



UNIVERSITAS INDONESIA

**SEJAUHMANA EFEKTIFITAS PENGGUNAAN  
KASUR DEKUBITUS TERHADAP  
PENCEGAHAN LUKA DEKUBITUS  
DI RUMAH SAKIT SILOAM  
KARAWACI**

**Laporan Penelitian**

Tgl Menerima	: 30/01/2007
Belt/ Sumbangan	: MHS
Nomor Induk	: 1128
Klasifikasi	: WR 598 Mon NDBS

**Oleh**

**MELVA MONIKA**

**1305200542**

**IKE AGUSTINA**

**1305200402**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
2006**



UNIVERSITAS INDONESIA

**SEJAUHMANA EFEKTIFITAS PENGGUNAAN  
KASUR DEKUBITUS TERHADAP  
PENCEGAHAN LUKA DEKUBITUS  
DI RUMAH SAKIT SILOAM  
KARAWACI**

Laporan Penelitian  
Dibuat untuk memenuhi tugas akhir mata ajar  
Riset Keperawatan pada  
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Oleh

**MELVA MONIKA**  
1305200542  
**IKE AGUSTINA**  
1305200402

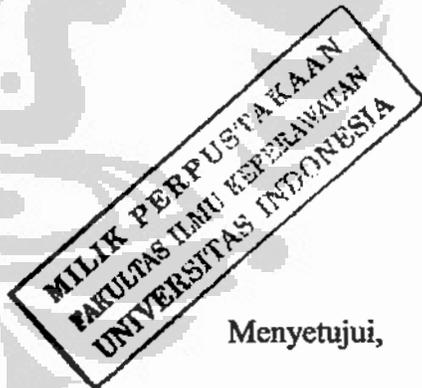
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
2006**

## LEMBAR PERSETUJUAN

Penelitian dengan Judul :

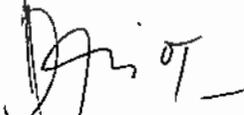
**SEJAUHMANA EFEKTIFITAS PENGGUNAAN  
KASUR DEKUBITUS TERHADAP  
PENCEGAHAN LUKA DEKUBITUS  
DI RUMAH SAKIT SILOAM  
KARAWACI**

Telah mendapatkan persetujuan  
Jakarta, Desember 2006



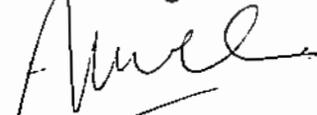
Mengetahui,

Koordinator Mata Ajar

  
( Dewi Gayatri, SKp, Mkes )  
NIP. 132 151 320

Menyetujui,

Pembimbing Riset

  
( Amelia Kurniati, SKp, MN )  
NIP. 132 090 191

## ABSTRAK

Penelitian tentang sejauhmana efektifitas penggunaan kasur dekubitus terhadap pencegahan luka dekubitus di RS. Siloam Karawaci dengan jumlah responden 30 orang. Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif korelasi dengan tujuan untuk mengetahui ada atau tidaknya hubungan efektifitas penggunaan kasur dekubitus terhadap pencegahan luka dekubitus . Pengumpulan data dilakukan dengan cara observasi langsung terhadap responden dengan 3 kali pengumpulan data . Hasil penelitian menunjukkan rata-rata usia responden 30-60 tahun (76,7 %). Jenis kelamin terbanyak adalah laki-laki dengan persentase 56,7 %. Responden yang obesitas memiliki persentase 43,3 % sedangkan angka kejadian luka dekubitus sebanyak 70 % responden tidak terjadi luka , 26,7 % terjadi luka dekubitus stadium 1, dan sebanyak 3,3 % responden terjadi luka dekubitus stadium 2 dengan tingkat ketergantungan total. Hal ini dapat disimpulkan bahwa ada hubungan penggunaan kasur dekubitus terhadap pencegahan luka dekubitus.

Kata kunci : kasur dekubitus, luka dekubitus

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT, karena dengan rahmat dan hidayahnya penulis dapat menyelesaikan penelitian dengan judul “Sejauhmana efektifitas penggunaan kasur dekubitus terhadap pencegahan luka dekubitus di rumah sakit siloam Karawaci “.

Peneliti banyak mendapatkan bantuan bimbingan ilmu dan moril dalam proses pembuatan penelitian ini, untuk itu peneliti mengucapkan terima kasih pada:

1. Prof. Dra. Elly Nurachmah, DNSc, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
2. Ibu Dewi Gayatri, SKp, Mkes, sebagai koordinator mata ajar riset keperawatan
3. Ibu Amelia Kurniati, SKp, MN, sebagai pembimbing penelitian yang banyak memberikan pengarahan dan masukan sehingga penelitian ini selesai
4. Keluargaku yang tercinta dengan doanya yang tak pernah putus serta dukungannya sehingga terselesaikan penelitian ini.
5. Rekan seangkatan yang sama-sama berjuang dalam proses pembuatan penelitian.

Peneliti menyadari sepenuhnya bahwa masih ada kekurangan dalam pembuatan penelitian ini, untuk itu peneliti menerima saran dan kritik untuk perbaikan di masa yang akan datang. Akhirnya semoga penelitian ini bermanfaat bagi semua pihak.

Depok, 22 Desember 2006

Peneliti

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
ABSTRAK .....	i
KATA PENGANTAR .....	ii
DAFTAR ISI .....	iii
DAFTAR TABEL .....	iv
DAFTAR GAMBAR .....	vi
DAFTAR SKEMA .....	vii
DAFTAR LAMPIRAN .....	viii
BAB I : PENDAHULUAN .....	1
A. Latar belakang .....	1
B. Masalah penelitian .....	3
C. Tujuan penelitian .....	3
D. Manfaat penelitian .....	4
BAB II : STUDI KEPUSTAKAAN .....	5
A. Teori dan konsep terkait .....	5
B. Penelitian terkait .....	14
BAB III : KERANGKA KERJA PENELITIAN .....	16
A. Kerangka konsep .....	16
B. Hipotesis .....	18
C. Definisi operasional .....	18

<b>BAB IV : METODE PENELITIAN</b>	.....21
A. Desain penelitian	.....21
B. Tempat penelitian	.....21
C. Populasi dan sample	.....21
D. Etika penelitian	.....23
E. Alat pengumpulan data	.....23
F. Prosedur pengumpulan data	.....24
G. Pengolahan dan analisis data	.....25
<b>BAB. V : HASIL PENELITIAN</b>	.....26
<b>BAB VI : PEMBAHASAN</b>	.....35
A. Pembahasan hasil penelitian	.....35
B. Keterbatasan penelitian	.....37
<b>BAB VII : SIMPULAN DAN SARAN</b>	.....39
A. Simpulan	.....39
B. Saran	.....40
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	.....42
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

	<b>Halaman</b>
Tabel 3.1 Definisi operasional .....	18
Tabel 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Umur di RS. Siloam Karawaci Tahun 2006 .....	26
Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di RS. Siloam Karawaci Tahun 2006 .....	27
Tabel 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Berat Badan di RS. Siloam Karawaci Tahun 2006 .....	28
Tabel 5.4 Angka Kejadian Luka Dekubitus Berdasarkan Berat Badan Responden di RS. Siloam Karawaci Tahun 2006 .....	29
Tabel 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Status Hidrasi di RS. Siloam Karawaci Tahun 2006 .....	29
Tabel 5.6 Angka Kejadian Dekubitus Berdasarkan Suhu Tubuh Responden di RS. Siloam Karawaci Tahun 2006 .....	30
Tabel 5.7 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Ketergantungan di RS. Siloam Karawaci Tahun 2006 .....	31
Tabel 5.8 Angka Kejadian Dekubitus Berdasarkan Tingkat Ketergantungan Responden di RS. Siloam Karawaci Tahun 2006 .....	31

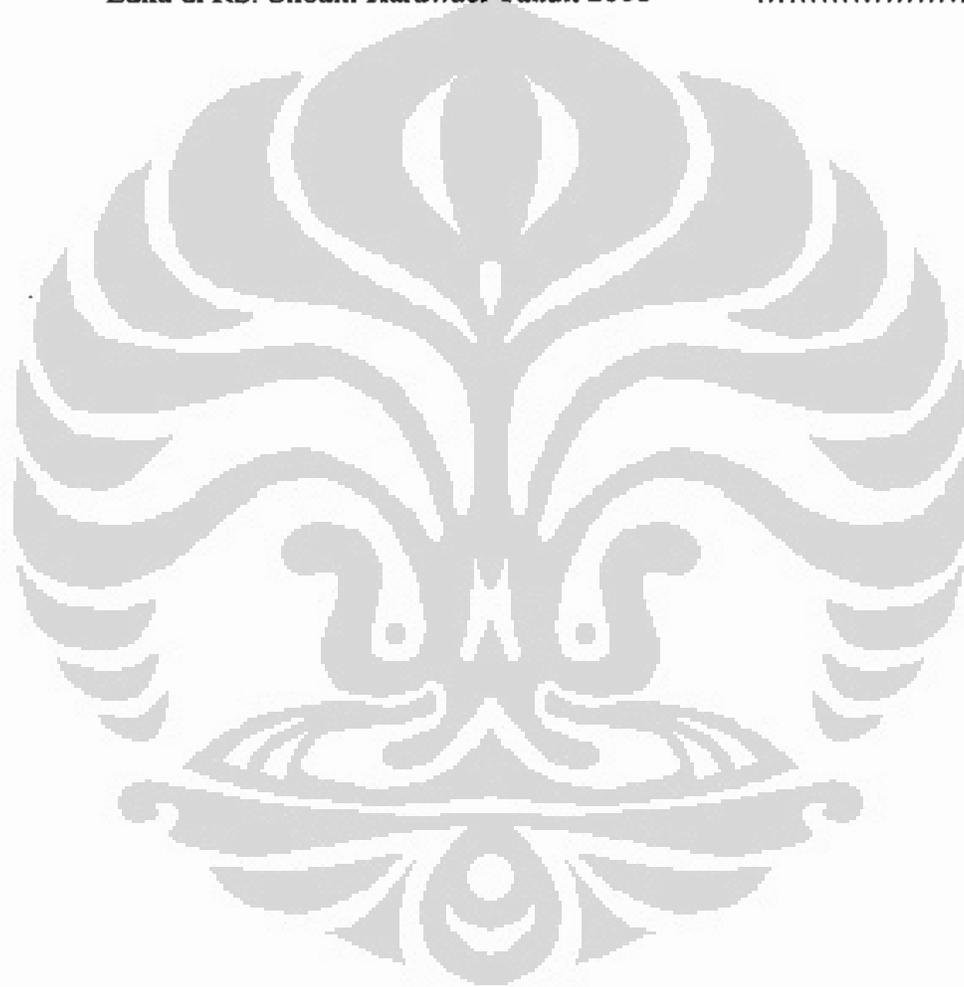
**Tabel 5.9 Distribusi Responden Berdasarkan Derajat**

