

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Dekubitus

1. Pengertian

Dekubitus adalah kerusakan struktur anatomis dan fungsi kulit normal akibat dari tekanan eksternal yang berhubungan dengan penonjolan tulang dan tidak sembuh dengan urutan dan waktu biasa (Potter, 2006).

2. Faktor Resiko Dekubitus

Berbagai faktor resiko dapat menjadi presdiposisi terjadinya luka dekubitus pada kelen (Potter, 2006), antara lain :

a. Gangguan input sensorik

Klien yang mengalami perubahan persepsi sensorik terhadap nyeri dan tekanan berisiko tinggi mengalami gangguan integritas kulit.

b. Gangguan fungsi motorik

Klien yang tidak mampu mengubah posisi secara mandiri berisiko tinggi terjadi dekubitus. Klien tersebut dapat merasakan tekanan tetapi tidak mampu mengubah posisi mandiri untuk menghilangkan tekanan tersebut.

c. Perubahan tingkat kesadaran

Klien bingung, disorientasi, atau mengalami perubahan tingkat kesadaran tidak mampu melindungi dirinya dari dekubitus, klien bingung atau disorientasi mungkin dapat merasakan tekanan tetapi tidak mampu memahami bagaimana menghilangkan tekanan itu. Klien koma tidak dapat merasakan tekanan dan tidak mampu mengubah ke posisi yang lebih baik.

d. Gips, traksi dan peralatan lain

Gips dan traksi mengurangi mobilisasi klien dan ekstremitasnya, klien yang menggunakan gips berisiko tinggi terjadi dekubitus karena

adanya gaya friksi eksternal mekanik dari permukaan gips yang bergesek pada kulit. Gaya mekanik kedua adalah tekana yang dikeluarkan gips pada kulit jika gips terlalu ketat atau jika ekstremitasnya bengkak.

Gangguan integritas kulit yang terjadi pada dekubitus merupakan akibat utama tekanan. Tetapi ada faktor-faktor tambahan yang dapat meningkatkan resiko terjadinya dekubitus yang lebih lanjut pada pasien. Termasuk diantaranya gaya gesek dan friksi, kelembaban, nutrisi yang buruk, anemia, infeksi, demam, gangguan sirkulasi perifer, obesitas, kakeksia dan usia.

3. Patogenesis dekubitus

Tiga elemen yang menjadi dasar terjadi dekubitus adalah, intensitas tekanan dan tekanan yang menutup kapiler, durasi dan besarnya tekanan, dan toleransi jaringan.

Beberapa tempat yang paling sering terjadi dekubitus adalah sakrum, tumit, siku, maleolus lateral, trokanter besar, dan tuberositas iskial. Dekubitus terjadi sebagai hasil hubungan antara waktu dan tekanan. Semakin besar tekanan dan durasinya, semakin besar pula insiden terbentuknya luka. Kulit dan jaringan subkutan dapat mentoleransi beberapa tekanan. Tapi, pada tekanan eksternal terbesar daripada tekanan dasar kapiler akan menurunkan atau menghilangkan aliran darah kedalam jaringan sekitarnya. Jaringan ini menjadi hipoksia sehingga terjadi cedera.

4. Klasifikasi Dekubitus

Salah satu cara yang paling awal untuk mengklasifikasikan dekubitus adalah dengan menggunakan sistem nilai atau tahapan (Potter, 2006).

a. Tahap I

Eritema tidak pucat pada kulit utuh, lesi kulit yang diperbesar, kulit tidak berwarna, hangat atau keras juga dapat menjadi indikator.

