

TESIS

**PENGALAMAN PERAWAT TERKAIT IMPLEMENTASI PENCEGAHAN
LUKA TEKAN DI RUANG ICU RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO
MAKASSAR : *QUALITATIVE STUDY***



SYAMSURIAH LANSIA

R012211035

**FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2024

TESIS

**PENGALAMAN PERAWAT TERKAIT IMPLEMENTASI
PENCEGAHAN LUKA TEKAN DI RUANG ICU RSUP**

DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR :

QUALITATIVE STUDY

Disusun dan diajukan oleh

SYAMSURIAH LANSA

Nomor Pokok: R012211035

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
Pada Tanggal 28 Maret 2024
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui

Komisi Penasihat,



Dr. Suni Hariati, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 19840924 201012 2 003



Dr. Erfina, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 19830415 201012 2 006

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan,



Saldy Yusuf, S.Kep., Ns., MHS., PhD., ETN
NIK. 19781026 201807 1 001



Prof. Dr. Sriyanti Saib, S.Kp., M.Si
NIP. 19680421 200112 2 002

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertandatangan di bawah ini, saya:

Nama : Syamsuriah Lansa
NIM : R 012211035
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Judul : Pengalaman perawat terkait implementasi pencegahan luka tekan oleh perawat di ruang ICU RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar: *Qualitative Study*

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis saya ini, asli pemikiran sendiri dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Magister, baik di Universitas Hasanuddin maupun di Perguruan Tinggi lain. Dalam tesis ini, tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama dan dicantumkan dalam daftar rujukan.

Apabila dikemudian hari ada klaim dari pihak lain, maka akan menjadi tanggung jawab saya sendiri, bukan tanggung jawab pembimbing atau pengelola Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin dan saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai dengan peraturan yang berlaku, termasuk pencabutan gelar Magister yang telah saya peroleh.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun

Makassar, 21 April 2024



buat pernyataan,

(Syamsuriah Lansa)

KATA PENGANTAR

Bimillahirrahmanirrahim

Alhamdulillahirabbilalamin penulis senantiasa panjatkan puji dan syukur kehadirat Allah SWT, atas rahmat dan karunianya, penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul **“Pengalaman perawat terkait implementasi pencegahan luka tekan oleh perawat di ruang ICU RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar: *Qualitative Study*”**

Tesis ini dapat diselesaikan berkat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, baik dari keluarga, dosen mata kuliah, maupun rekan-rekan mahasiswa. Dengan segala kerendahan hati, kami mengucapkan terima kasih yang tidak terhingga kepada pihak yang membantu kami:

1. Ibu Prof. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Si selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
2. Bapak Saldy Yusuf, S.Kep., Ns., MHS, Ph. D., ETN selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin.
3. Ibu Dr. Suni Hariati, S. Kep.,Ns.,M.Kep sebagai pembimbing I dan Ibu Dr. Erfina, S. Kep.,Ns.,M.Kep sebagai pembimbing II yang telah banyak meluangkan waktu dengan tulus dalam membimbing dan mengarahkan penulis.
4. Para Dewan Penguji tesis (1) Ibu Dr. Yuliana Syam, S. Kep.,Ns., M.Si (2) Ibu Rini Rachmawati, S.Kep., Ns., MN., Ph.D (3) ibu Prof. Dr. Ariyanti Saleh,

S.Kp.,M.Si, yang sudah meluangkan waktunya untuk menguji, memberikan masukan, saran untuk kesempurnaan tesis ini.

5. Bapak Direktur Wahidin Sudirohusodo Makassar dan jajaran pegawai bidang Pendidikan dan Penelitian yang sudah mengizinkan dalam proses penelitian Tesis ini.
6. Kepala ruangan ICU dan seluruh perawat ICU, terkhusus kepada para partisipan yang sudah meluangkan waktu dan pikiran dalam proses penelitian di ruang ICU RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar
7. Kedua orang tuaku ayahanda Lansa, ibunda Igali, suamiku Samir Tahir, saudara-saudaraku, serta anak-anakku, yang dengan sangat sabar memberikan bantuan serta doa yang tulus ikhlas
8. Teman-teman PSMIK angkatan 2021, staf administrasi PSMIK Unhas, dan semua keluarga, kerabat, dan teman-teman yang turut mendoakan dan mendukung proses penyusunan tesis ini.

Dalam penyusunan tesis ini, kami menyadari bahwa terdapat beberapa kekurangan. Olehnya itu, kami sebagai penyusun berharap dapat memperoleh masukan, baik saran maupun kritik yang bersifat membangun agar kami dapat melakukan perbaikan-perbaikan.

Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Makassar, 27 Januari 2024

Syamsuriah Lansa

ABSTRAK

SYAMSURIAH LANSIA. Pengalaman Perawat Terkait Implementasi Pencegahan Luka Tekan di Ruang ICU RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar :Studi Kualitatif (dibimbing oleh **Suni Hariati** dan **Erfina**).

Insiden terjadinya luka tekan menjadi salah satu indikator peningkatan mutu pelayanan rumah sakit. Prevalensi luka tekan di rumah sakit terutama ditemukan di unit perawatan intensif. Di Ruang ICU, pasien 3,8 kali lebih rentan terhadap luka tekan. Perawat memainkan peran kunci dalam pencegahan luka tekan. Namun, dalam pengimplementasian pencegahan luka tekan, perawat terkadang dihadapkan dengan berbagai kendala sehingga proses implementasinya tidak sesuai rencana yang dibuat. Sikap perawat yang positif, keyakinan akan kemampuan diri, dan konsekuensi dari peran sosial turut memengaruhi perawat dalam mengimplementasikannya. Penelitian ini bertujuan mengeksplorasi lebih dalam terkait pengimplementasian pencegahan luka tekan oleh perawat di ruang ICU. Penelitian ini menggunakan desain penelitian fenomenologi deskriptif. Partisipan pada penelitian ini diperoleh dengan teknik penyampelan purposif sampai dengan hasil penelitian tersaturasi, yaitu sebanyak enam belas partisipan. Penelitian dilakukan di ruang ICU RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar mulai 12 Januari 2023—12 April 2023 Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam dengan menggunakan pedoman wawancara semistruktur dan direkam dengan voice recorder. Hasil rekaman ditranskripsikan ke dalam bentuk transkrip verbatim dan dianalisis dengan Open Code 4,3 untuk manajemen data kualitatif. Hasil wawancara mendalam dengan partisipan menghasilkan lima tema, yaitu (1) mengedepankan dasar penelitian (*evidence based*) dalam melakukan tindakan; (2) mengutamakan tindakan *life saving*; (3) multifaktor predisposisi luka tekan; (4) kolaborasi tim sebagai hal yang esensial; dan (5) urgensi dukungan rumah sakit. Disimpulkan bahwa perawat ICU telah berusaha mengimplementasikan pencegahan luka tekan dengan mengedepankan *evidence based* dan kolaborasi tim dalam implementasinya. Namun, perawat menyadari adanya multifactor predisposisi luka tekan yang besar di ruang ICU sehingga luka tekan kadang-kadang tidak bisa dihindari. Untuk itu, perawat sangat mengharapkan dukungan rumah sakit dalam memaksimalkan upaya pencegahan tersebut dengan meningkatkan sumber daya yang ada saat ini.