**Luka Dekubitus di RS. Siloam Karawaci**

Tahun 2006 ..... 35

**Tabel 6.1 Distribusi Responden Berdasarkan Derajat**

Luka di RS. Siloam Karawaci Tahun 2006 ..... 35

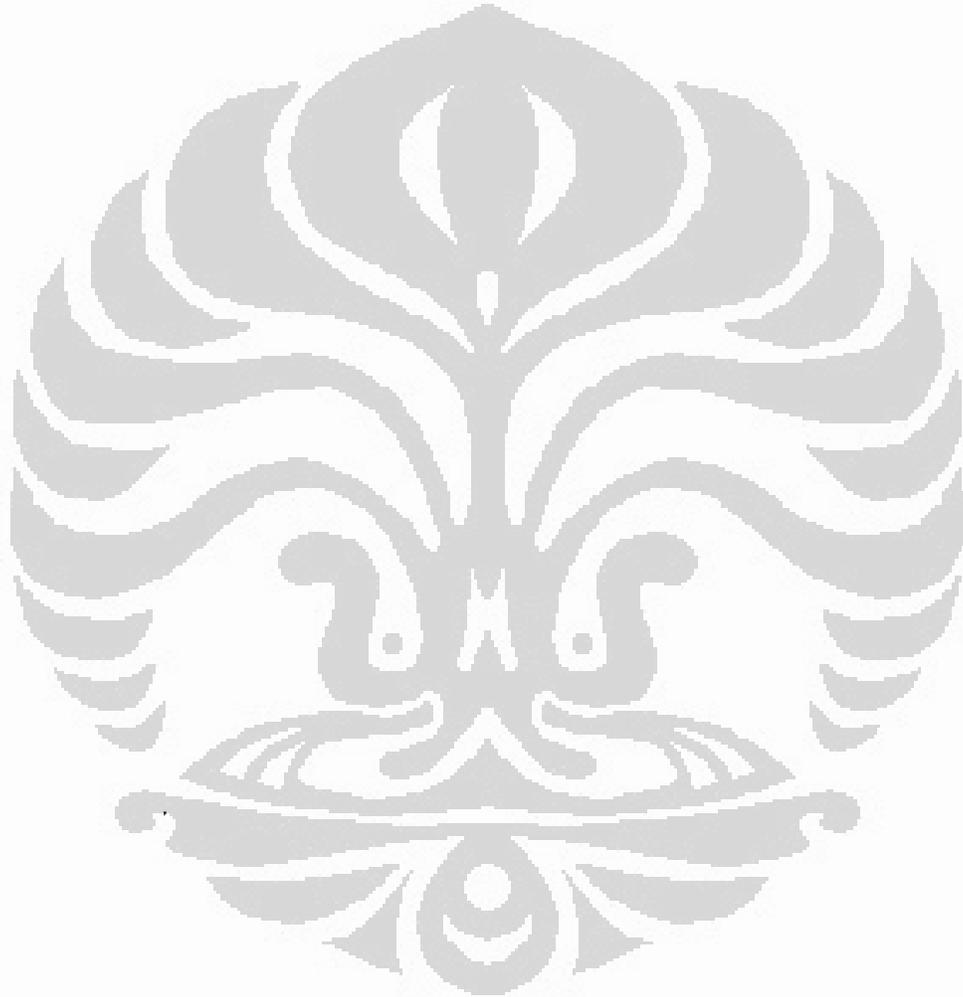


## DAFTAR GAMBAR

	<b>Halaman</b>
Gambar 2.1 Luka dekubitus derajat 1 .....	9
Gambar 2.2 Luka dekubitus derajat 2 .....	9
Gambar 2.3 Luka dekubitus derajat 3 .....	10
Gambar 2.4 Luka dekubitus derajat 4 .....	10
Gambar 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Umur di RS. Siloam Karawaci tahun 2006 .....	27
Gambar 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di RS. Siloam Karawaci Tahun 2006 .....	28
Gambar 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Berat Badan di RS. Siloam Karawaci Tahun 2006 .....	28
Gambar 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Status Hidrasi di RS. Siloam Karawaci tahun 2006 .....	30
Gambar 6.1 Distribusi responden Berdasarkan Derajat Luka di RS. Siloam Karawaci Tahun 2006 .....	35

## DAFTAR SKEMA

	<b>Halaman</b>
Skema 3.1 Kerangka konsep .....	16



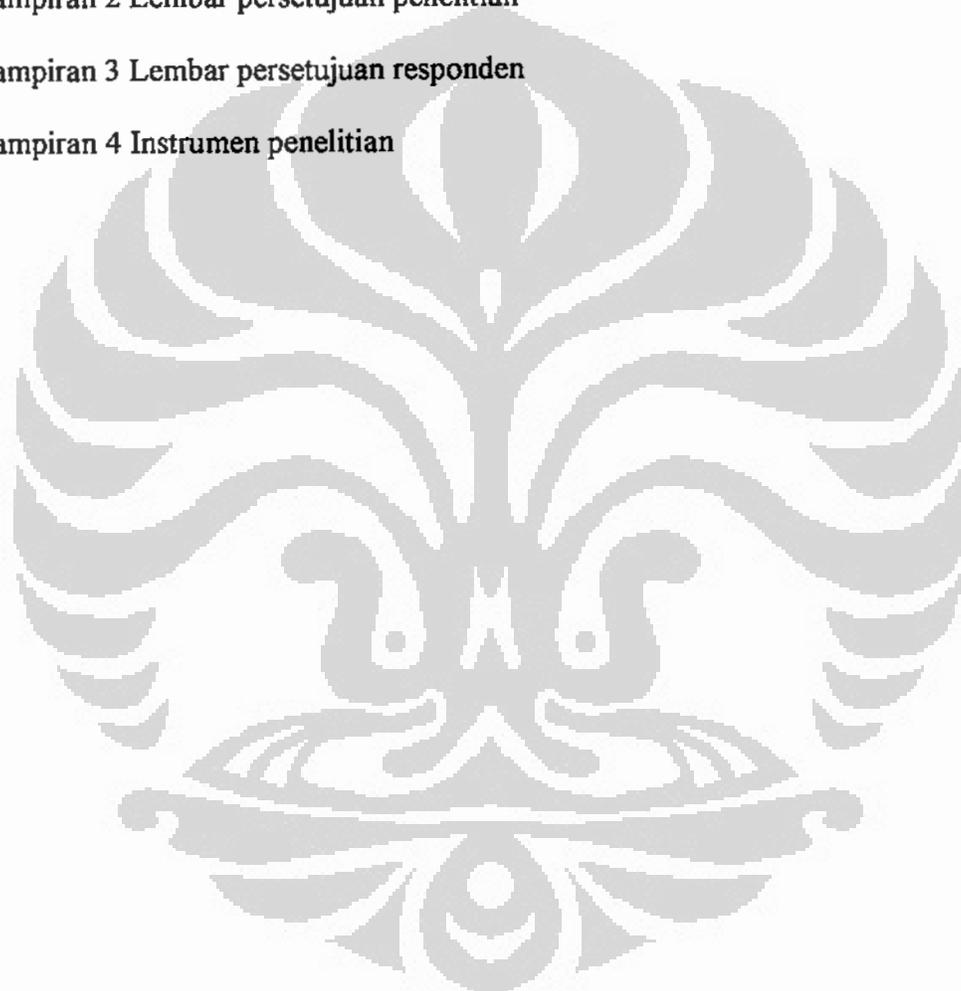
## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat ijin penelitian

Lampiran 2 Lembar persetujuan penelitian

Lampiran 3 Lembar persetujuan responden

Lampiran 4 Instrumen penelitian



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar belakang

Dekubitus adalah area lokalisasi dari kulit yang dibawah jaringan terjadi penekanan, gesekan dan penglupasan atau kombinasi dari keduanya bahkan bisa sampai dengan bawah tulang (Blackley, 1998). Letak luka dekubitus bervariasi dan yang paling umum terjadi adalah pinggang, sacrum, gluteus, dan tumit. Luka dekubitus merupakan gambaran kualitas perawatan di rumah sakit.

Faktor-faktor yang dapat mengakibatkan luka dekubitus selain fungsi endokrin seperti DM, incontinenasia urine, terdapat faktor lain yang mempengaruhi pembentukan luka dekubitus diantaranya kurangnya mobilisasi, malnutrisi, hipoalbumin, kondisi kulit, dan usia.

Berdasarkan angka prevalensi di rumah sakit Amerika yang sudah diteliti mengatakan bahwa sekitar 5,2 %-83,6 % pasien dengan tirah baring akan mengalami luka dekubitus. Pasien-pasien lansia dengan penyakit-penyakit akut dan dirawat dalam waktu lama di rumah sakit akan lebih beresiko tinggi terkena luka dekubitus, yaitu sekitar 12 %-35 % (Blackley, 1998). Sedangkan pada rumah sakit siloam karawaci peneliti ambil sebagai tempat penelitian, angka kejadiannya adalah sekitar 30 % pasien tirah baring akan mengalami luka dekubitus sedangkan pasien yang tirah baring yang menggunakan kasur dekubitus itu sendiri adalah sekitar 10-20 % (SGMR

RS Siloam, 2005). Presentase ini menunjukkan bahwa kasur dekubitus lebih efektif dalam mencegah luka dibandingkan kasur standar yang biasa digunakan di rumah sakit. Bila seorang pasien harus dirawat dengan tirah baring karena penyakit yang dideritanya dan kurang mendapatkan intervensi pencegahan terjadinya luka dekubitus maka kerugian yang akan didapatkan pasien tersebut bila mengalami luka dekubitus adalah pasien tersebut akan lebih lama lagi rawat inapnya karena selain penyakit yang dideritanya pasien tersebut akan mengalami komplikasi lain, yaitu luka dekubitus yang secara langsung dapat memperburuk keadaan kesehatannya dan akan menambah pengeluaran biaya rawat inap. Sepsis juga merupakan kerugian lain untuk pasien bila luka tersebut tidak ditangani dengan segera. Dengan semua kerugian yang ditimbulkan oleh luka dekubitus ini akan dapat meningkatkan angka prevalensi kematian akibat luka dekubitus (AHCPR, 2006). Banyak cara yang telah dikembangkan didalam mengidentifikasi pasien resiko tinggi terkena dekubitus beserta intervensi dalam pencegahannya. Salah satu intervensi yang telah dikembangkan adalah penggunaan kasur dekubitus. Kasur dekubitus sendiri memiliki berbagai macam tipe yang secara langsung mempengaruhi pencegahan terjadinya dekubitus tetapi dalam pelaksanaannya pemberian kasur dekubitus ini akan lebih efektif bila diikuti dengan pemberian intervensi lain, seperti keadaan umum pasien, posisi pasien, massage, nutrisi, dan gesekan (cullum et al, 2000).

## **B. Masalah penelitian**

Melihat angka prevalensi dan kerugian-kerugian yang diakibatkan luka dekubitus maka peneliti ingin mengetahui pengaruh efektifitas penggunaan kasur dekubitus terhadap pencegahan luka dekubitus.

## **C. Tujuan penelitian**

### Tujuan umum

Tujuan penelitian ini dilakukan untuk mengetahui efektifitas penggunaan kasur dekubitus terhadap pencegahan terjadinya luka dekubitus.

### Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi jumlah klien yang mengalami dekubitus selama perawatan dengan menggunakan kasur dekubitus. Bahwa setelah diadakan penelitian dengan menggunakan kasur dekubitus dengan standar intervensi yang dibuat peneliti didapatkan sekitar 80 % klien tidak mengalami luka dekubitus.
2. Mengetahui jangka waktu timbulnya dekubitus pada klien yang dirawat dengan menggunakan kasur dekubitus
3. Faktor-faktor yang mempengaruhi klien terkena dekubitus walaupun dirawat dengan menggunakan kasur dekubitus. Bahwa setelah diadakan penelitian terdapat perbedaan kejadian terjadinya luka dekubitus dengan pemakaian kasur dekubitus dilihat dari fungsi nutrisi, usia, penyakit dan intervensi-intervensi keperawatan lain, seperti mengurangi gesekan, pengukuran intake output cairan, posisi pasien dan massage.