b. Tahap II

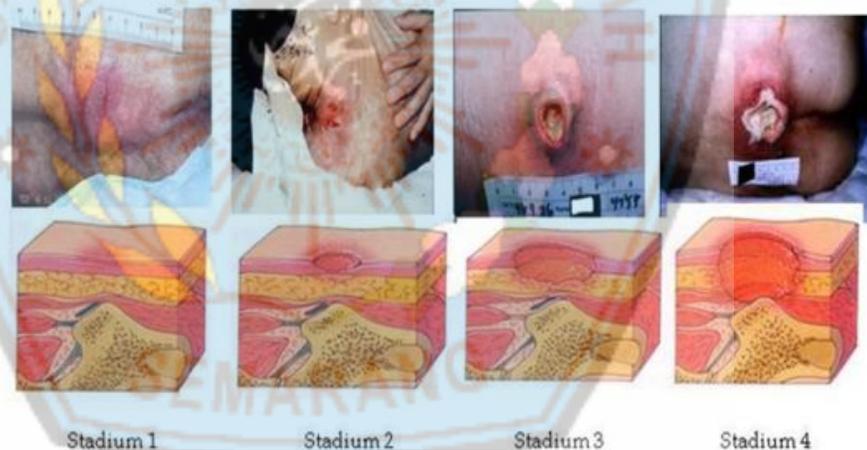
Hilangnya sebagian ketebalan kulit meliputi epidermis dan atau dermis, ulkus superfisial dan secara klinis terlihat seperti abrasi lecet atau lubang yang dangkal.

c. Tahap III

Hilangnya seluruh ketebalan kulit meliputi jaringan subkutan yang rusak atau nekrotik yang mungkin akan melebar kebawah, tapi tidak melampaui yang dalam dengan atau tanpa merusak jaringan sekitarnya.

d. Tahap IV

Hilangnya seluruh ketebalan kulit disertai dekstruksi ekstensif, kerusakan jaringan atau kerusakan otot, atau struktur penyangga seperti tendon, kapsul sendi, dll.



Gambar 2.1.

Stadium Dekubitus berdasarkan NPUAP 2007

(<http://www.npuap.org/Final> Quick Prevention for web 2010. Diunduh tanggal 3 agustus 2016)

Metode lain klasifikasi luka adalah warna luka, yang memperlihatkan fase penyembuhan. Luka nekrotik diklasifikasikan dengan luka hitam, luka disertai eksudat dan debris berserat kuning diklasifikasikan dengan

luka kuning, dan luka pada fase penyembuhan aktif dan bersih disertai dengan granulasi berwarna merah muda hingga merah dan jaringan epitel diklasifikasikan dengan warna merah. Tidak ada konsensus mengenai cara terbaik dalam mengklasifikasi luka dekubitus, tapi secara umum disepakati bahwa diperlukan lebih dari sekedar klasifikasi tahapan atau warna untuk memberi gambaran dekubitus yang lengkap dan komprehensif.

5. Pencegahan Dekubitus

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

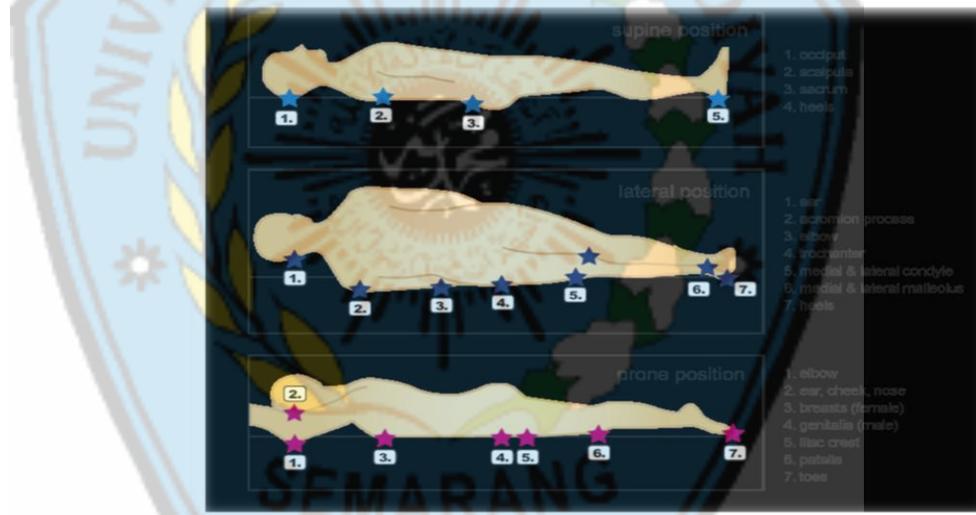
NPUAP, EPUAP & PPPIA (2014), juga merekomendasikan tindakan pencegahan untuk mencegah terjadinya dekubitus, yaitu pengkajian risiko dengan menggunakan skala braden, perawatan kulit, pemberian nutrisi, pemberian edukasi, dan pemberian bantalan dan pengaturan posisi / alih baring. Skala braden adalah skala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

tinggi jika dibandingkan dengan alat ukur yang lain yaitu *Norton Scale* dan *Waterlow Scale* (Ayello, 2003; Braden & Mekleburst, 2005).

