urin c. Inkontinensia fekal d. Inkontinensia urin dan fekal	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	8	Bedah atau trauma mayor	a. Orthopedic atau spinal b. Diatas meja operasi > 2 jam c. Diatas meja operasi > 6 jam	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8
4	Defisit neurologis	Diabetes. MS. CVA, Motorik/ sensorik paraplegi	<input type="checkbox"/> 4-6	9	Obat – obatan	Sitotoksik, steroid, anti inflamasi, anti koagulan	<input type="checkbox"/> 4
5	Resiko khusus / malnutrisi jaringan	a. Kachexia terminal b. Kegagalan multiple organ c. Kegagalan satu organ; pemaafasan, ginjal, hati, jantung d. Penyakit vaskuler perifer e. Anamia (Hb < 8) f. Merokok	<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	10	Jenis kulit dan daerah resiko yang terlihat	a. Sehat b. Tipis c. Kering d. Edema e. Lembab atau demam f. Pucat (Luka tekan stage I) g. Luka tekan stage 2, 3, atau 4	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
JUMLAH SKORE TOTAL 1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7 + 8 + 9 + 10 =							
KESIMPULAN : <input type="checkbox"/> Nilai > 10 (Resiko) <input type="checkbox"/> Nilai > 15 (Resiko Tinggi) <input type="checkbox"/> Nilai > 20 (Sangat Resiko Tinggi)							
						Perawat Pemeriksa (.....)*	
<i>* Nama perawat pemeriksa dan tanda tangan</i>							