## **D. Manfaat penelitian**

### **1. Bagi peneliti**

Hasil penelitian ini memberikan gambaran tentang keefektifan dari kasur dekubitus diruang rawat. Peneliti juga mendapatkan pengalaman baru dalam menerapkan pengetahuan yang dimiliki serta dapat mengetahui hubungan setiap variable dalam penelitian yang dapat dijadikan sebagai bahan penelitian lebih lanjut dalam pengembangan khasanah keilmuaan keperawatan.

### **2. Pelayanan keperawatan**

Hasil penelitian dapat memberikan acuan dalam memberikan asuhan keperawatan terutama bagi perawat yang sering menemukan pasien dengan kemungkinan-kemungkinan terkena luka dekubitus sehingga dapat menurunkan angka prevalensi dan meminimalkan komplikasi yang terjadi akibat tirah baring dan secara langsung dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan

## BAB II

### STUDI KEPUSTAKAAN

Pada bab ini akan dijelaskan tentang teori dan konsep terkait yaitu tentang konsep kasur dekubitus dan dekubitus. Pada akhir bab ini akan disampaikan kajian tentang penelitian yang berkaitan dengan penelitian yang akan dilakukan.

#### I. Teori dan konsep terkait

##### A. Dekubitus

###### 1. Pengertian

Istilah dekubitus diambil dari kata latin *decumbere* yang artinya berbaring. Ini merupakan luka yang terjadi karena tekanan atau iritasi kronis. Menurut Setiabudhi & Lilik, dekubitus merupakan kerusakan/kematian kulit sampai jaringan dibawah kulit bahkan menembus otot sampai mengenai tulang akibat adanya penekanan pada suatu area yang berlangsung terus-menerus sehingga mengakibatkan peredaran darah setempat terhenti sehingga terjadi nekrosis. Definisi yang hampir sama juga dijelaskan pada NPUAP, 1989 dan *Panel for the prediction and prevention of pressure ulcers in adults*, 1992 (dikutip dari Bryant, 2000) bahwa dekubitus adalah area-area tertentu yang berkembang menjadi jaringan yang nekrosis bila jaringan lunak tertekan dengan periode waktu yang lama. Dari pengertian-pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa dekubitus adalah kerusakan/kematian kulit yang

## 2. Penyebab dan faktor resiko

Menurut Setiabudhi & Lilik, penyebab dan faktor resiko terjadinya dekubitus terbagi menjadi dua faktor, yaitu

### a. Faktor intrinsik, antara lain:

#### 1) Status gizi, underweight atau overweight

Status nutrisi yang baik penting dalam penyembuhan luka, sebaliknya intake nutrisi yang kurang dapat memperlambat penyembuhan luka. Malnutrisi juga dapat dihubungkan dengan kegagalan regenerasi sel dan reaksi inflamasi, meningkatkan resiko infeksi, sepsis dan kematian. Defisiensi vitamin A, C, dan E juga dapat mengakibatkan perkembangan luka akibat penekanan ini. Vitamin A berperan dalam integritas epitel, sintesis kolagen dan sel-sel yang berfungsi dalam mekanisme pencegahan infeksi. Vitamin C berperan dalam produksi kolagen dan fungsi system imun. Dan kekurangan vitamin E mengakibatkan penurunan sel-sel yang berperan dalam imunitas dan mungkin dapat menyebabkan kerusakan jaringan

#### 2) Usia

Beberapa perubahan terjadi pada kulit dan jaringan dibawahnya seiring bertambahnya usia. Perubahan-perubahan yang terjadi berupa kehilangan ketebalan kulit lapisan dermal, penurunan fungsi pertahanan lapisan permukaan, penurunan persepsi sensori, kegagalan

dan penurunan reaksi hipersensitifitas, dan kehilangan lemak subcutan. Dengan perubahan-perubahan ini, dapat terjadi kegagalan aliran darah atau aliran darah yang tidak lancar.

### 3) Penyakit-penyakit kronis

Penyakit kronis yang diidentifikasi sebagai factor resiko adalah diabetes, metastasia dari karsinoma.

### 4) Distribusi oksigen

### 5) Temperatur kulit

Peningkatan temperature kulit dikaitan dengan terbentuknya pressure ulcers namun membersihkan kulit secara berlebihan belum dapat dibuktikan sebagai factor resiko dalam studi manapun.

#### b. Faktor ekstrinsik, antara lain:

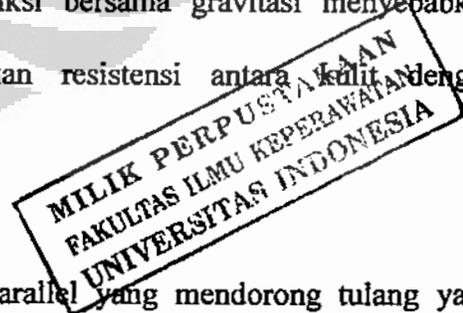
#### 1) Kelembaban

#### 2) Friksi

Adalah gaya yang berkaitan dengan dua permukaan yang saling bergerak satu sama lain. Friksi bersama gravitasi menyebabkan gesekan dengan menimbulkan resistensi antara kulit dengan permukaan kontak tersebut.

#### 3) Gesekan

Gesekan disebabkan beban paralel yang mendorong tulang yang bergeser melawan resistensi yang terjadi antara kulit dengan permukaan yang berkontak dengan kulit



### 3. Komplikasi akibat imobilisasi

Faktor resiko utama terjadinya imobilisasi adalah:

- 1) Kontraktur, demensia berat, osteoporosis, fraktur, ulkus
- 2) Gangguan penglihatan
- 3) Rasa nyeri pada tulang, otot, dan sendi
- 4) Rasa lemah yang seringkali disebabkan oleh malnutrisi, gangguan elektrolit, anemia, otot tidak digunakan, gangguan neurology (stroke, kehilangan reflek tubuh, neuropati karena DM, malnutrisi dan gangguan vestibuloserebral)
- 5) Kekakuan yang sering disebabkan oleh osteoarthritis, Parkinson, arthritis rheumatoid, gout, dan obat-obat antipsikotik
- 6) Rasa takut jatuh, tidak adanya alat Bantu
- 7) Tidak sadar karena pembiusan, pembedahan, dan koma

Dari referensi yang berbeda ditemukan bahwa faktor resiko yang lain yang menyebabkan terjadinya luka dekubitus (Bryant, 2000), yaitu:

#### a. Tekanan darah rendah

Tekanan darah sistolik dibawah 100 mmHg dan diastolic dibawah 60 mmHg berhubungan langsung dengan perkembangan luka dekubitus. Hipotensi menyebabkan aliran darah jauh dari kulit yang kemudian menurunkan toleransi kulit terhadap penekanan eksternal.

b. Status psikososial

Meliputi motivasi, kekuatan emosional, dan stress dapat dihubungkan dengan pembentukan terjadinya luka tekan. Kortisol merupakan pencetus rendahnya toleransi jaringan ketika seseorang sedang stress. Kortisol juga glukokortikoid primer yang dikeluarkan ketika seseorang terpapar dengan stress dan mempunyai koping yang rendah sehingga proses ini berkelanjutan dan mempengaruhi respon hormon pada tubuh.

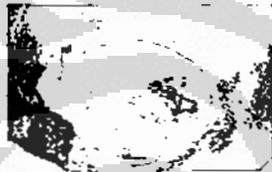
4. Derajat dekubitus

Penampilan klinis dekubitus dibagi berdasarkan kedalaman luka yang terjadi pada luka tersebut, oleh karena itu derajat dekubitus terbagi menjadi empat derajat, yaitu:

- a. Derajat I: reaksi peradangan masih terbatas pada epidermis. Tampak sebagai daerah kemerahan atau eritema indurasi atau lecet.
- b. Derajat II: reaksi yang lebih dalam lagi sampai mencapai seluruh dermis hingga lapisan lemak subcutan. Tampak sebagai ulkus yang dangkal dengan tepi yang jelas dan perubahan warna pigmen kulit.

c. Derajat III: ulkus menjadi lebih dalam meliputi jaringan lemak subcutan dan menggaung, berbatasan dengan fascia dari otot-otot, sudah mulai didapat infeksi dengan jaringan nekrotik yang berbau.

d. Derajat IV: perluasan ulkus menembus otot, sehingga tampak tulang didasar ulkus yang dapat mengakibatkan infeksi pada tulang atau sendi.



#### 5. Penatalaksanaan

Beberapa intervensi dilakukan untuk mencegah potensial terjadinya luka dekubitus, yaitu:

##### a. Perawatan kulit dan penanganan dini

- 1) Diawali dengan kewaspadaan untuk mencegah terjadinya dengan mengenal penderita yang beresiko tinggi terjadinya dekubitus
- 2) Meramalkan akan terjadinya dekubitus dengan memakai skor Norton. Skor dibawah 14 menunjukkan adanya resiko tinggi terjadinya dekubitus
- 3) Menjaga kebersihan kulit penderita dengan memandikan setiap hari

- 4) Meningkatkan status kesehatan penderita
- 5) Mengurangi atau meratakan factor tekanan yang mengganggu aliran darah

b. Posisi

Perubahan posisi telah banyak dianjurkan untuk pencegahan terjadinya iskemia jaringan dan pembentukan luka dekubitus. In 1961, kosiak (dikutip dalam Bryant, 2000) merekomendasikan perubahan posisi sebaiknya setiap dua jam sama halnya menurut Panel for the prediction and prevention of pressure ulcers in adults, 1992 bahwa perubahan posisi dilakukan minimal setiap dua jam.

c. Penggunaan alas/lapisan pada tempat tidur

Alas tempat tidur digunakan dan diletakkan dipermukaan tempat tidur standar rumah sakit. Terdapat berbagai jenis alas tempat tidur ini, yaitu alas yang berisi gel, air, udara dan busa.

d. Penggunaan berbagai matras atau alas kaki

Kasur khusus untuk lebih membagi rata tekanan yang terjadi pada tubuh penderita, atau memberi bantalan dari balok penyangga dari kedua kaki, bantal-bantal kecil untuk menahan tubuh penderita

e. Edukasi pasien

Tim medis yang terlibat didalam edukasi pasien agar lebih menyadari bahwa tindakannya dalam upaya meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan pasien untuk mencegah terjadinya luka dekubitus akan

sangat mempengaruhi dalam melakukan tindakan-tindakan untuk mencegah terjadinya dekubitus

- f. Mempertahankan temperature kulit yang stabil

## **B. Kasur dekubitus**

Kasur dekubitus merupakan salah satu cara pencegahan terjadinya luka dekubitus, yang terjadi karena penekanan yang lama pada kulit dan jaringan dibawahnya. Vyhlidal et al, 1997 mengatakan bahwa penggunaan kasur dekubitus ini lebih efektif dibandingkan hanya penggunaan alas atau lapisan pada kasur standar pada rumah sakit. Walaupun demikian kasur dekubitus tetap memiliki beberapa kerugian disamping keuntungan-keuntungan yang diberikan, diantaranya:

### **1. Keuntungan**

- a. Lebih efektif dibandingkan penggunaan alas saja
- b. Mudah untuk dibersihkan
- c. Pemeliharaannya mudah
- d. Dapat menggunakan linens standar rumah sakit

### **2. Kerugian**

- a. Biaya yang dibutuhkan tinggi
- b. Tidak dapat mengontrol kelembaban kulit
- c. Beberapa kasur dapat di pindahkan sehingga memungkinkan salah menempatkan

- d. Tidak ada tanda-tanda objektif yang menandakan bahwa kasur ini kehilangan efektifitasnya

Kasur dekubitus terbuat dari berbagai macam tipe (Bryant, 2000), yaitu:

1. Gel-busa

Kasur jenis ini merupakan gabungan antara gel dan busa. Terbuat dari bahan silicon atau polyvinyl chloride, mempunyai lapisan yang mudah dibersihkan. Keistimewaan ini membuat kasur ini dapat digunakan pada perawatan yang membutuhkan waktu lama atau pada kamar operasi, walaupun demikian karena kasur ini berisi gel maka kasur ini berat dan mahal.