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

a. Perawatan kulit

- 1) Periksa semua kulit sesegera mungkin (tapi dalam 8 jam).
- 2) Periksa kulit minimal setiap hari untuk tanda-tanda luka tekan, eritema terutama *nonblanchable* (sebuah lesi eritematososa yang tidak kehilangan semua kemerahan saat ditekan).
- 3) Menilai titik-titik tekanan, seperti sacrum, tulang ekor, pantat, tumit, ishium, *trochanters*, siku dan di bawah peralatan medis.



Gambar 2.2. Area luka tekan pada berbagai posisi tubuh (Perry & Potter, 2005)

- 4) Ketika memeriksa kulit berpigmen gelap, mencari perubahan warna kulit, suhu kulit dan konsistensi jaringan dibandingkan dengan kulit yang berdekatan. Bantu membasahi kulit dalam mengidentifikasi perubahan warna.
- 5) Bersihkan kulit segera setelah episode inkontinensia.

- 6) Gunakan pembersih kulit yang pH seimbang untuk kulit.
- 7) Gunakan pelembab kulit sehari-hari pada kulit yang kering.
- 8) Hindari posisi seorang individu di atas lahan seluas eritema atau luka tekan.

b. Nutrisi

- 1) Pertimbangkan individu dirawat di rumah sakit menjadi kurang gizi dan gizi buruk dari tidak sakit atau menjadi *nil per os* (tidak diberi makanan dan cairan) untuk pengujian diagnostik.
- 2) Gunakan alat skrining yang benar dan dapat dipercaya untuk menentukan risiko kekurangan gizi, seperti dugaan kecil tentang gizi.
- 3) Periksa semua individu yang berisiko untuk luka tekan dari kekurangan gizi pada seorang ahli diet terdaftar / ahli gizi.
- 4) Membantu individu pada waktu makan untuk meningkatkan asupan oral.
- 5) Menganjurkan semua individu yang berisiko luka tekan untuk mengonsumsi cairan yang cukup dan diet seimbang.
- 6) Menilai perubahan berat badan tiap waktu.
- 7) Menilai kecukupan asupan oral, enteral dan parenteral.
- 8) Memberikan suplemen gizi antara makanan dan dengan obat oral, kecuali kontraindikasi.

c. Reposisi dan mobilisasi

- 1) Pindahkan dan reposisikan semua individu yang berisiko untuk luka tekan, kecuali kontraindikasi karena kondisi medis atau perawatan medis.
- 2) Pertimbangkan memperpanjang jadwal berputar pada malam hari untuk memungkinkan agar tidur tidak terganggu.

- 3) Pindahkan individu ke sisi berbaring posisi 30 derajat, dan gunakan tangan anda untuk menentukan apakah sacrum berada pada tempat tidur.
- 4) Hindari posisi individu pada area tubuh dengan luka tekan.
- 5) Pastikan bahwa tumit bebas dari tempat tidur.
- 6) Pertimbangkan tingkat imobilitas, paparan geser, kelembaban kulit, perfusi, ukuran badan dan berat individu ketika memilih bantalan pendukung.
- 7) Lanjutkan untuk memposisikan seorang individu ketika ditempatkan pada setiap bantalan pendukung.
- 8) Gunakan bantal kursi untuk individu duduk di kursi atau kursi roda.
- 9) Reposisi individu lemah atau tak bergerak di kursi per jam.
- 10) Jika individu tidak dapat dipindahkan atau diposisikan dengan kepala tempat tidur ditinggikan lebih dari 30 °, menempatkan pakaian busa dengan *polyurethane* pada sakrum.
- 11) Gunakan perangkat yang memuat lebih untuk tumit atau pakaian busa *polyurethane* pada individu yang berisiko tinggi untuk luka pada tumit.
- 12) Tempatkan busa tipis atau pakaian yang longgar di bawah peralatan medis.