No	Kategori	Deskripsi	No	Kategori	Deskripsi
1	<p>Perspsi sensori</p> <p>Kemampuan untuk merespon secara tepat terhadap rasa tidak nyaman yang berhubungan dengan tekanan</p>	<p>a. Tidak dapat merasakan nyeri (Skore 1) Tidak ada respon (tidak mengering, menyentak, atau menggeleng) terhadap rangsangan nyeri karena menurunnya tingkat kesadaran atau sedasi, atau terbatasnya kemampuan untuk merasakan nyeri yang sebagian besar pada permukaan tubuh</p> <p>b. Gangguan sensori pada setengah permukaan tubuh (Skore 2) Hanya dapat merespon terhadap rangsangan nyeri, namun tidak dapat menyampaikan rasa tidak nyaman kecuali dengan mengering atau sikap gelisah, atau mempunyai gangguan sensori yang menyebabkan terbatasnya kemampuan untuk merasakan nyeri atau tidak nyaman pada lebih dari 1/2 bagian tubuh</p> <p>c. Gangguan sensori pada 1 atau 2 ekstremitas (Skore 3) Dapat merespon panggilan tetapi tidak selalu dapat menyampaikan respon rasa tidak nyaman atau keinginan untuk merubah posisi badan. Memiliki beberapa gangguan sensori yang membatasinya untuk dapat merasakan nyeri atau tidak nyaman pada satu atau kedua ekstremitas</p> <p>d. Tidak ada gangguan sensori (Skore 4) Dapat merespon panggilan. Tidak memiliki penurunan sensori sehingga dapat menyatakan rasa nyeri atau rasa tidak nyaman</p>	4	<p>Mobilitas</p> <p>Kemampuan untuk merubah dan mengatur posisi badan</p>	<p>a. Tidak mampu bergerak (Skore 1) Tidak dapat merubah posisi badan atau ekstremitas bahkan posisi yang ringan sekalipun tanpa bantuan</p> <p>b. Tidak dapat merubah posisi secara tepat dan teratur (Skore 2) Kadang-kadang merubah posisi badan atau ekstremitas, akan tetapi tidak dapat merubah posisi sesering mungkin atau bergerak secara efektif (merubah posisi badan terhadap tekanan) secara mandiri</p> <p>c. Dapat merubah posisi ekstremitas secara mandiri (Skore 3) Bergerak secara mandiri baik dikursi maupun diatas tempat tidur dan memiliki kemampuan otot yang cukup untuk menjaga posisi badan sepenuhnya selama bergerak, dapat mengatur posisi yang baik ditempat tidur ataupun dikursi kapan saja</p> <p>d. Dapat merubah posisi tidur tanpa bantuan (Skore 4) Dapat merubah posisi badan secara tepat dan sering mengatur posisi badan tanpa adanya bantuan</p>
2	<p>Kelembaban</p> <p>Tingkaun keadaan dimana kulit menjadi lembab</p>	<p>a. Kulit terpapar oleh keringat atau urine (kulit basah) (Skore 1) Kulit selalu dalam keadaan lembab oleh keringat, urine dan lainnya. Keadaan lembab dapat dilihat pada setiap kulit pasien digambarkan atau dibalik</p> <p>b. Kulit lembab (Skore 2) Kulit sering terlihat lembab akan tetapi tidak selalu, pakaian pasien dan atau alas tempat tidur harus diganti setidaknya satu kali setiap pergantian dinas</p> <p>c. Kulit kadang-kadang lembab (Skore 3) Kulit kadang-kadang lembab. Penggantian pakaian pasien dan atau alas tempat tidur selain jadwal rutin, perlu diganti minimal satu kali sehari</p> <p>d. Kulit kering (Skore 4) Kulit biasanya dalam keadaan kering, pakaian pasien dan atau alas tempat tidur diganti sesuai dengan jadwal rutin pergantian</p>	5	<p>Nutrisi</p> <p>Pola kebiasaan makan</p>	<p>a. Tidak dapat menghabiskan 1/3 porsi makannya (Skore 1) Tidak pernah menghabiskan makanan, jarang makan lebih dari 1/3 dari makanan yang diberikan. Makan mengandung protein sebanyak 2 porsi atau kurang setiap harinya, kurang mengkonsumsi cairan, tidak mengkonsumsi cairan suplemen, atau pasien dipuasakan, dan atau mengkonsumsi makanan cairan atau mendapatkan cairan infuse melalui intravena lebih dari 5 hari.</p> <p>b. Jarang mampu menghabiskan 1/2 porsi makannya (Skore 2) Jarang sekali menghabiskan makanan dan biasanya hanya menghabiskan kira-kira 1/3 dari makanan yang diberikan, pemasukan makanan yang mengandung protein hanya 2 porsi setiap harinya, kadang-kadang mengkonsumsi makanan suplemen, atau mendapatkan makanan cairan atau selang NGT dengan jumlah kurang dari kebutuhan optimum perhari</p> <p>c. Mampu menghabiskan lebih dari 1/2 porsi makannya (Skore 3) Satu hari makan 3 kali, setiap makan mengkonsumsi lebih dari 1/2 porsi. Mengkonsumsi sebanyak 4 porsi makanan yang mengandung protein setiap harinya, kadang menolak untuk makan, tapi biasanya mengkonsumsi makanan suplemen jika diberikan, atau mendapatkan makanan melalui selang NGT atau cairan infuse berkali-kali yang dapat memenuhi kebutuhan nutrisi</p> <p>d. Dapat menghabiskan porsi makannya (Skore 4) Mengehabiskan setiap makanan yang diberikan, tidak pernah menolak, biasanya mengkonsumsi 4 porsi atau lebih menu protein, kadang makan makanan ringan, tidak memerlukan makanan suplemen</p>
3	<p>Aktifitas</p> <p>Tingkat aktifitas</p>	<p>a. Tergeleciak ditempat tidur (Skore 1) Hanya terbaring ditempat tidur</p> <p>b. Tidak bisa berjalan (Skore 2) Kemampuan untuk berjalan sangat terbatas atau tidak bisa sama sekali dan tidak mampu menahan berat badan dan atau harus dibantu untuk kembali kekursi atau kursi roda</p> <p>c. Berjalan pada jarak terbatas (Skore 3) Selama siang hari kadang-kadang dapat berjalan, tetapi jaraknya sangat dekat saja, dengan atau tanpa bantuan, lebih banyak menghabiskan waktunya diatas tempat tidur atau dikursi pada setiap pergantian dinas</p> <p>d. Dapat berjalan sekitar ruangan (Skore 4) Berjalan keluar ruangan sedikitnya 2 (dua) kali sehari dan berjalan didalam ruangan sedikitnya sekali setiap 2 jam selama waktu terjaga</p>	6	<p>Gesekan</p>	<p>a. Tidak mampu mengangkat badannya sendiri (Skore 1) Memerlukan bantuan sedang sampai maksimal untuk bergerak, tidak mungkin memindahkan badan tanpa gesekan dengan alas tempat tidur, sering merosot ke bawah diluar tempat tidur atau kursi, dan seringkali memerlukan bantuan yang maksimal untuk pengembalian posisi semula. Kekakuan pada otot, kontraktur atau gelisah yang sering menimbulkan terjadinya gesekan yang terus menerus</p> <p>b. Membantu mengangkat tubuhnya (Skore 2) Bergerak lemah atau memerlukan bantuan minimal mengangkat tubuhnya</p> <p>c. Dapat bergerak bebas tanpa gesekan (Skore 3) Sering merubah posisi badan atau ekstremitas secara mandiri meskipun hanya dengan gerakan ringan</p>