2. Air

Kasur yang berisi air ini lebih banyak digunakan untuk mengurangi penekanan pada kulit juga disarankan untuk pasien-pasien yang dapat reposisi sendiri. tetapi kerugian dari kasur ini adalah mudah rusak apabila terkena benda-benda tajam.

3. Kasur air-udara

Kasur air-udara ini telah dikembangkan dan direkomendasikan untuk pasien-pasien luka bakar, kasur ini tidak hanya berisi air dan udara saja tetapi terdapat butiran-butiran silicone didalamnya.

Secara umum keistimewaan dari jenis-jenis kasur dekubitus ini yaitu kasur ini tahan air, lapisan atas yang antimicrobial, lapisan bawah yang tahan air dan

antimicrobial, dan bila kasur ini terdiri dari komponen busa saja maka harus busa yang tepat dengan gaya pegas yang tinggi dan anti microbial.

### C. Proses penyembuhan luka

Menurut Tambayong (2000), Proses yang terjadi secara alami bila terjadi luka dibagi dalam 3 fase, yaitu:

1. Fase inflamasi atau lag fase: berlangsung sampai hari kelima. Terjadi vasokonstriksidan proses penghentian perdarahan. Sel radang keluar dari pembuluh darah secara diapedsis dan menuju luka secara khemotaksis. Sel mast mengeluarkan serotonin dan histamine yang meninggikan permeabilitas kapiler terjadi eksudasi cairan edema. Dengan demikian timbul tanda-tanda radang. Pertautan luka pada fase ini hanya oleh fibrin sehingga disebut fase lag
2. Fase proliferasi atau fase fibroplasi: brelangsung dari hari keenam sampai 3 minggu. Pada fase ini luka diisi oleh sel radang, fibroblast, serat-serat kolagen, kapiler-kapiler baru, membentuk jaringan kemerahan dengan permukaan tak rata disebut jaringan granulasi.
3. Fase remodelling atau fase resorbsi: dapat berlangsung berbulan-bulan. Dikatakan berakhir bila tanda-tanda radang sudah hilang.parut dan sekitarnya berwarna pucat, tipis, lemas, tak ada rasa sakit maupun gatal. Disini proses kontraksi parut kelihatan dominant.

## II. Penelitian terkait

Telah banyak penelitian yang terkait dengan penelitian yang peneliti sedang lakukan diantaranya penelitian yang dilakukan oleh Slyvia (1993), Kem, et al (1993), Thompson, Bishop, & Mottola (1992) yang melakukan penelitian mengenai kaitan efek dari berbagai jenis matras dalam mengurangi tekanan. Dan penelitian yang dilakukan oleh Novieastari (1997) tentang penelusuran hasil penelitian tentang intervensi keperawatan dalam pencegahan terjadinya luka dekubitus pada orang dewasa. Pada kedua penelitian tersebut bahwa penggunaan matras pereduksi tekanan dan perubahan posisi baring pada intervensi kurang dari 2 jam dapat merupakan tindakan yang efektif untuk mencegah terjadinya luka dekubitus pada populasi orang dewasa. Perawat yang berperan dalam edekusi kesehatan pasien dapat berperan lebih besra untuk mencegah terjadinya luka dekubitus.

## BAB III

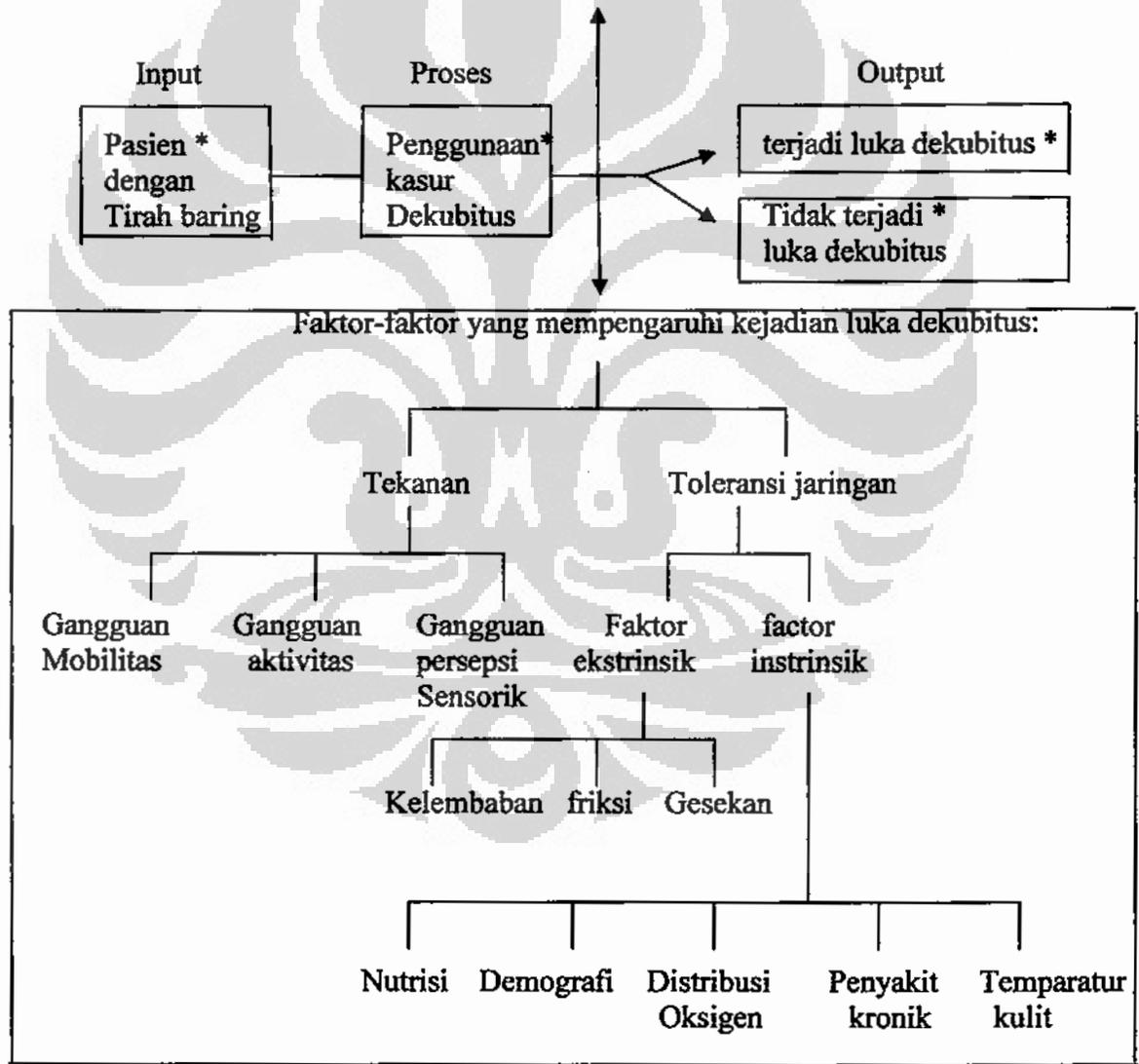
### KERANGKA KERJA PENELITIAN

#### A. Kerangka konsep penelitian

Kerangka penelitian yang dikembangkan dalam penelitian ini terdiri dari 2 variabel, yaitu variable independent adalah penggunaan kasur dekubitus terhadap pasien dengan tirah baring dan variable dependen adalah kejadian luka dekubitus. Kerangka tersebut dapat digambarkan sebagai berikut:

Skema 1 Kerangka konsep

- Tindakan keperawatan pencegahan dekubitus :
1. Mempertahankan temperature kulit yang stabil
  2. Reposisi pasien setiap 2-4 jam (contoh: mobilisasi miring kanan, miring kiri)
  3. Gunakan lapisan pengurang tekanan pada tempat tidur pasien, contoh: gunakan kasur air, udara, gel.\*
  4. Meminimalkan cedera kulit yang disebabkan gesekan
  5. Mempertahankan diet seimbang



Keterangan :  
 \* yang diteliti oleh peneliti

## B. Pertanyaan penelitian

Berdasarkan kerangka konsep yang diuraikan, ditemukanlah pertanyaan penelitian “apakah penggunaan kasur dekubitus efektif mencegah timbulnya luka dekubitus?”