Kata Kunci: Pencegahan luka tekan, ICU, Pengalaman perawat



ABSTRACT

SYAMSURIAH LANSA. Nurses' Experiences Regarding the Implementation of Pressure Injury Prevention in the ICU Room at RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. A Qualitative Study (supervised by **Suni Hariati** and **Erfina**)

The incidence of pressure ulcers is an indicator of improving the quality of hospital services. The prevalence of pressure ulcers in hospitals is mainly found in intensive care units. In ICU, patients are 3.8 times more likely to suffer from pressure ulcers. Nurses play a key role in pressure ulcer prevention. However, in implementing pressure ulcer prevention, nurses sometimes face various obstacles, so the implementation process does not match the plans made. The positive attitude of nurses, confidence in their own abilities and the consequences of social roles also influence nurses in carrying out implementation. The aim of this study is to explore more deeply how to implement pressure ulcer prevention by nurses in ICU. This research used a descriptive phenomenological research design. The participants were obtained using a purposive sampling technique until the research results were saturated, i.e. 16 participants. The research was conducted in the ICU room of Dr. RSUP. Wahidin Sudirohusodo Makassar from 12 January 2023 to 12 April 2023. Data collection was carried out through in-depth interview using a semi-structured interview guide and recorded with a voice recorder. The recording results were transcribed in the form of verbatim transcripts and analyzed using Open Code 4.3 for qualitative data management. The results of in-depth interview with participants produce five themes, namely (1) prioritizing evidence-based action, (2) life-saving first, (3) multi-factorial predisposition to pressure ulcers, (4) collaboration as an essential thing, and (5) urgency hospital support. In conclusion, ICU nurses have tried to implement pressure ulcer prevention by prioritizing evidence based and collaboration in its implementation. However, nurses are aware of the multifactorial predisposition to greater pressure sores in ICU, so pressure sores sometimes cannot be avoided. For this reason, nurses really hope for the support of hospitals in maximizing prevention efforts by increasing currently available resources.

Keywords: pressure ulcer prevention, ICU, nurses' experience



DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
ABSTRAK	vi
ABSTRACT.....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
DAFTAR SINGKATAN.....	
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	7
C. Tujuan Penelitian.....	8
D. Originalitas Penelitian.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar Luka Tekan	11
1. Defenisi	11
2. Faktor Predisposisi	12

3. Patofisiologi	16
4. Stadium Luka Tekan	20
B. Penatalaksanaan Pencegahan Luka Tekan	25
C. Hambatan Dalam Implementasi Pencegahan Luka Tekan	30
D. Kerangka Teori	32
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian.....	33
B. Partisipan Penelitian.....	33
C. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	34
D. Instrument Penelitian.....	35
E. Prosedur Penelitian.....	36
F. Analisa Data.....	41
G. Keabsahan Data	42
H. Etika Penelitian	44
BAB IV HASIL PENELITIAN	
A. Gambaran Umum Penelitian	46
B. Karakteristik Partisipan	46
C. Hasil Penelitian	48
BAB V PEMBAHASAN HASIL PENELITIAN	
A. Pembahasan Hasil Penelitian	64
1. Mengedepankan <i>evidenced based practice</i> dalam melakukan tindakan	64
2. Mengutamakan tindakan <i>live saving</i>	70

3. Multifaktor predisposisi luka tekan	71
4. Kolaborasi tim sebagai hal yang esensial	74
5. Urgensi dukungan rumah sakit	75
B. Implikasi Hasil Penelitian	78
C. Keterbatasan Penelitian	79

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	80
B. Saran	81

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1	Karakteristik partisipan	46
Tabel 4.2	Hasil analisis tema	48
Tabel 4.3	Hasil studi dokumen	69
Tabel 4.4	Ketersediaan sumber daya pendukung	70

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Bagan patofisiologi terjadinya luka tekan	17
Gambar 2.2	<i>Conceptual framework</i> luka tekan	18
Gambar 2.3	Luka tekan stadium 1	21
Gambar 2.4	Luka tekan stadium 2	22
Gambar 2.5	Luka tekan stadium 3	23
Gambar 2.6	Luka tekan stadium 4	23
Gambar 2.7	Luka tekan <i>unstageable</i>	24
Gambar 2.8	Luka tekan jaringan dalam	25
Gambar 2.9	Kerangka Teori Penelitian	34
Gambar 3.1	Alur Penelitian	40

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: *Sintesis gird* originalitas penelitian

Lampiran 2: Penjelasan Partisipan

Lampiran 3: Persetujuan Menjadi Partisipan (*Informed Consent*)

Lampiran 4: Data Demografi Partisipan

Lampiran 5: Pedoman Wawancara

Lampiran 6: Lembar Catatan lapangan (*Field Note*)

Lampiran 7: Form Skrining Dekubitus RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo

Makassar

Lampiran 8: Master Tabel Hasil Penelitian

DAFTAR SINGKATAN

SPM	: Standar Pelayanan Minimal
GBD	: <i>Global Burden Disease</i>
ICU	: <i>Intensive Care Unit</i>
NPIAP	: <i>National Pressure Injury Advisory Panel</i>
UPUPB	: <i>Universal Pressure Ulcer Prevention Bundle</i>
MDRPI	: <i>Medical Deviced Related Pressure Injury</i>
VCO	: <i>Virgyn Coconut Oil</i>
ETT	: <i>Endotrecheal Tube</i>
NGT	: <i>Nasogastric Tube</i>
SOP	: Standar Operasional Prosedur
EPUAP	: <i>European Pressure Ulcer Advisory Panel</i>
PPPIAP	: <i>Pan Pasific Pressure Injury Advisory Panel</i>
EBP	: <i>Evidenced Based Preactice</i>
APACHE	: <i>Acute Physciology and Chronic Health Evaluation</i>
ABCDE	: <i>Airway, Breathing and ventilation, Circulation, Disability, Environment</i>
HOFA	: <i>Hyper-Oxygenated Fatty Acids</i>

BAB I

LATAR BELAKANG

A. Latar Belakang Masalah

Peningkatan mutu pelayanan kesehatan merupakan suatu langkah ke arah peningkatan kesehatan yang lebih baik. Untuk melakukan penilaian mutu dengan berbagai pendekatan yang ada diperlukan suatu data kinerja yang akurat dan relevan (Imam & Suryani, 2017). Salah satu indikator dalam peningkatan mutu Rumah Sakit menurut Departemen Kesehatan RI (2001) adalah penurunan Angka Pasien dengan Dekubitus (Kamalia, 2022). Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2008), menetapkan standar $\leq 1,5\%$ untuk kejadian dekubitus di rumah sakit.

Prevalensi terjadinya dekubitus yang saat ini juga dikenal dengan luka tekan, masih cukup tinggi. Tren peningkatan angka kejadian luka tekan menurut Studi *Global Burden Disease* (GBD) per 100.000 populasi dari tahun 1990 hingga 2019, tertinggi diamati di Asia Tenggara (64,9%), Amerika Latin Selatan (57,0%), dan Asia Selatan (32,1%) (Zhang, 2021). Di Amerika Serikat hampir 1 juta orang mengalami luka tekan setiap tahun (Lyder et.al., 2012) dengan presentase kejadian 5% sampai 15% dalam lingkup rumah sakit (Mervis & Philips, 2019). Di Indonesia sendiri, berdasarkan studi yang dilakukan di empat Rumah Sakit Umum, didapatkan 91 pasien (8%) dari total 1.132 pasien menderita luka tekan (Amir et.al., 2017).

Di ruang perawatan intensif (ICU), presentasi kejadian luka tekan lebih tinggi dibandingkan ruangan lain di rumah sakit. Kemungkinan terjadinya luka tekan di ruang ICU adalah 3,8 kali lebih besar dibandingkan pasien perawatan non-intensif. Penelitian selama dua tahun di rumah sakit umum di Queensland, Australia, didapatkan kejadian luka tekan pada pasien dengan perawatan ICU adalah 11% dan 3% untuk pasien perawatan non-ICU (Coyer et. al., 2017). Data dari 1.117 ICU yang didapatkan dari 90 negara di dunia, didapatkan kejadian 3.997 kasus luka tekan yang didapatkan di ICU atau 59,2% dari 6.747 kasus luka tekan yang ditemukan (Labeau et al., 2021). Di Indonesia, penelitian di empat rumah sakit umum, didapatkan 91 pasien dengan luka tekan, dimana 17 pasien diantaranya (18,7) dirawat di ruang ICU (Amir et.al., 2017).

Kejadian luka tekan dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas pada pasien serta merugikan rumah sakit. Luka tekan merupakan penyakit umum dan melemahkan yang menghadirkan beban luar biasa pada individu yang terkena, sistem perawatan kesehatan, dan biaya sosial ekonomi (Hajhosseini et.al., 2021). Luka tekan secara signifikan membatasi banyak aspek kesejahteraan individu, termasuk kesehatan umum dan kualitas hidup fisik, sosial, keuangan, dan psikologis (Baranoski & Ayello, 2012). Luka tekan juga meningkatkan biaya perawatan. Perkiraan biaya penanganan luka tekan stadium III dan IV di Amerika Serikat per pasien adalah 70-150 ribu dollar, dan total biaya untuk pengobatan luka tekan diperkirakan 9-11 miliar dollar per tahun (Padula et.al, 2011). Di Australia, total biaya untuk luka tekan di rumah sakit umum Australia

pada tahun 2020 adalah sekitar 9,11 miliar dollar per tahun, di mana biaya perawatannya adalah 3,59 miliar dollar (Nghiem et al., 2022)

Berbagai faktor diketahui turut berperan dalam kejadian luka tekan di ICU. Bahkan untuk beberapa pasien di ICU, perkembangan luka tekan mungkin tidak dapat dihindari karena hipoperfusi, bersama dengan kebutuhan akan vasopresor untuk *shunt* perfusi ke organ vital lainnya (Langemo & Brown, 2006). Pasien juga lebih rentan terhadap luka tekan di ruang ICU karena kondisi pasien yang kompleks dan biasanya tidak bergerak (Hu et. al, 2021). Lamanya waktu perawatan juga menjadi salah satu prediktor, terutama untuk pasien dengan usia yang lebih tua (Eberlein-Gonska, 2013). Faktor lain yang turut berperan yaitu kekurangan berat badan, operasi darurat, skor *Braden Scale* < 19, rawat inap di ICU > 3 hari, komorbiditas (penyakit paru obstruktif kronik, imunodefisiensi), dukungan organ (penggantian ginjal, ventilasi mekanis saat masuk ICU), dan berada dalam ekonomi berpenghasilan rendah atau menengah ke bawah (Labeau et al., 2021).

Perawat memegang peranan penting dalam pencegahan luka tekan. Untuk mencegah luka tekan pada pasien ICU, perawat harus sepenuhnya menyadari faktor risiko yang dapat mengakibatkan terjadinya luka tekan dan menggunakan pedoman untuk mencegah dan mengobati luka tekan (Hu et. al, 2021). Standar perawatan yang optimal, peningkatan kesadaran, alokasi sumber daya yang tepat, dan penelitian lebih lanjut tentang pencegahan yang optimal sangat diperlukan untuk mengatasi ancaman keselamatan pasien yang penting ini (Labeau et al., 2021). Diperlukan perhatian dari institusi kesehatan terhadap

kejadian luka tekan secara global dan mendukung kebutuhan untuk mendedikasikan sumber daya untuk pencegahan dan perawatan pada luka tekan (Li et. al, 2020).