NO	KATEGORI	DESKRIPSI	SKORE	NO KATEGORI	DESKRIPSI	SKORE
1	Jenis kelamin dan umur	<p>a. Laki-laki : Jenis kelamin klien laki-laki b. Wanita : Jenis Kelamin klien wanita c. Usia 14 – 49 thn : Usia klien 14-49 thn d. Usia 50 – 64 thn : Usia klien 50-64 thn e. Usia 65 – 74 thn : Usia klien 65-74 thn f. Usia 75 – 80 thn : Usia klien 75-80 thn g. Usia > 80 thn : Usia klien diatas 80 thn</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	6	Mobilitas	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
2	Perbandingan bentuk BB terhadap TB (BB/TB)	<p>a. Rata - rata (20 – 24,9) b. Diatas rata - rata (25 – 29,9) c. Obesitas (>30) d. Dibawah rata - rata (<20)</p> <p>Cara perhitungannya adalah : BB (dalam Kg)/TB (dalam M2) Contoh : BB : 95 kg, TB : 175 cm (1,75 m) $95/1,75^2 = 31$</p> <p>Dari perhitungan tersebut dapat disimpulkan bahwa perbandingan BB terhadap TB klien adalah 31 sehingga dapat disimpulkan bahwa klien adalah Obesitas</p>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	7	Nafsu makan	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
3	Kontinen atau Eliminasi	<p>a. Komplet / kateterisasi : Klien terpasang kateter dengan baik b. Inkontinensia urin : Klien tidak dapat mengontrol BAK nya c. Inkontinensia fekal : Klien tidak dapat mengontrol BAB nya d. Inkontinensia urin dan fekal : Klien tidak dapat mengontrol BAK maupun BAB nya</p>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	8	Bedah atau trauma mayor	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8
4	Defisit neurologis	<p>Diabetes, MS, CVA, Motorik/sensorik paraplegi : Klien mengalami masalah Diabetes (nilai 4), Klien mengalami Mitral Stenosis (nilai 5), Klien mengalami Cerebrovaskuler Accident (cedera kepala ataupun stroke) dan mengalami motorik sensorik / paraplegi (nilai 6)</p>	<input type="checkbox"/> 4-6	9	Obat-obatan	<input type="checkbox"/> 4

5	Resiko khusus / malnutrisi jaringan a. Kachexia terminal : Klien tampak sangat kurus b. Kegagalan multiple organ : Klien mengalami kegagalan banyak organ tubuh c. Kegagalan satu organ; pernafasan, ginjal, hati, jantung : Klien mengalami kegagalan organ salah satu dari yang tersebut) d. Penyakit vaskuler perifer : Klien mengalami penyakit vaskuler perifer e. Anemia (Hb < 8) : Klien mengalami penurunan Hb, Hb kurang dari 8 mg/dl f. Merokok : Klien mempunyai kebiasaan merokok	<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	10	Jenis kulit dan daerah resiko yang terlihat	a. Sehat : Kulit tampak sehat tidak kering turgor bagus kontur juga bagus b. Tipis : Kulit klien tampak tipis c. Kering : Kulit klien kering d. Edema : Klien mengalami edema e. Lembab atau demam : Kulit klien lembab atau klien dalam kondisi demam f. Pucat (Luka tekan stage 1) : Klien mengalami luka tekan derajat satu ; kulit klien tampak kemerahan atau kerusakan kulit bagian epidermis g. Luka tekan stage 2, 3, atau 4 : Klien mengalami kerusakan kulit derajat 2-4 ; mengalami kerusakan pada bagian dermis, subkutis sampai kerusakan pada otot, tendon bahkan sampai tulang.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
---	--	--	----	--	--	--



DAFTAR RIWAYAT HIDUP

BIODATA

Nama : Pujiarto

Tempat/Tanggal Lahir : Margajaya, 26 Mei 1977

Jenis Kelamin : Laki – laki

Pekerjaan : Staf pengajar AKPER Panca bhakti Bandar Lampung

Alamat Instansi : Jl. ZA. Pagar Alam No. 14 Gedung Meneng,
Bandar Lampung.

Alamat Rumah : Perum Bukit Kemiling Permai Blok X No. 30
Kemiling Bandar Lampung.

RIWAYAT PENDIDIKAN

FIK UI Jakarta : Lulus tahun 2004

D III Keperawatan Tanjungkarang : Lulus tahun 1999

SMAN 1 Batang Hari : Lulus tahun 1996

SMP PGRI Margajaya : Lulus tahun 1993

SDN 1 Margajaya : Lulus tahun 1990

RIWAYAT PEKERJAAN

Staf Pengajar AKPER Panca Bhakti : Tahun 2000 – Sekarang