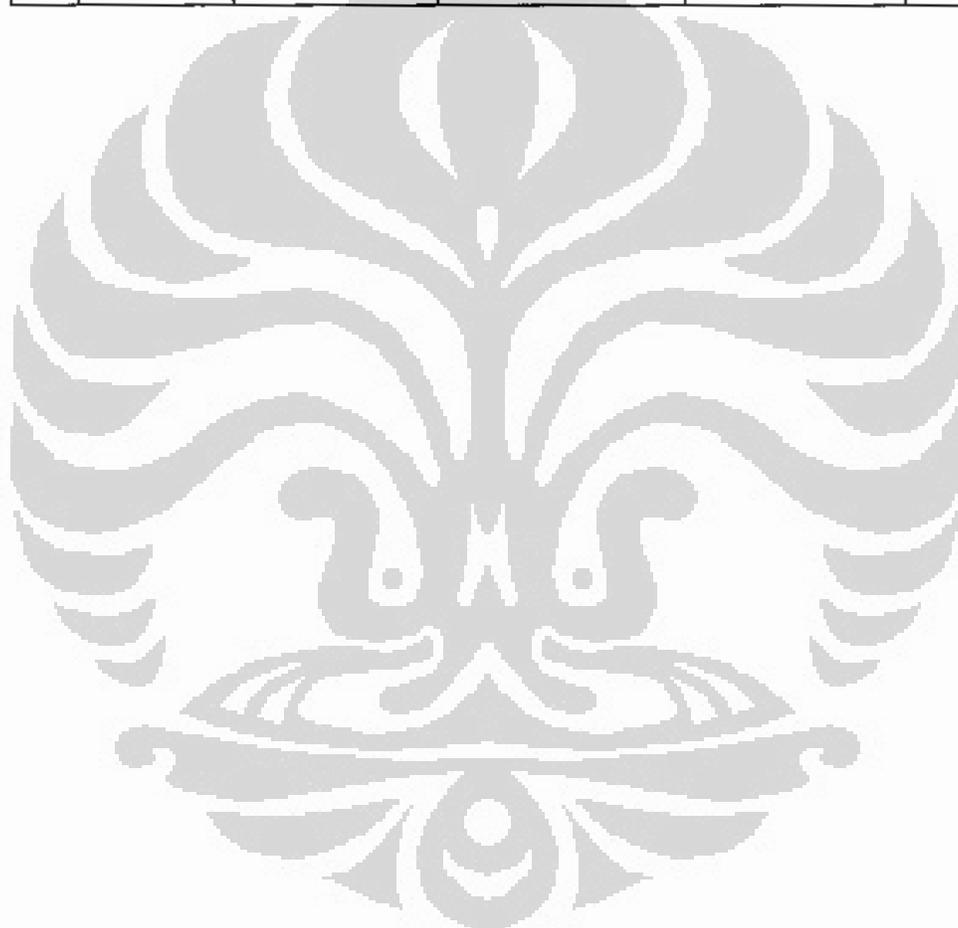
## C. Definisi operasional

Tabel 1 Definisi operasional

No	Variable	Definisi konseptual	Definisi operasional	Alat dan cara ukur	Hasil ukur	Skala
1	Usia	Seseorang yang diharapkan hidup berdasarkan perhitungan statistic	Jumlah tahun sejak pasien lahir hingga ulang tahun terakhir	Skala linkert, terdiri dari 3 kategori, yaitu usia 20-30 tahun = dewasa muda usia 30-60 tahun = dewasa akhir, usia 60 tahun keatas = lansia	0 = Dewasa muda 1 = dewasa tua 2 = lansia	Ordinal
2	Berat badan	Besar ukuran tubuh	Menggambarkan status gizi seseorang	Skala linkert, dengan 3 kategori, yaitu kurang atau sama dengan 45 kg = malnutrisi, 46-55 kg = normal dan diatas 55 kg = kelebihan berat badan	0 = malnutrisi 1 = berat badan normal 2 = kelebihan berat badan	Ordinal
3	Jenis kelamin	Sifat/keadaan jantan/betina	Keadaan yang membagi manusia menjadi 2 jenis, yaitu laki-laki dan perempuan	Skala linkert terdiri dari 2 kategori, yaitu laki-laki dan perempuan	0 = laki-laki 1 = perempuan	Ordinal

5	Hidrasi	Status cairan seseorang	Status cairan, intake dan output seseorang	Status cairan seseorang (intake dan output)	0= kurang 1=normal 2=lebih	Ordinal
6	Suhu	Status klinis thermometry tubuh	Pengukuran derajat panas seseorang	Skala linkert dengan 3 kategori, yaitu suhu tubuh dibawah atau sama dengan 35 derajat celcius = hipotermia, 36-37 derajat celcius = suhu tubuh normal, dan diatas 37 derajat celcius = hipertermia	0 = hipotermia 1 = suhu tubuh normal 2 = hipertermia	Interval
7	Luka	Destruksi membrane mukosa kulit dengan etiologi apapun sehingga terbentuk lubang	Reaksi inflamasi yang terjadi pada kulit	Skala linkert dengan 5 kategori, yaitu 0 = tidak ada luka Stadium 1 = suhu kulit hangat/dingin, konsistensi jaringan lembut/lembab, sensasi nyeri, warna ulkus merah yang menetap /biru/keunguan, Stadium 2 = terdapat bula/cekungan yang dangkal Stadium 3 = cekungan lebih dalam dan sudah terbentuk gua Stadium 4 = terjadi	0 = Tidak ada luka 1 = stadium 1 2 = stadium 2 3 = stadium 3 4 = stadium 4	Nominal

				nekrosis jaringan/kerusakan otot, tulang/tendon		
8	Kasur dekubitus	Alat pengganti tekanan	Kasur khusus yang dibuat yang diharapkan dapat mencegah dan mengurangi angka kejadian luka dekubitus	Skala linkert dengan 3 kategori, yaitu busa, gel, udara.	0 = busa 1 = gel 2 = udara	Nominal



## **BAB IV**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Desain penelitian**

Desain penelitian pada penelitian ini adalah deskriptif korelasi. Hal yang disajikan secara deskriptif yaitu kasur dekubitus dengan luka dekubitus di RS. Siloam Karawaci sedangkan korelasi digunakan untuk menguji kedua variabel tersebut. Seperti halnya yang dikatakan Notoatmojo (2005), bahwa studi ini pada hakikatnya merupakan penelitian atau penelaahaan hubungan antara dua variabel pada suatu situasi atau sekelompok objek.

#### **B. Tempat penelitian**

Penelitian ini telah dilaksanakan di RS Siloam karawaci. Alasan peneliti dalam menentukan lokasi tersebut dikarenakan rumah sakit tersebut adalah salah satu rumah sakit yang menaruh perhatian besar terhadap perkembangan perawatan luka terkini yang dilakukan melalui seminar, workshop, dan adanya klinik perawatan luka.

#### **C. Populasi dan sample**

Populasi penelitian ini adalah semua pasien dengan tirah baring di rumah sakit siloam karawaci sedangkan sample adalah pasien dengan tirah baring yang menggunakan kasur dekubitus.

Pasien yang memenuhi criteria inklusi yang dapat dijadikan sample oleh peneliti, adalah :

1. Usia pasien 20-60 tahun
2. Pasien yang tidak mendapatkan imunosupresif
3. Pasien yang tidak dengan incontinensia urine
4. Belum terjadi luka pada pasien

Metode pengambilan sample yang digunakan pada penelitian ini adalah quota sampling. Quota sampling menurut notoatmojo (2005) adalah pengambilan sample dengan menetapkan berapa besar jumlah sample yang diperlukan atau dengan menetapkan quotom (jatah) dan kemudian jumlah (quotum) itulah yang dijadikan dasar untuk mengambil sample yang dibutuhkan. Oleh karena itu peneliti menetapkan 30 pasien dengan tirah baring yang menggunakan kasur dekubitus sebagai calon responden penelitian.

Sampel yang sudah masuk kriteria intrinsik akan diberikan semua tindakan keperawatan untuk mencegah timbulnya luka dekubitus seperti:

1. Mempertahankan temperature kulit yang stabil
2. Reposisi pasien setiap 2-4 jam (contoh: mobilisasi miring kanan, miring kiri)
3. Gunakan lapisan pengurang tekanan pada tempat tidur pasien, contoh:  
gunakan kasur air, udara, gel.
4. Meminimalkan cedera kulit yang disebabkan gesekan
5. Mempertahankan diet seimbang

Untuk mengontrol faktor tindakan keperawatan lain yang harus diberikan kepada klien dalam mencegah timbulnya luka dekubitus, maka Peneliti akan membuat format observasi dan cek list tindakan keperawatan yang diberikan pada perawat ruangan (terlampir) dan mengadakan pertemuan, sehingga perawat melakukan asuhan keperawatan pencegahan luka dekubitus sesuai dengan format yang dibuat oleh peneliti.

#### **D. Etika penelitian**

Sebelum melakukan penelitian, peneliti terlebih dahulu mengurus prosedur penelitian. Dimulai dari mencari calon responden yang sesuai dengan criteria yang telah ditetapkan. Kemudian memberitahukan kepada klien atau keluarga yang akan dijadikan responde, meminta persetujuan dengan menandatangani inform consent tanpa adanya paksaan. Setelah itu peneliti akan langsung mengobservasi responden yang sudah menggunakan kasur dekubitus terhadap kejadian luka dekubitus selama 3-4 hari perawatan. Responden akan dijaga kerahasiaannya.

#### **E. Alat pengumpul data**

Alat yang digunakan dalam pengumpulan data pada penelitian ini adalah *linkert scale* atau skala linkert yang mengacu pada kerangka konsep yang telah dibuat, yaitu penggunaan kasur dekubitus dan pengaruhnya terhadap kejadian luka dekubitus

## **F. Prosedur pengumpulan data**

Pengambilan data akan dilakukan selama tiga kali, yaitu pengambilan data dilakukan pada hari pertama, observasi pada hari pertama ini pasien yang dijadikan responden belum terdapat luka dekubitus, pengambilan data yang kedua dilakukan pada hari ketiga dan pengambilan data yang terakhir pada hari keenam.

Data yang dikumpulkan berupa:

1. Data demografi dan status kesehatan pasien, meliputi: usia, jenis kelamin, penyakit, status nutrisi, status hidrasi, dan suhu tubuh
2. Kasur dekubitus, meliputi: jenis dan mekanisme kerja kasur dekubitus
3. Luka dekubitus, meliputi: suhu kulit, konsistensi jaringan, sensasi nyeri, perubahan warna kulit, dan bentuk luka.

Langkah Pengumpulan data:

1. Meminta persetujuan pada kepala ruangan di setiap ruangan
2. Peneliti memperkenalkan diri kepada calon responden dan keluarga
3. Memberi penjelasan tujuan penelitian dan mempersilahkan responden/keluarga responden untuk menandatangani inform consent
4. Memberi penjelasan tentang pengisian inform consent
5. Mengumpulkan skala linkert yang telah dibuat
6. Mengakhiri penelitian

Klien akan diambil 1) data demografi, 2) status kesehatan, 3) jenis kasur dekubitus, dan 3) tingkat luka dekubitus pada hari pertama klien dirawat. Data tingkat luka dekubitus akan dikumpulkan kembali pada hari ketiga, dan keenam klien dirawat. Data yang terkumpul akan dibandingkan

#### **G. Pengolahan dan analisis data**

Setelah semua data dikumpulkan, peneliti memeriksa kelengkapannya pengisian lembar skala linkert. Data yang diperoleh disajikan dalam bentuk table dan grafik, selanjutnya dianalisis dengan menggunakan analisis bivariat, yaitu analisis kai kuadrat (chi square) untuk melihat ada atau tidaknya hubungan antara variabel kasur dekubitus dengan variabel luka dkeubitus dengan tingkat kemaknaan ( $\alpha$ ) 0,05.

Uji hipotesa:

1. Ada pengaruh penggunaan kasur dekubitus terhadap pencegahan luka dekubitus
2. Tidak ada pengaruh penggunaan kasur dekubitus terhadap pencegahan luka dekubitus.