B. Pengetahuan Perawat

1. Pengertian

Pengetahuan adalah hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba (Notoatmodjo, 2010). Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk

terbentuknya tindakan seseorang (*overt behaviour*). Berdasarkan pengalaman ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2010).

2. Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan dalam aspek kognitif menurut Notoatmodjo (2007), dibagi menjadi 6 (enam) tingkatan yaitu :

a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, dari seluruh bahan yang dipelajari. Tahu ini merupakan tingkat pengertian yang paling rendah.

b. Memahami (*Comprehension*)

Memahami ini diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi ke kondisi sebenarnya.

c. Aplikasi (*Aplication*)

Kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya.

d. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen - komponen, tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.

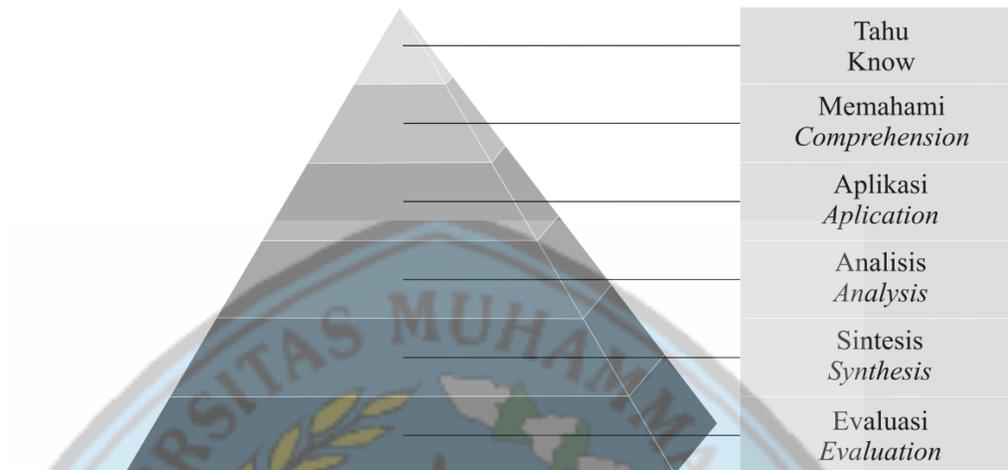
e. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakan atau menghubungkan bagian - bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

f. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek.

Dari penjelasan diatas dapat dibuat *hierarchy* tingkat pengetahuan sebagai berikut :



Gambar 2.3.

Hierarchy tingkat pengetahuan (Notoatmodjo, 2007)

3. Pengukuran Pengetahuan

Pengetahuan dapat diukur dengan wawancara atau angket yang menyatakan tentang isi materi yang ingin diukur dari responden (Notoatmodjo, 2007). Pengukuran pengetahuan ini berkaitan dengan pengetahuan perawat tentang teori dan praktik pencegahan dekubitus.

4. Sumber – sumber pengetahuan

Pengetahuan seseorang dapat diperoleh dari pengalaman yang berasal dari lingkungan kehidupan dalam proses perkembangannya serta dari berbagai macam media massa (TV, internet, radio, majalah, pamflet, dan lain-lain) (Notoatmodjo, 2007).

5. Faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2007) faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah :

a. Pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang akan berpengaruh dalam memberi respon terhadap sesuatu yang datang dari luar. Orang yang berpendidikan tinggi akan memberikan respon yang lebih rasional terhadap informasi yang datang dan akan berpikir sejauh mana keuntungannya, mempunyai pendidikan yang lebih tinggi akan mudah mengenali dekubitus baik dari tanda, gejala, cara penanganan serta efek yang ditimbulkan, oleh sebab ini faktor pendidikan sangat mempengaruhi tingkat pengetahuan seorang perawat dalam menyikapi suatu kejadian dekubitus.

b. Media massa

Melalui berbagai media baik cetak maupun elektronik berbagai informasi dapat diterima masyarakat, sehingga seseorang yang lebih sering terpapar media massa (TV, internet, radio, majalah, pamflet, dan lain-lain) akan memperoleh informasi yang lebih banyak dibandingkan dengan orang yang tidak pernah terpapar informasi media. Ini berarti paparan media massa mempengaruhi tingkat pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang. Media masa sebagai jendela informasi dapat menjadi salah satu sumber bagi para perawat untuk memahami dekubitus dan perawatannya.