Berbagai penelitian dilakukan untuk mengetahui implementasi yang tepat dalam mencegah luka tekan. *National Pressure Injury Advisory Panel* (NPIAP) merumuskan lima poin utama dalam hal pencegahan luka, yaitu pengkajian terhadap pasien beresiko, perawatan kulit, nutrisi, reposisi dan mobilisasi serta edukasi terhadap pasien dan keluarga (NPIAP, 2020). Implementasi *Universal Pressure Ulcer Prevention Bundle* (UPUPB) juga efektif menurunkan kejadian luka tekan (Anderson et al., 2015). Lima poin dari UPUPB tersebut, yaitu pemberian emolient pada kulit dua kali sehari, pengkajian *head to toe*, kedua tumit tidak bersentuhan dengan permukaan tempat tidur, identifikasi dini sumber tekanan dan kebutuhan tempat tidur khusus, serta reposisi pasien dan perangkat medis yang terpasang.

Meski demikian, perawat merasakan berbagai kendala dalam implementasi pencegahan luka tekan. Penelitian cross sectional selama 10 bulan oleh Berrihe et al. (2020) menunjukkan hasil 82,2% responden memiliki praktik pencegahan luka tekan yang buruk. Beban kerja yang berat, pelatihan yang tidak memadai, dan kurangnya pedoman universal dan kekurangan sumber daya merupakan beberapa faktor yang teridentifikasi sebagai hambatan utama perawat dalam mencegah luka tekan (Etafa et al., 2018). Adanya hambatan tersebut (kurangnya waktu dan staf, pelatihan, sumber daya, dan pedoman) dapat

mencegah sikap positif perawat dalam implementasi pencegahan luka tekan (Moore & Price, 2004).

Hambatan dalam pencegahan luka tekan juga dirasakan perawat di ICU. Kondisi pasien yang tidak kooperatif, sakit parah ataupun gangguan hemodinamik pada pasien merupakan hambatan utama yang dirasakan perawat ICU. Di samping itu kurangnya tenaga, waktu ataupun sumber daya juga menjadi hambatan dalam praktik pencegahan luka tekan (Mirwanti et al., 2017)

Faktor internal dari diri seorang perawat juga turut mempengaruhi praktik pencegahan luka tekan. Sikap perawat yang positif terhadap pencegahan luka tekan akan memberikan dampak implementasi pencegahan luka tekan yang adekuat (Beeckman et al., 2011). Keyakinan tentang kemampuan diri sendiri menjadi faktor pendukung dalam melakukan implementasi pencegahan luka tekan (Lavallée et al., 2018). Di samping itu, keyakinan tentang adanya konsekuensi dan peran professional sebagai seorang perawat juga menguatkan perawat dalam melakukan implementasi tersebut.

Faktor internal lainnya yang turut mempengaruhi implementasi pencegahan luka tekan adalah pengalaman perawat. Pengalaman merupakan salah satu sumber masalah penelitian keperawatan (Danim, 2003). Banyak masalah yang diselidiki dalam bidang keperawatan diperoleh dari pengalaman harian perawat, baik pengalaman pribadi maupun pengalaman dalam menjalankan praktik kerja keperawatan. Tubaishat, et al. (2013) menyimpulkan bahwa perawat dengan pengalaman kerja yang lebih lama menunjukkan sikap yang lebih positif terhadap implementasi pencegahan luka tekan. Namun hal ini tidak didukung

dengan penelitian yang dilakukan oleh Moore & Price (2004), dimana didapatkan tingkat pendidikan dan pengalaman kerja klinis tidak memberikan efek yang signifikan terhadap sikap perawat dalam implementasi pencegahan luka tekan

Berbagai penelitian terkait faktor yang mempengaruhi perawat dalam melakukan implementasi pencegahan terjadinya luka tekan telah dilakukan sebelumnya, baik faktor internal maupun faktor eksternal. Namun belum ditemukan penelitian yang menggali pengalaman perawat dalam hal implementasi pencegahan luka tekan. Berdasarkan pendapat dan fenomena di atas, peneliti merasa tertarik untuk melakukan penelitian kualitatif agar diperoleh pemahaman secara holistik terkait pengalaman perawat dalam implementasi pencegahan luka tekan di ruang ICU. Adapun lokasi penelitian yang direncanakan adalah ruang ICU RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo sebagai rumah sakit pusat rujukan di kawasan Indonesia Timur. Berdasarkan pengambilan data awal di rumah sakit tersebut, didapatkan rata-rata kejadian luka tekan tahun 2021 sebesar 0,46% dan terjadi peningkatan melampaui standar yang ditetapkan sampai pertengahan 2022 yaitu sebesar 5,37%.

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu sumber pembelajaran (*leson learn*) terhadap rekan perawat dan sejawat terkait luka tekan di ICU. Penelitian ini dapat memberikan gambaran bagaimana pengalaman perawat dalam melakukan implementasi luka tekan selama ini, terutama hambatan yang dirasakan serta dukungan yang diharapkan. Hal ini dapat menjadi acuan pihak terkait dalam mendukung penurunan insiden kejadian luka tekan di ICU.

B. Rumusan Masalah

Insiden terjadinya luka tekan menjadi salah satu indikator peningkatan mutu pelayanan rumah sakit. Luka tekan masih merupakan penyakit umum dan melemahkan yang menghadirkan beban luar biasa pada sistem perawatan kesehatan. Luka tekan secara signifikan membatasi banyak aspek kesejahteraan individu, termasuk kesehatan umum dan kualitas hidup fisik, sosial, keuangan, dan psikologis.

Prevalensi luka tekan di rumah sakit terutama ditemukan di unit perawatan jangka panjang dan unit perawatan intensif. Luka tekan yang didapat di ICU berhubungan dengan faktor intrinsik dan kematian. Di ruang ICU, pasien lebih rentan terhadap luka tekan karena kondisi pasien yang kompleks yang biasanya tidak bergerak. Oleh karena itu, untuk mencegah luka tekan pada pasien ICU, perawat harus sepenuhnya menyadari faktor risiko luka tekan selama penilaian pasien dan menggunakan pedoman untuk mencegah dan mengobati luka tekan

Perawat memainkan peran kunci dalam pencegahan luka tekan. Perawat dapat melakukan pencegahan luka tekan sesuai panduan yang ada. Namun dalam melakukan implementasi pencegahan luka tekan, perawat terkadang dihadapkan dengan berbagai kendala, sehingga proses implementasi tidak sesuai rencana yang dibuat.