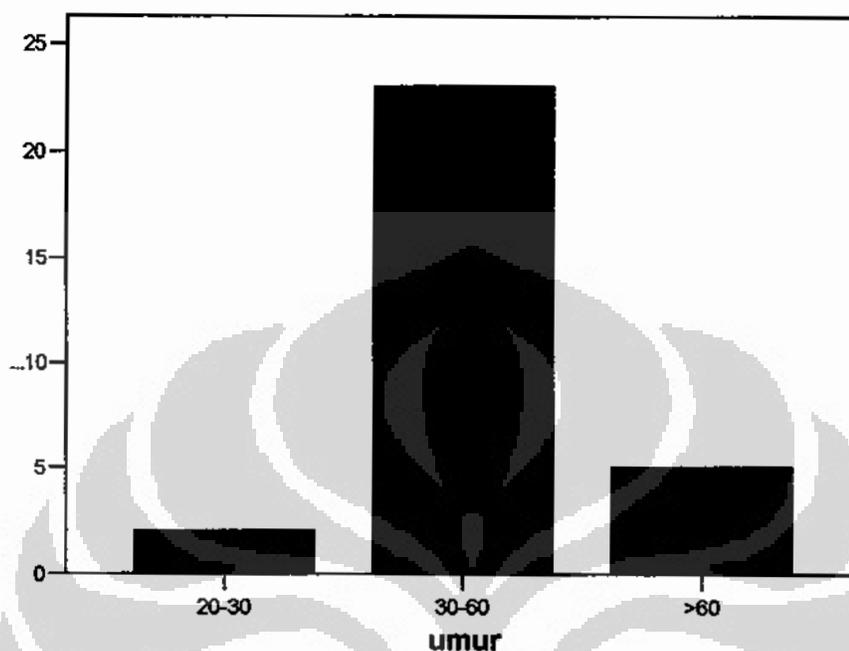
**BAB V**  
**HASIL PENELITIAN**

Pada awal pengumpulan data peneliti mendapatkan jumlah responden sebanyak 43 responden namun selama proses observasi terdapat sebanyak 13 responden yang drop out dikarenakan meninggal dunia dan pindah ke ruang rawat biasa yang penggunaan kasur dekubitusnya tidak digunakan. Pengumpulan data ini dilakukan pada tanggal 2-8 November 2006 di RS. Siloam Karawaci dengan cara observasi dengan 3 kali pengambilan data. Responden yang menggunakan kasur dekubitus dan tirah baring kemudian diberikan intervensi keperawatan yang sama, yaitu reposisi pasien setiap 2-4 jam, meminimalkan cedera kulit akibat gesekan, dan mempertahankan diet seimbang. Hal ini dilakukan agar mendapatkan hasil yang dapat menunjukkan efektifitas penggunaan kasur dekubitus. Dari hasil pengumpulan data maka diketahui :

**Tab. 1 Distribusi Responden Berdasarkan Umur di RS. Siloam Karawaci  
Tahun 2006**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-30	2	6,7	6,7	6,7
	30-60	23	76,7	76,7	83,3
	>60	5	16,7	16,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**Gab. 1 Distribusi Responden Berdasarkan Umur di RS. Siloam karawaci Tahun 2006**

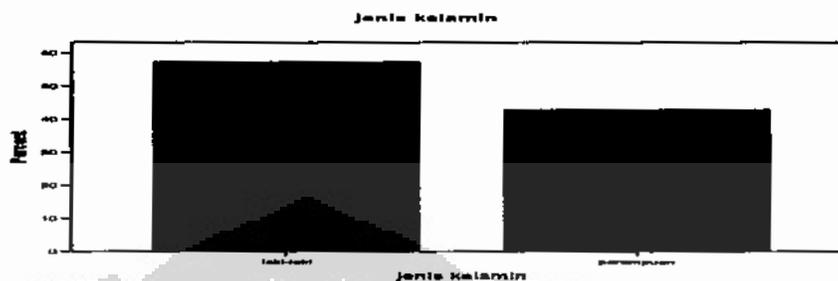


Dari tabel dan gambar diatas diketahui bahwa dari jumlah responden sebanyak 30 responden, umur 30-60 tahun memiliki jumlah responden yang terbanyak, yaitu 23 orang atau 76,6 %.

**Tab. 2 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di RS. Siloam Karawaci Tahun 2006**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid laki-laki	17	56,7	56,7	56,7
perempuan	13	43,3	43,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

**Gab. 2 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di RS. Siloam  
Karawaci Tahun 2006**

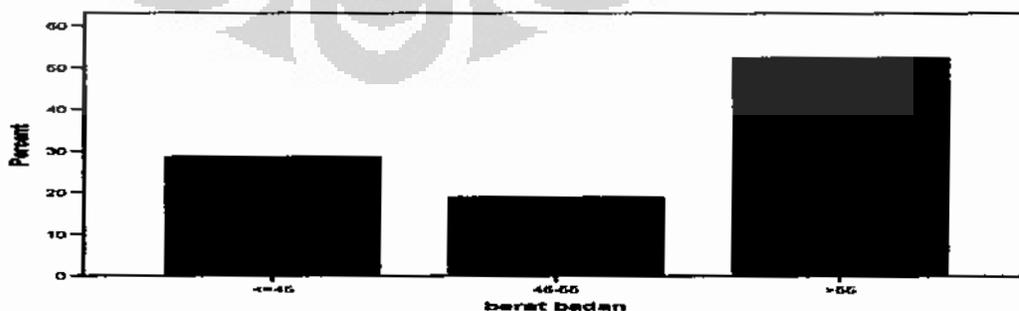


Dari tabel diatas dan gambar diatas jenis kelamin laki-laki memiliki jumlah atau presentasi yang terbanyak, yaitu sebanyak 17 orang atau 56,7 % dari total seluruh jumlah responden yaitu 30 responden

**Tab. 3 Distribusi Responden Berdasarkan Berat Badan di RS. Siloam  
Karawaci Tahun 2006**

	Frequency	Percent	Valid Percent
Valid Kurus	7	23,3	23,3
Normal	10	33,3	33,3
Lebih	13	43,3	43,3
Total	30	100,0	100,0

**Gab.3 Distribusi Responden Berdasarkan Berat Badan di RS. Siloam  
Karawaci Tahun 2006**



dari tabel dan gambar 3 diatas diketahui bahwa responden mayoritas memiliki berat badan diatas 55 kg atau berat badan lebih dengan jumlah 13 orang atau 43,3 %.

**Tab. 4 Angka Kejadian Luka Dekubitus Berdasarkan Berat Badan Responden di RS. Siloam Karawaci Tahun 2006**

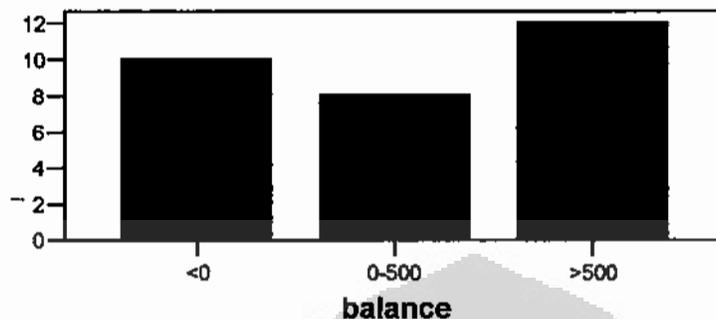
			derajat luka			Total
			tidak terjadi luka	stadium 1	stadium 2	
berat badan kurang	Count		4	2	1	7
	% within berat badan		57,1%	28,6%	14,3%	100,0%
Norma	Count		7	3	0	10
	% within berat badan		70,0%	30,0%	,0%	100,0%
Lebih	Count		10	3	0	13
	% within berat badan		76,9%	23,3%	,0%	100,0%
Total	Count		21	8	1	30
	% within berat badan		70,0%	26,7%	3,3%	100,0%

Dari tabel 6 diketahui bahwa terdapat 1 responden atau 14,3% dengan berat badan kurang atau sama dengan 45 kg yang mempunyai dekubitus stadium 2.

**Tab. 5 Distribusi Responden Berdasarkan Status Hidrasi di RS. Siloam Karawaci Tahun 2006**

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Kurang	10	33,3	33,3
	Normal	8	26,7	26,7
	Lebih	12	40,0	40,0
	Total	30	100,0	100,0

**Gab. 4 Distribusi Responden Berdasarkan Status Hidrasi di RS. Siloam Karawaci Tahun 2006**



Dari tabel dan gambar 5 diatas diketahui bahwa 12 responden atau 40 % dari total seluruh responden, memiliki status hidrasi diatas 500 cc/24 jam.

**Tab. 6 Angka Kejadian Dekubitus Berdasarkan Suhu Tubuh Responden di RS. Siloam Karawaci Tahun 2006**

		derajat luka			Total
		tidak terjadi luka	stadium 1	stadium 2	
suhu tubuh <=35	Count	1	0	1	2
	% within suhu tubuh	50,0%	,0%	50,0%	100,0%
36-37	Count	15	3	0	18
	% within suhu tubuh	83,3%	16,7%	,0%	100,0%
>37	Count	5	5	0	10
	% within suhu tubuh	50,0%	50,0%	,0%	100,0%
Total	Count	21	8	1	30
	% within suhu tubuh	70,0%	26,7%	3,3%	100,0%

Dari tabel 6 diatas diketahui bahwa suhu tubuh kurang atau sama dengan 35<sup>o</sup> celcius pada hari ke-6 pengambilan data terdapat satu responden yang mempunyai luka dekubitus stadium 2

Dari tabel 6 diatas diketahui bahwa suhu tubuh kurang atau sama dengan 35<sup>0</sup> celcius pada hari ke-6 pengambilan data terdapat satu responden yang mempunyai luka dekubitus stadium 2

**Tab. 7 Distribusi Responden berdasarkan Tingkat Ketergantungan di RS. Siloam Karawaci tahun 2006**

		Frequency	Percent
Valid	Total	20	66,667
	Partial	9	30
	Minimal	1	3,333
Total		30	100

Dari tabel 5 diatas diketahui bahwa tingkat ketergantungan responden mayoritas total, yaitu sebanyak 20 responden.

**Tab. 8 Angka Kejadian Luka Dekubitus Berdasarkan Tingkat Ketergantungan Responden di RS. Siloam Karawaci Tahun 2006**

			Derajat luka			Total
			Tidak terjadi luka	Stadium 1	Stadium 2	
Ktrgntngan	total	Count	12	7	1	20
		% within ktrgntngan	60,0%	35,0%	5,0%	100,0%
	partial	Count	8	1	0	9
		% within ktrgntngan	88,9%	11,1%	,0%	100,0%
	minimal	Count	1	0	0	1
		% within ktrgntngan	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Total		Count	21	8	1	30
		% within ktrgntngan	70,0%	26,7%	3,3%	100,0%

Dari tabel 8 diatas diketahui bahwa responden yang terjadi luka dekubitus memiliki tingkat ketergantungan total. Pada stadium 1, sebanyak 7 responden memiliki tingkat ketergantungan total dan 1 responden dengan tingkat ketergantungan partial. Sedangkan pada stadium 2 terdapat 1 responden dengan tingkat ketergantungan total.