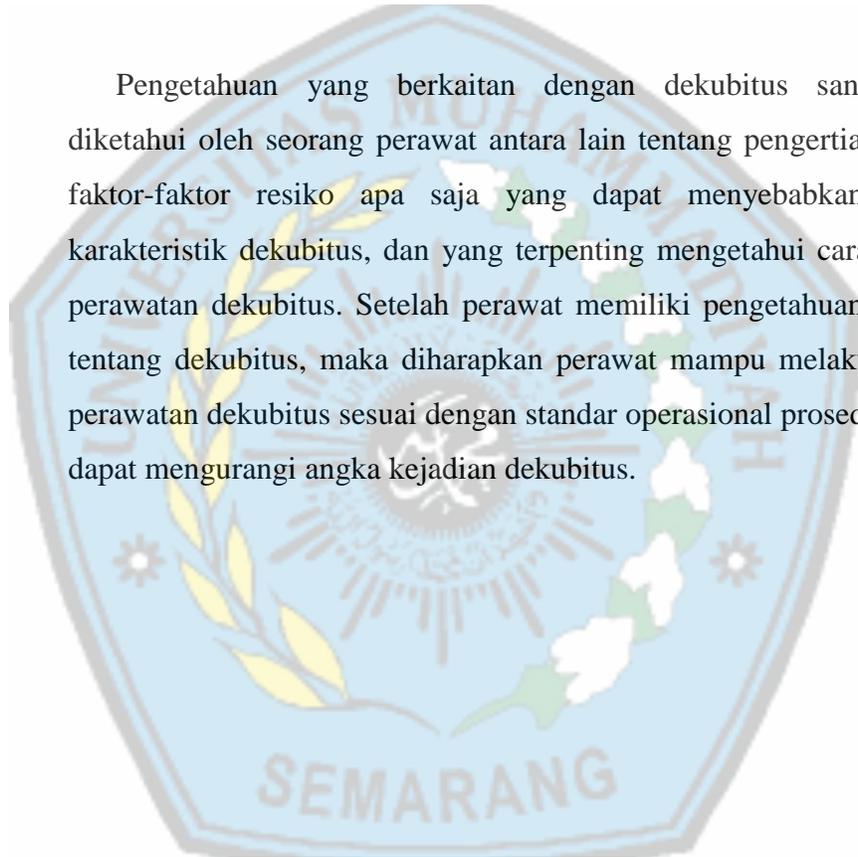
c. Hubungan sosial

Manusia adalah makhluk sosial dimana dalam kehidupan saling berinteraksi antara satu dengan yang lain. Individu yang dapat berinteraksi secara *continue* akan lebih besar terpapar informasi. Sementara faktor hubungan sosial juga mempengaruhi kemampuan individu sebagai komunikasi untuk menerima pesan menurut model komunikasi media dengan demikian hubungan sosial dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang tentang suatu hal.