Pencegahan luka tekan juga dipengaruhi oleh faktor internal dari dalam diri perawat. Sikap perawat yang positif, keyakinan akan kemampuan diri serta konsekuensi dari peran sosial turut mempengaruhi perawat dalam implementasi

pencegahan luka tekan. Pengalaman perawat dapat meningkatkan sikap positif perawat dalam melakukan implementasi pencegahan luka tekan

Berdasarkan rumusan masalah di atas, peneliti merumuskan pertanyaan penelitian, yaitu “pengalaman perawat dalam implementasi pencegahan luka tekan di ruang ICU”

C. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dari penelitian adalah tereksplorasinya lebih dalam terkait implementasi pencegahan luka tekan oleh perawat di ruang ICU.

D. Pernyataan Originalitas

Berbagai penelitian serupa telah dilakukan sebelumnya (Lampiran 1) Beberapa diantaranya terkait pencegahan dan manajemen praktis luka tekan, hambatan dan fasilitator perawat dalam pencegahan luka tekan. Kedua penelitian tersebut dilakukan secara mendalam dengan pendekatan kualitatif. Namun kedua penelitian kualitatif di atas tidak dilakukan di ICU, untuk itu peneliti ingin melakukan penelitian terkait yang dilakukan di ICU, sebagai tempat dengan resiko kejadian luka tekan yang tinggi. Penelitian serupa yang dilakukan di ICU terkait intensi dan hambatan perawat dalam pencegahan luka tekan juga pernah dilakukan di Indonesia. Namun kedua penelitian tersebut dilakukan secara kuantitatif, sehingga peneliti ingin meneliti secara mendalam melalui pendekatan kualitatif untuk mengesplor lebih dalam terkait pencegahan luka tekan di ICU.

Penelitian yang pernah dilakukan di Singapura (Teo et al., 2019), terkait penelitian kualitatif terhadap 24 perawat dari berbagai tingkatan, termasuk staff, perawat klinik, perawat luka, instruktur klinik, serta perawat pendidik

merumuskan bahwa pencegahan dan manajemen umumnya difasilitasi melalui eskalasi perawatan yang tepat waktu, komunikasi yang efektif, dukungan dari perawat luka, dan perlunya menjembatani kesenjangan pengetahuan dan praktik.

Penelitian kualitatif untuk mengetahui faktor penghambat dan pendukung terjadinya luka tekan di panti jompo juga dilakukan Lavallée et al. (2018) di Inggris. Penelitian dilakukan terhadap 25 perawat dari panti jompodan *National Health Service community services*. Penelitian menghasilkan adanya empat domain "penghalang" dalam pencegahan luka tekan yaitu pengetahuan, keterampilan fisik, pengaruh sosial dan konteks dan sumber daya lingkungan serta enam domain pendukung yaitu keterampilan interpersonal, konteks dan sumber daya lingkungan, pengaruh sosial, keyakinan tentang kemampuan, keyakinan tentang konsekuensi dan peran sosial/profesional. dan identitas.

Di Indonesia, penelitian serupa dilakukan secara kuantitatif (Mirwanti et al., 2015). Penelitian secara *cross sectional* terhadap 70 perawat di ruang perawatan intensif, mengemukakan bahwa intensi perawat dalam melakukan pencegahan luka tekan di ruang perawatan intensif berdasarkan teori *planned of behaviour*, dipengaruhi oleh sikap, norma subjektif dan pengendalian perilaku.

Penelitian terkait lainnya juga dilakukan secara kuantitatif (Mirwanti et al., 2017). Penelitian ini membahas tentang hambatan yang dirasakan perawat dalam melaksanakan pencegahan luka tekan di ruang perawatan intensif. Penelitian *cross sectional* terhadap 70 orang perawat menghasilkan kesimpulan bahwa sebagian besar perawat merasakan adanya hambatan dalam melaksanakan pencegahan luka di ruang perawatan intensif dimana kondisi pasien yang tidak

kooperatif/ sakit parah/ hemodinamik tidak stabil merupakan hambatan yang paling dirasakan oleh perawat

Peneliti belum menemukan penelitian kualitatif terkait bagaimana pengalaman perawat terkait implementasi pencegahan luka tekan yang dilakukan di ruang ICU, yang mana merupakan tempat resiko tinggi terjadinya luka tekan. Untuk itulah peneliti merasa perlu melakukan penelitian tentang bagaimana pengalaman perawat dalam implementasi pencegahan luka tekan di ruang ICU.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Luka Tekan

1. Defenisi

Luka tekan adalah jenis cedera yang merusak kulit dan jaringan di bawahnya ketika area kulit ditempatkan di bawah tekanan konstan untuk jangka waktu tertentu yang menyebabkan iskemia jaringan, penghentian suplai nutrisi dan oksigen ke jaringan dan akhirnya nekrosis jaringan (Gebhardt, 2002)

Luka tekan adalah kerusakan ataupun kematian pada kulit atau sampai jaringan dibawahnya, bahkan dapat menembus otot atau mengenai tulang karena adanya penekanan secara terus menerus pada suatu area tertentu sehingga terjadi gangguan sirkulasi darah pada area tersebut (Maryunani, 2013)

National Pressure Injury Advisory Panel (2016) mendefenisikan ulang luka tekan sebagai kerusakan lokal pada kulit dan jaringan lunak di bawahnya, terutama area penonjolan tulang atau dikaitkan dengan perangkat medis. Luka tekan dapat muncul sebagai kulit yang utuh atau mungkin ulkus terbuka yang dapat menimbulkan nyeri. Hal ini dapat terjadi akibat penekanan yang berkepanjangan atau kombinasi dengan pergeseran. Toleransi jaringan lunak terhadap tekanan dan geseran juga dapat dipengaruhi

oleh *microclimate*, nutrisi, perfusi, *co-morbidities*, dan kondisi jaringan lunak. (Edsberg, et.al., 2016)