**Tab. 9 Distribusi Responden Berdasarkan Derajat Luka di RS. Siloam Karawaci  
Tahun 2006**

		Derajat luka			Total	
		Tidak terjadi luka	Stadium 1	Stadium 2		
No responden	1	Count	1	0	0	1
		% within no responden	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	2	Count	0	1	0	1
		% within no responden	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	3	Count	0	0	1	1
		% within no responden	,0%	,0%	100,0%	100,0%
	4	Count	1	0	0	1
		% within no responden	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	5	Count	0	1	0	1
		% within no responden	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	6	Count	1	0	0	1
		% within no responden	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	7	Count	1	0	0	1
		% within no responden	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	8	Count	1	0	0	1
		% within no responden	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	9	Count	1	0	0	1
		% within no responden	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	10	Count	1	0	0	1
		% within no responden	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	11	Count	1	0	0	1

	% within no responden	100,0%	,0%	,0%	100,0%
12	Count	1	0	0	1
	% within no responden	100,0%	,0%	,0%	100,0%
13	Count	0	1	0	1
	% within no responden	,0%	100,0%	,0%	100,0%
14	Count	0	1	0	1
	% within no responden	,0%	100,0%	,0%	100,0%
15	Count	1	0	0	1
	% within no responden	100,0%	,0%	,0%	100,0%
16	Count	1	0	0	1
	% within no responden	100,0%	,0%	,0%	100,0%
17	Count	0	1	0	1
	% within no responden	,0%	100,0%	,0%	100,0%
18	Count	0	1	0	1
	% within no responden	,0%	100,0%	,0%	100,0%
19	Count	1	0	0	1
	% within no responden	100,0%	,0%	,0%	100,0%
20	Count	1	0	0	1
	% within no responden	100,0%	,0%	,0%	100,0%
21	Count	0	1	0	1
	% within no responden	,0%	100,0%	,0%	100,0%
22	Count	1	0	0	1
	% within no responden	100,0%	,0%	,0%	100,0%
23	Count	1	0	0	1
	% within no responden	100,0%	,0%	,0%	100,0%
24	Count	1	0	0	1
	% within no responden	100,0%	,0%	,0%	100,0%
25	Count	1	0	0	1
	% within no responden	100,0%	,0%	,0%	100,0%
26	Count	1	0	0	1
	% within no responden	100,0%	,0%	,0%	100,0%
27	Count	1	0	0	1
	% within no responden	100,0%	,0%	,0%	100,0%
28	Count	1	0	0	1
	% within no responden	100,0%	,0%	,0%	100,0%
29	Count	1	0	0	1
	% within no responden	100,0%	,0%	,0%	100,0%

	30	Count	0	1	0	1
		% within no responden	,0%	100,0%	,0%	100,0%
Total		Count	21	8	1	30
		% within no responden	70,0%	26,7%	3,3%	100,0%

Dari tabel 9 diatas diketahui bahwa sebanyak 21 responden tidak terjadi luka, 8 responden terjadi luka dekubitus stadium 1, dan sebanyak 1 responden terjadi luka dekubitus stadium 2.

Dari hasil penelitian diatas dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara penggunaan kasur dekubitus dalam mencegah terjadinya luka dekubitus didukung dengan intervensi keperawatan lainnya seperti reposisi pasien setiap 2-4 jam, meminimalkan cedera kulit akibat gesekan, dan mempertahankan diet seimbang serta mempertahankan temperature kulit yang stabil.

**BAB VI**  
**PEMBAHASAN**

**A. Pembahasan hasil penelitian**

Penelitian tentang efektifitas penggunaan kasur dekubitus terhadap pencegahan luka dekubitus di RS. Siloam Karawaci. Data diperoleh dibagi menjadi 2 bagian, yaitu data demografi dan data observasi.

Penelitian ini dikhususkan pada pasien dengan tirah baring yang menggunakan kasur dekubitus. Pasien-pasien yang menjadi responden intervensi keperawatan yang sama, antara lain reposisi pasien setiap 2-4 jam, meminimalkan cedera kulit akibat gesekan dan mempertahankan diet seimbang serta mempertahankan temperature kulit yang stabil.

Penelitian ini dilakukan pada tanggal 2-8 November 2006 di RS. Siloam Karawaci dengan jumlah responden 30 orang ini mendapatkan hasil :

**Tab. 1 Distribusi Responden Berdasarkan Derajat Luka Dekubitus di  
RS. Siloam Karawaci Tahun 2006**

	Frequency	Percent	Valid percent	Cumulative percent
Tidak terjadi luka	21	70,0 %	70,0 %	70,0 %
Stadium 1	8	26,7 %	26,7 %	96,7 %
Stadium 2	1	3,3 %	3,3 %	100,0 %
Total	30	100,0 %	100,0 %	

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ditemukan bahwa sebanyak 21 (70%) responden tidak terjadi luka dekubitus, 8 (26,7%) responden terjadi luka dekubitus stadium 1, dan 1 (3,3%) responden dengan stadium 2. Secara umum peneliti menyimpulkan bahwa penggunaan kasur dekubitus masih menimbulkan luka dekubitus derajat 1 dan 2.

Menganalisa data demografi yang didapat, penelitian ini juga menunjukkan bahwa tingginya angka kejadian luka dekubitus pada umumnya dipengaruhi oleh 1) Tingkat ketergantungan pasien, dari 30 responden 8 diantaranya total care, 2) Suhu tubuh, dari 30 responden mayoritas terjadi luka dekubitus pada suhu lebih dari 37<sup>0</sup> celcius sebanyak 5 responden, 3) Berat badan, pada berat badan terjadi distribusi jumlah responden yang sama antara berat badan normal, kurang, dan obesitas yaitu masing-masing sebanyak 3 responden.

Jumlah terbesar pasien yang menderita dekubitus terjadi pada kelompok ketergantungan total (40 % dari 100 %), sebagian (11,1 % dari 100 %). Responden dengan tingkat ketergantungan total mengalami penurunan kemampuan dalam melakukan perubahan posisi sehingga akan mengalami tekanan yang intens dalam waktu lama yang merupakan penyebab utama timbulnya luka tekan (AWMA, 2006). Temperatur tubuh yang tinggi diatas 37 derajat celcius ini merupakan salah satu terjadinya luka tekan. Hal ini dikaitkan dengan peningkatan permintaan kebutuhan oksigen dalam jaringan yang telah mengalami kekurangan oksigen. Pada setiap peningkatan suhu tubuh sebanyak satu derajat centigrade, kebutuhan oksigen akan mengakibatkan peningkatan metabolisme jaringan sebanyak 10 % (AWMA, 2006).

Faktor resiko lainnya adalah berat badan. Berat badan erat kaitannya dengan dengan status nutrisi, protein dan vitamin. Seseorang dengan status protein yang rendah akan meningkatkan resiko terjadinya kerusakan kulit (AWMA, 2006).

Faktor yang mengakibatkan terjadinya luka dekubitus adalah semua faktor yang membuat kulit terpapar tekanan secara berlebihan atau menurunkan toleransi kulit terhadap tekanan yang dianggap sebagai faktor tekanan penting harus diingat bahwa tanpa adanya tekanan maka tidak akan mengakibatkan luka dekubitus. Maka dari itulah semakin aktif seseorang dan semakin banyak pergerakannya insiden terjadinya luka dekubitus akan semakin rendah. Pergantian posisi peneliti anggap penting namun yang lebih penting lagi adanya penilaian faktor resiko tinggi pada pasien imobilitas (Braden Score) tujuannya adalah kearah manajemen pencegahan.

Dari analisa diatas sangat jelas mendukung teori yang ada, yaitu faktor resiko yang mengakibatkan adanya tekanan yang besar dan lama dapat diklasifikasikan sebagai faktor yang menghambat mobilitas, aktifitas dan persepsi sensorik. Baik imobilitas maupun hambatan aktifitas dianggap sebagai faktor resiko primer dalam terjadinya luka dekubitus sedangkan faktor-faktor yang lainnya seperti usia, jenis kelamin, suhu tubuh, berat badan ataupun penyakit kronik hanyalah faktor predisposisi.

Namun sangat disayangkan memang karena hasil yang didapatkan ini adalah pasien-pasien yang memakai kasur dekubitus dengan jenis udara dan yang sudah mendapatkan intervensi keperawatan lainnya, seperti reposisi pasien setiap 2-4 jam,

meminimalkan cedera kulit akibat gesekan dan mempertahankan diet seimbang serta mempertahankan temperature kulit yang stabil.

Salah satu intervensi untuk meminimalkan terjadinya hal ini adalah range jadwal perubahan posisi yang tepat mungkin harus diminimalkan sampai 1-2 jam sekali, pemeriksaan kulit tidak dilakukan saat perubahan posisi saja atau faktor lain yang dapat mencegah pembentukan luka dekubitus ini adalah dengan penilaian faktor resiko tinggi sehingga diharapkan pasien dengan resiko tinggi ini dari awal sudah mendapatkan intervensi keperawatan yang lebih intensif.

## **B. Keterbatasan penelitian**

Peneliti menyadari bahwa penelitian ini masih jauh dari kesempurnaan dan memiliki banyak keterbatasan. Keterbatasan-keterbatasan tersebut antara lain :

### **1. Sampel**

Jumlah sampel yang mengalami tirah baring dan menggunakan kasur dekubitus di RS. Siloam Karawaci sangat terbatas. Oleh karena itu peneliti mencari responden lain ke beberapa ICU rumah sakit sampai mencapai 30 responden, yaitu RS. HARKIT, RS. Dharmais, dan RS. Pertamina. Jumlah responden ini sudah dikurangi dengan responden yang drop out karena meninggal, atau dipindahkan ke ruang rawat biasa yang tidak dilanjutkan penggunaan kasur dekubitusnya.

## 2. Variabel

Dalam hal ini kasur dekubitus yang pada awalnya terbagi menjadi 3 jenis, yaitu busa, udara, dan gel. Selama proses pengambilan data, jenis kasur yang digunakan sama, yaitu jenis udara. Oleh karena itu peneliti menyamakan jenis kasur dekubitus menjadi jenis udara, karena jenis yang sama ini pula peneliti membahas variabel-variabel yang lain mempunyai faktor penyebab terjadinya luka dekubitus pada hasil penelitian.

## 3. Waktu

Keterbatasan waktu yang dimiliki dalam pengumpulan data sehingga dalam pengumpulan data, peneliti tidak mendapatkan responden dalam waktu yang bersamaan.

## **BAB VII**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Simpulan**

##### **1. Gambaran integritas kulit**

Melalui pemantauan yang dilakukan selama penelitian, peneliti memperoleh gambaran keadaan integritas kulit pada pasien yang menggunakan kasur dekubitus. Sebelum dilakukan treatment, kulit responden dalam keadaan normal. Setelah mendapatkan treatment kasur dekubitus tanpa menghilangkan intervensi keperawatan lainnya, seperti massase, pemantauan hidrasi ketat. Selama 6 hari integritas kulit responden dari masing-masing kasur dekubitus tersebut diperoleh 21 orang dari 30 responden masih dapat dipertahankan kulit tetap normal tidak ada luka dekubitus.

##### **2. Gambaran kost efektifness**

Kasur dekubitus terbilang cukup mahal namun bila dilihat dari manfaat yang begitu banyak tidaklah rugi menggunakannya dibandingkan bila sudah terjadi luka dan baru memakainya akan menambah lama rawat yang bertambah mahal.

Namun selama observasi yang peneliti lakukan pada ke-30 responden yang menggunakan kasur dekubitus adalah mereka yang beresiko tinggi terjadi luka dekubitus, seperti tirah baring yang cukup lama, hipoalbumin,

DM tidak terkontrol, incontinenasia urine atau gerontik yang integritas kulitnya sudah terlihat buruk. Sehingga peneliti mendapat gambaran bahwa kasur dekubitus bermanfaat dalam mencegah luka dekubitus.

Hasil penelitian ini menunjukkan tidak terjadi penurunan integritas kulit pada responden yang telah mendapatkan treatment kasur dekubitus selama 6 hari. Hal ini menunjukkan presentase angka kejadian luka dekubitus yang terjadi selama obseravsi adalah 9 orang, dengan stadium 1 sebanyak 8 oran dan stadium 2 sebanyak 1 orang. Sehingga kasur dekubitus dengan intervensi keperawatan yang standar dapat mempertahankan integritas kulit pada pasien di rumah sakit.

## **B. Saran**

Melalui penelitian ini, peneliti menyarankan beberapa hal untuk penelitian selanjutnya yang terkait dengan topic ini.