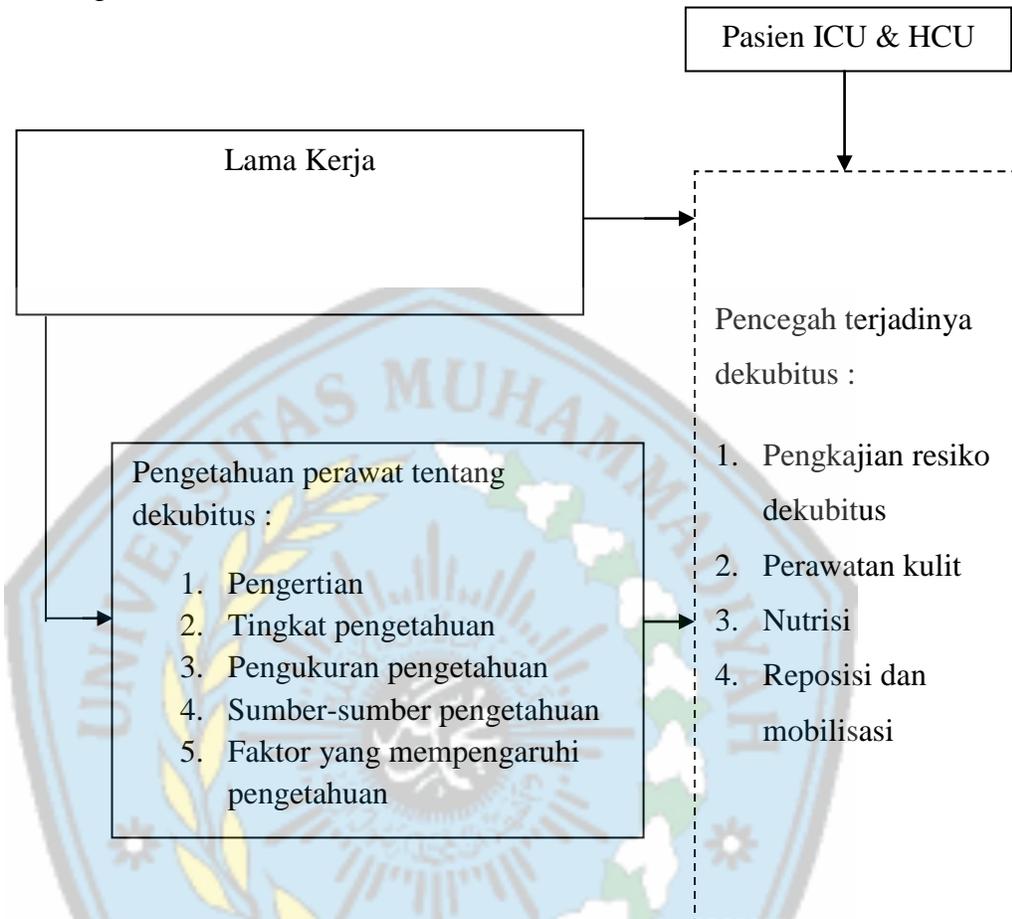
d. Pengalaman

Pengalaman seorang individu tentang berbagai hal biasa diperoleh dari lingkungan kehidupan dalam proses perkembangannya, misalnya sering mengikuti kegiatan. Kegiatan yang mendidik misalnya seminar organisasi dapat memperluas jangkauan pengalamannya, karena dari berbagai kegiatan tersebut informasi tentang suatu hal dapat diperoleh.

Pengetahuan yang berkaitan dengan dekubitus sangat penting diketahui oleh seorang perawat antara lain tentang pengertian dekubitus, faktor-faktor resiko apa saja yang dapat menyebabkan dekubitus, karakteristik dekubitus, dan yang terpenting mengetahui cara melakukan perawatan dekubitus. Setelah perawat memiliki pengetahuan yang benar tentang dekubitus, maka diharapkan perawat mampu melakukan praktik perawatan dekubitus sesuai dengan standar operasional prosedur, sehingga dapat mengurangi angka kejadian dekubitus.



C. Kerangka Teori



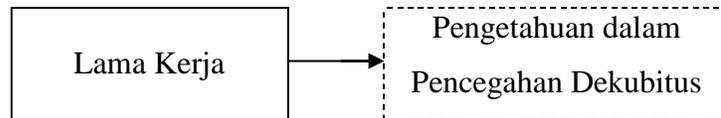
Skema 2.1 Kerangka Teori Penelitian

Keterangan :

————— : yang tidak diteliti

----- : yang diteliti

D. Kerangka Konsep



Skema 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan :

----- : variabel bebas

_____ : variabel terikat

E. Variabel Penelitian

1. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah lama kerja perawat dalam pencegahan dekubitus
2. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah pengetahuan perawat dalam pencegahan dekubitus

F. Hipotesis

1. Ada hubungan antara lama kerja dengan pengetahuan perawat dalam pencegahan dekubitus.