2. Faktor Predisposisi

Ada banyak faktor yang dapat berkontribusi pada perkembangan luka tekan, namun yang paling utama berperan dalam pembentukan luka adalah iskemia jaringan. Jaringan mampu mempertahankan tekanan pada sisi arteri sekitar 30-32 mmhg hanya untuk waktu yang singkat. Tetapi ketika tekanan meningkat bahkan sedikit di atas tekanan pengisian kapiler ini, hal ini dapat menyebabkan oklusi mikrosirkulasi dan pada akhirnya terjadi iskemia, kematian jaringan dan ulserasi (Bhattacharya & Mishra, 2015)

Pembentukan luka tekan dapat disebabkan faktor intrinsik dan ekstrinsik. Faktor intrinsik (perubahan internal tubuh), seperti demam, gangguan metabolik, penyakit kardiovaskuler, defisit neurologi, termasuk proses degeneratif dapat bermanifestasi pada perubahan biofisiologis dan biokimiawi kulit. Sementara faktor ekstrinsik (perubahan lingkungan eksternal), seperti perubahan suhu ruangan, kenaikan kelembaban kamar, serta *air flow* tentunya akan mempengaruhi fisiologi kulit. Berikut hal-hal yang dapat mempengaruhi penyebab luka tekan (Maryunani, 2013):

a. Faktor intrinsik

1) Usia

Pasien dengan lanjut usia, dapat dengan mudah mengalami luka tekan, hal ini diakibatkan berkurangnya jaringan subkutan sehingga menurunkan resistensi kulit terhadap tekanan eksternal sehingga

dapat meningkatkan tekanan. Di samping itu, pada usia lanjut terjadi penurunan fungsi di semua organ termasuk pada system integument.

2) Kondisi kulit

Kulit dapat berfungsi sebagai pelindung, sensori atau sensasi dan termoregulasi. Berkurangnya kemampuan kulit dalam melaksanakan fungsi termoregulasi dapat menyebabkan peningkatan kelembaban kulit.

3) Perfusi jaringan tubuh

Hal ini dipengaruhi oleh kekuatan pada pembuluh darah, suplai darah dan oksigenasi.

4) Temperatur tubuh

Peningkatan temperatur pada tubuh dapat mempengaruhi temperature jaringan yang meningkatkan resiko terhadap iskemik. Iskemik yang terjadi pada jaringan menurunkan toleransi terhadap gaya gesekan dan pergeseran sehingga dapat terjadi kerusakan kulit.

5) Nutrisi

Kehidupan sel-sel jaringan tubuh sangat dipengaruhi keseimbangan nutrisi baik makronutrisi ataupun mikronutrisi. Ketidakseimbangan nutrisi dapat terjadi akibat malnutrisi, dehidrasi atau gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit dapat berkontribusi dalam terjadinya luka tekan. Hal ini dikarenakan berkurangnya lapisan pelindung adipose dan otot antara tulang yang menonjol dan permukaan yang kontak dengan kulit.

6) Mobilitas

Imobilisasi merupakan penyebab utama tekanan pada area tubuh tertentu yang menyebabkan terjadinya penyumbatan pembuluh darah dan luka. Imobilisasi dapat terjadi akibat disfungsi neurologis, fisik atau kognitif. Tekanan yang menetap sekitar 32 mmHg akibat imobilisasi dapat mengganggu aliran darah pada area yang tertekan, menurunkan pengembalian darah (*venous return*) dan edema pada vena yang mengganggu oksigenasi kulit

7) Obesitas

Vaskularisasi yang buruk pada jaringan adipose akibat obesitas dapat mengganggu mobilitas dan penyembuhan luka

b. Faktor ekstrinsik

1) Tekanan

Tekanan dalam waktu yang lama pada satu area tubuh tertentu dapat menyebabkan iskemik jaringan. Kecepatan terjadinya iskemik dapat dipengaruhi oleh intensitas tekanan, lama tekanan serta toleransi tekanan.

2) Pergesekan (*friction*)

Pergesekan dapat terjadi saat mobilisasi pasien ataupun pada saat melakukan *hygiene* pada pasien

3) Pergeseran (*shear*)

Posisi pasien yang semi fowler dapat terjadi pergeseran dan tubuh pasien bergesekan dengan permukaan tempat tidur, kursi maupun pakaian pasien.

4) Kelembaban

Peningkatan kelembaban kulit pada pasien dapat diakibatkan inkontinensia urin dan feses, drain luka, peningkatan jumlah keringat ataupun saliva. Peningkatan kelembaban dapat berpotensi terjadinya maserasi, kemudian dengan adanya gesekan dan atau pergeseran dapat memudahkan kulit mengalami kerusakan

5) Sebab-sebab lain

- a) Kebersihan tempat tidur, alat tenun yang kusut atau kotor
- b) Peralatan medis yang menyebabkan pasien terfiksasi pada posisi tertentu
- c) Duduk yang buruk, posisi yang tidak tepat, ataupun perubahan posisi yang kurang

Sementara itu, pada perawatan intensif, diketahui faktor-faktor berikut turut berperan dalam perkembangan luka tekan, diantaranya usia, mobilitas / aktivitas, perfusi, dan infus vasopresor (Alderden et al., 2017)

- a. Usia
- b. Mobilitas/aktivitas
- c. Perfusi
- d. Infus vasopressor

3. Patofisiologi

Luka tekan terjadi akibat adanya tekanan antara penonjolan tulang dan permukaan luar yang melebihi tekanan kapiler yaitu sebesar 32 mmHg yang dapat menyebabkan iskemi. Kulit, jaringan lunak dan otot mendapat tekanan berat badan penderita melebihi tekanan *capillary filling* dalam waktu lama yang biasanya diakibatkan oleh immobilisasi, menyebabkan terjadinya oklusi pada mikrosirkulasi, iskemia, peradangan dan anoksia jaringan, sehingga menyebabkan nekrosis pada jaringan. Keadaan diperberat oleh adanya *friction* (gesekan) dan *shear force* (gesek tekan) pada daerah tersebut. Beberapa hal penting yang berperan dalam terjadinya luka tekan dihubungkan dengan tekanan dan waktu. Cedera jaringan lunak dapat terjadi dalam waktu 2 jam pada tekanan 500 mmHg, sementara pada tekanan 100 mmHg terjadinya cedera memerlukan waktu 10 jam. Selain itu jenis jaringan lunak juga menentukan ketahanan terhadap penekanan otot, misalnya, lebih rentan terhadap cedera dibandingkan kulit. Hasil akhir proses ini dapat kita lihat bahwa nekrosis pada kulit biasanya lebih kecil dibandingkan area nekrosis dekat tulang, yang tampak seperti corong terbalik. Hal ini menyebabkan fenomena “gunung es”, dimana bagian yang mengalami kerusakan yang paling luas terletak di bagian dalam, yang lebih dekat dengan tulang. Ulkus tekanan terjadi pada tempat dengan tulang menonjol yang menekan kulit dan jaringan dibawahnya. (Maryunani, 2013):