### **1. Bagi pelayanan keperawatan**

Bagi pelayanan keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan dengan kasur dekubitus harus benar-benar juga melakukan intervensi standar keperawatan dan tetap memperhatikan perawatan pada area-area tubuh yang tertekan seperti punggung, sacrum, iskhium, trochanter, dan tumit sebab daerah tersebut rentan terjadi luka dekubitus. Diharapkan dalam menggunakan kasur dekubitus tidak terjadi luka dekubitus terlebih dahulu.

## 2. Bagi penelitian keperawatan

Hendaknya institusi pendidikan lebih mengembangkan penelitian selanjutnya khususnya penelitian yang terkait tentang manfaat kasur dekubitus terhadap pencegahan kasur dekubitus.

## 3. Bagi peneliti selanjutnya

Untuk melanjutkan uji homogenitas karakter responden yang akan mendapatkan treatment selama penelitian dan meneliti faktor-faktor yang dapat mempengaruhi luka dekubitus sehingga diperoleh hasil yang lebih akurat disatu rumah sakit saja. Dan bila mungkin diperbandingkan dengan responden yang tidak memakai kasur dekubitus tetapi mendapatkan intervensi keperawatan yang sama.

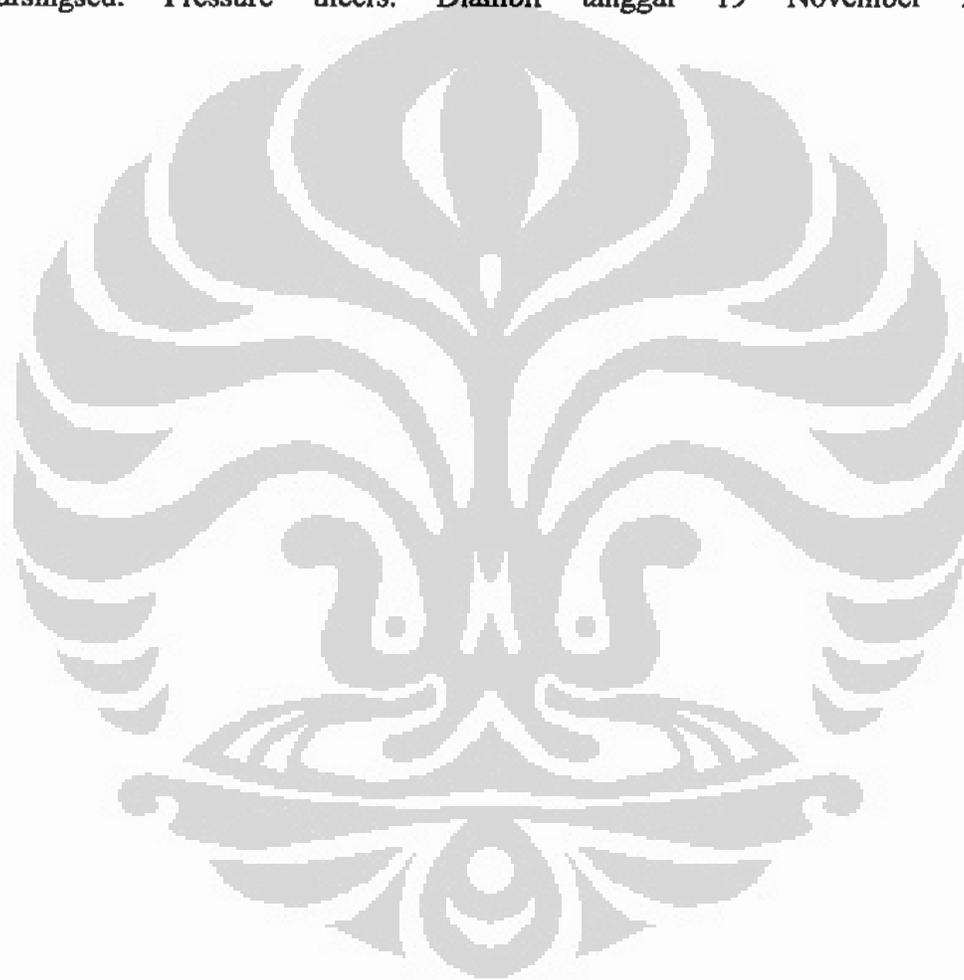
## DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. (2002). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktek*. (edisi kelima). Jakarta: Rineka cipta
- Australian wound management association (AWMA). (2006). *Pressure ulcers interest subcommittee (PUISC)*. Makalah tidak dipublikasikan.
- Blackley, P. (1998). *Practical stoma wound and continence management*. Australia: Vermont Victoria
- Brink, P. J, & Wood, M. J. (2000). *Langkah dasar dalam perencanaan riset keperawatan dari pertanyaan sampai proposal*. (Edisi keempat). Jakarta: EGC
- Bouwhuizen, M. (2000). *Ilmu keperawatan*. (Bagian satu). Diterjemahkan oleh Medmoelia radja siregar. Jakarta: EGC
- Burns, N. & Grove, S. K. (1993). *The practice of nursing reseach conduct, critique & utilization*. Philadelphia: Saunders company
- Jan, T. (2000). *Patofisiologi untuk keperawatan*. Jakarta: EGC
- Morison, J., et all. (2004). *Chronic wound care a problem based learning approach*. Philadelphia: Mosby
- Mukti, E. N. (1998). Penelusuran hasil penelitian tentang interval keperawatan dalam pencegahan terjadinya luka dekubitus pada orang dewasa. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 2, (3), 26-32
- Nakertrans. (2005). Jaminan pemeliharaan kesehatan. Diambil tanggal 31 Oktober 2006 dari

Nursalam.(2003). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan: Pedoman skripsi, tesis dan instrumen penelitian keperawatan*. Jakarta: Balai Pustaka

Notoatmojo, S. (2005). *Metodologi penelitian kesehatan*. (edisi ketiga). Jakarta: Rineka cipta

Nursingseu. Pressure ulcers. Diambil tanggal 19 November 2006 dari





**UNIVERSITAS INDONESIA**  
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

Kampus UI Depok Telp. (021) 78849120, 78849121 Fax. 7864124  
Email : fonui1@cbn.net.id Web Site : http://www.fikui.or.id

Nomor : 3072/PT02.H4.FIK/2005  
Lampiran : Proposal  
Perihal : Permohonan Praktek M.A. Riset

1 Desember 2006

Yth. Direktur  
RS Siloam Karawaci  
Jl. Siloam No.6  
Lippo Karawaci - Tangerang

Dalam rangka mengimplementasikan mata ajar "Riset Keperawatan" mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) :

No	Nama mahasiswa	NPM
1	Melva Monika	1305200542
2	Ike Agustina	1305200402

akan mengadakan praktek riset dengan judul : "Sejauh Mana Efektivitas Penggunaan Kasur Dekubitus Terhadap Pencegahan Luka Dekubitus".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan mahasiswa tersebut untuk mengadakan praktek riset di RS Siloam Karawaci.

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



- Tembusan Yth. :
1. Wakil Dekan Bid.Akademik FIK-UI
  2. Decapolis ward
  3. ICU ward
  4. ivianajer Dikmahalurn FIK-UI
  5. Ka.Prog Studi S1 FIK-UI
  6. Koord. M.A Riset Kep FIK-UI

## LEMBAR PERSETUJUAN PENELITIAN

Kapada Yth:

Calon Responden Penelitian

Di

Tempat

Dengan hormat,

Kami yang bertanda tangan dibawah ini:

1. Nama : Melva Monika

NPM : 1305200542

2. Nama : Ike Agustina

NPM : 1305200402

Mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) yang sedang melaksanakan penelitian tentang “Sejauhmana Efektifitas Penggunaan Kasur Dekubitus terhadap Pencegahan Luka Dekubitus”. Penelitian ini dilaksanakan di RS.Siloam Karawaci.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui efektifitas penggunaan kasur dekubitus terhadap pencegahan luka dekubitus. Kegiatan ini hanya mengisi lembar pernyataan yang telah disediakan oleh peneliti. Penelitian ini tidak akan membuat

kerugian pada responden. Identitas dan jawaban responden akan dirahasiakan keberadaannya.

Responden dapat menandatangani lembar persetujuan yang telah disiapkan oleh peneliti, apabila menyetujuinya. Responden dapat segera mengisi pernyataan yang ada setelah menandatangani lembar persetujuan.

Peneliti sangat mengharapkan agar saudara dapat berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian ini. Atas kesediaan dan partisipasi saudara, peneliti ucapkan terima kasih.

Depok,.....

Peneliti

(Melva Monika dan Ike Agustina)

### LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Saya yang bertandatangan dibawah ini telah mendapatkan penjelasan dari peneliti tentang penelitian ini. Saya bersedia ikut berpartisipasi sebagai responden penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia tentang "Sejauhmana Efektifitas Penggunaan Kasur Dekubitus terhadap Pencegahan Luka Dekubitus" di RS. Siloam Karawaci.

Saya memahami bahwa penelitian ini tidak akan merugikan saya. Jawaban dan identitas saya akan dirahasiakan keberadaannya oleh peneliti. Dengan demikian, saya bersedia menjadi responden peneliti ini secara sukarela dan tanpa paksaan.

Depok.....

Responden

(\* )

\* Nama dan tandatangan responden

**INSTRUMEN PENELITIAN**

**Tanggal:**           **,Hari ke**

No responden           :

Inisial nama            :

**PETUNJUK PENGISIAN**

1. Isilah lembar kuisioner ini dengan lengkap dan benar dengan memberi tanda cek list (√) pada kolom jawaban yang telah disediakan.
2. Bila terdapat tanda yang salah dan ingin diperbaiki, gunakan tanda silang (x) pada tanda cek list.
3. Pertanyaan harus dijawab pada saat itu juga dan jika terdapat kesulitan dalam menjawab pertanyaan, dapat dipertanyakan langsung pada peneliti.

**A. DATA DEMOGRAFI**

1. Umur               :

- ( ) 20-30 tahun
- ( ) 30-60 tahun
- ( ) diatas 60 tahun

2. Jenis kelamin    :

- ( ) Laki-laki
- ( ) Perempuan

## B. DAFTAR OBSERVASI

1. Berat badan pasien :

kurang atau sama dengan 45 kg

46-55 kg

diatas 55 kg

2. Status hidrasi pasien : ml/24 jam

3. Suhu pasien :

kurang atau sama dengan 35° C

36-37° C

diatas 37° C

4. Derajat luka :

0 : tidak terjadi luka

Stadium 1: suhu kulit hangat/dingin, konsistensi jaringan lembut/lembab, sensasi nyeri, warna ulkus merah yahg menetap/biru/keunguan.

Gambar 5 luka dekubitus derajat I



Stadium 2: terdapat bula/cekungan yang dangkal

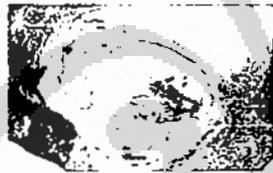
Gambar 6 luka dekubitus derajat II

Stadium 3: cekungan lebih dalam dan sudah terbentuk gua

Gambar 7 luka dekubitus derajat 3

Stadium 4: Terjadi nekrosis jaringan/kerusakan otot, tulang/tendon

Gambar 8 luka dekubitus derajat 4



5. Jenis kasur dekubitus :

busa

gel

udara