Adapun proses tersebut digambarkan pada gambar berikut:

Luka decubitus merupakan dampak dari tekanan yang terlalu lama pada permukaan tulang yang menonjol



Terjadi peningkatan tekanan arteri kapiler pada kulit sehingga pembuluh darah pada kulit menjadi kolaps



Menghalangi oksigenasi dan nutrisi ke jaringan dan area yang tertekan, menyebabkan terhambatnya aliran darah



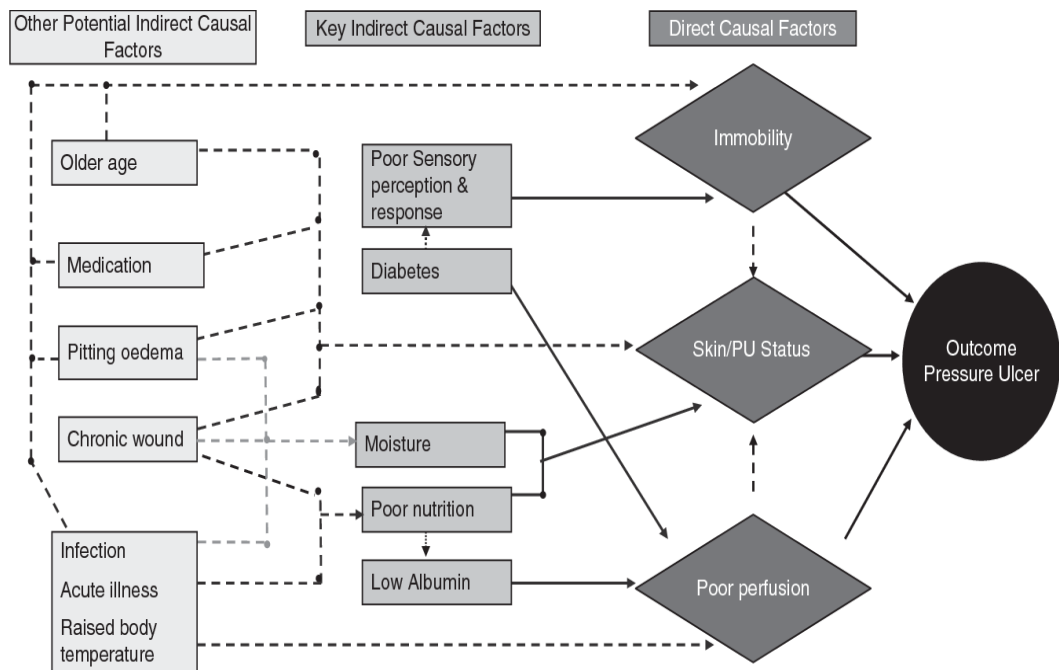
Jaringan setempat mengalami iskemik



Nekrosis

Gambar 2.1. Bagan patofisiologi terjadinya luka tekan (Maryunani., 2014)

Sementara itu, Coleman et al. (2014), merumuskan skema teoritis jalur kausal yang diusulkan untuk pengembangan luka tekan sebagai berikut:



Gambar 2.2. *conceptual framework* luka tekan (Coleman et al., 2014)

- > : hubungan kausal antara faktor penyebab tidak langsung utama dan faktor penyebab langsung dan hasilnya
- > : hubungan sebab akibat antara faktor penyebab tidak langsung potensial lainnya dan faktor penyebab tidak langsung utama dan antara faktor penyebab langsung

Terdapat tiga faktor yang berperan dalam pengembangan luka tekan pada gambar 2.2, yaitu (Coleman et al., 2014):

a. Faktor penyebab langsung

Terdapat tiga faktor yang diklasifikasikan sebagai faktor penyebab langsung terjadinya luka tekan , yaitu imobilitas, status kulit (luka tekan yang ada dan sebelumnya atau status kulit umum) dan perfusi. Imobilitas merupakan kondisi utama dalam pengembangan luka

tekan melalui pengaruhnya pada kondisi batas mekanis tubuh. Yang perlu diperhatikan adalah bahwa gesekan dan geser tidak ditentukan sebagai karakteristik pasien, melainkan karakteristik dari kondisi batas mekanis tubuh.

Terdapat bukti epidemiologis/ilmiah yang lebih luas bahwa perfusi yang buruk dan status kulit/luka tekan mengurangi toleransi pasien terhadap tekanan dan meningkatkan kemungkinan terjadinya luka tekan. Hal ini menunjukkan bahwa keduanya merupakan faktor penyebab langsung dan dapat menjelaskan mengapa pada beberapa pasien yang tidak bergerak dapat terjadi luka tekan sementara yang lain tidak.

b. Faktor penyebab tidak langsung utama

Kelembaban, persepsi sensorik, diabetes, albumin rendah dan gizi buruk dianggap sebagai faktor penyebab tidak langsung utama, karena berdampak pada hasil (atau mempengaruhi kemungkinan terjadinya) dengan mengubah faktor penyebab langsung).

c. Faktor penyebab tidak langsung lainnya

Faktor penyebab tidak langsung lainnya termasuk faktor-faktor dengan bukti epidemiologis/ilmiah yang lebih lemah atau terbatas, tetapi diperkirakan berdampak pada faktor penyebab utama tidak langsung dan langsung. Termasuk diantaranya usia, pengobatan, pitting edema dan faktor lain yang berkaitan dengan status kesehatan umum termasuk infeksi, penyakit akut, peningkatan suhu tubuh dan luka kronis.

4. Stadium Luka Tekan

National pressure Injury Advisory Panel (2020), membagi stadium luka tekan sebagai berikut (Edsberg, et.al., 2016):

a. Stadium 1 luka tekan

Kulit yang utuh dengan adanya gambaran terlokalisir *non-blanchable erythema*, dimana pada kulit yang berpigmen gelap digambarkan sebagai warna kulit yang berbeda dibandingkan dengan area sekitarnya. Adanya *blanchable erythema*, perubahan sensasi, suhu dan kekencangan pada kulit dapat mendahului perubahan visual. Perubahan warna ini tidak termasuk perubahan ke warna ungu atau merah maroon, hal ini mungkin menunjukkan cedera tekanan pada jaringan yang lebih dalam.



Gambar 2.3 Luka tekan stadium 1 pada kulit berpigmen terang dan berpigmen gelap

Sumber : National pressure Injury Advisory Panel (2020) (dikutip dari <http://www.npiap.com>)

b. Stadium 2 luka tekan

Hilangnya sebagian lapisan kulit dengan dermis yang nampak terbuka. Dasar luka dapat berwarna merah muda atau merah, lembab, dan juga dapat muncul sebagai lepuh berisi serum yang utuh atau pecah.

Adiposa (lemak) tidak terlihat dan lebih dalam jaringan tidak terlihat. Jaringan granulasi, slough dan eschar tidak ada. Cedera ini umumnya hasil dari iklim mikro yang merugikan dan pergeseran di kulit di atas panggul dan pergeseran di tumit. Tahap ini tidak dapat digunakan untuk menggambarkan kerusakan kulit terkait kelembaban termasuk: dermatitis terkait inkontinensia, dermatitis intertriginosa, perekat medis terkait cedera kulit, atau luka traumatik (robekan kulit, luka bakar, lecet).



Gambar 2.4 Luka tekan stadium 2 pada kulit berpigmen terang dan berpigmen gelap

Sumber : National pressure Injury Advisory Panel (2020) (dikutip dari <http://www.npiap.com>)

c. Stadium 3 luka tekan

Hilangnya seluruh ketebalan kulit, di mana adiposa (lemak) terlihat di ulkus dan jaringan granulasi dan epibole (tepi luka tergulung) sering ada. Slough dan/atau eschar mungkin terlihat. Kedalaman kerusakan jaringan bervariasi menurut lokasi anatomis; area adipositas yang signifikan dapat berkembang lebih dalam luka. Pelemahan dan tunneling dapat terjadi. Fasia, otot, tendon, ligamen, tulang rawan dan/atau tulang tidak terbuka. Jika slough atau eschar mengaburkan tingkat kehilangan jaringan, maka digolongkan luka tekan *unstageable*



Gambar 2.5 Luka tekan stadium 3 pada kulit berpigmen terang dan berpigmen gelap

Sumber : National pressure Injury Advisory Panel (2020) (dikutip dari <http://www.npiap.com>)

d. Stadium 4 luka tekan

Hilangnya seluruh ketebalan kulit dan jaringan dengan fascia, otot, tendon, atau otot yang terbuka atau teraba langsung. ligamen, kartilago atau tulang pada ulkus. Slough dan/atau eschar mungkin terlihat. Epibole (tepi digulung), undermining dan/atau tunneling sering terjadi. Kedalaman bervariasi menurut lokasi anatomis. Jika slough atau eschar mengaburkan tingkat kehilangan jaringan, maka digolongkan luka tekan *unstageable*



Gambar 2.6 Luka tekan stadium 4 pada kulit berpigmen terang dan berpigmen gelap

Sumber : National pressure Injury Advisory Panel (2020) (dikutip dari <http://www.npiap.com>)

e. *Unstageable* luka tekan

Hilangnya seluruh jaringan kulit dan jaringan di mana tingkat kerusakan jaringan di dalam ulkus tidak dapat dikonfirmasi karena dikaburkan oleh slough atau eschar. Jika slough atau eschar dihilangkan, maka akan diketahui luka masuk stadium 3 atau stadium 4. Eschar yang stabil (yaitu kering, melekat, utuh tanpa eritema atau fluktuasi) pada tumit atau ekstremitas iskemik tidak boleh dilunakkan atau dilepas



Gambar 2.7 Luka tekan *unstageable* pada kulit berpigmen terang dan berpigmen gelap

Sumber : National pressure Injury Advisory Panel (2020) (dikutip dari <http://www.npiap.com>)

f. Luka tekan jaringan dalam

Kulit utuh atau tidak utuh dengan area terlokalisir berwarna merah tua, merah marun, ungu yang persisten dan tidak terjadi perubahan warna yang memucat atau pemisahan epidermal memperlihatkan dasar luka yang gelap atau lepuh berisi darah. Rasa nyeri dan perubahan suhu sering mendahului perubahan warna kulit. Perubahan warna mungkin tampak berbeda dalam gelap kulit berpigmen gelap. Cedera ini diakibatkan oleh tekanan dan gaya geser yang kuat dan/atau

berkepanjangan pada antarmuka tulang-otot. Luka dapat berkembang dengan cepat untuk mengungkapkan tingkat cedera jaringan yang sebenarnya, atau dapat sembuh tanpa kehilangan jaringan. Jika jaringan nekrotik, jaringan subkutan, jaringan granulasi, fascia, otot atau struktur lain yang mendasarinya terlihat, ini menunjukkan cedera tekanan ketebalan penuh (tidak dapat ditentukan stadium 3 ataupun stadium 4). Pengklasifikasian ini tidak dapat digunakan untuk menggambarkan vaskular, traumatis, neuropatik, atau kondisi dermatologis.



Gambar 2.8 Luka tekan jaringan dalam pada kulit berpigmen terang dan berpigmen gelap

Sumber : National pressure Injury Advisory Panel (2020) (dikutip dari <http://www.npiap.com>)

g. Definisi luka tekan tambahan

1) Luka tekan terkait perangkat medis

Luka tekan terkait perangkat medis (*medical device related pressure injury*, MDRPI) dihasilkan dari penggunaan perangkat yang dirancang dan diterapkan untuk tujuan diagnostik atau terapeutik. Luka yang dihasilkan umumnya sesuai dengan pola atau bentuk perangkat. Luka harus diklasifikasikan berdasarkan pembagian stadium di atas

2) Luka tekan membran mukosa

Luka tekan membran mukosa ditemukan pada mukosa membran dengan riwayat perangkat medis yang digunakan di lokasi cedera. Karena anatomi dari jaringan luka ini tidak dapat diklasifikasikan

B. Penatalaksanaan Pencegahan Luka Tekan

National Pressure Injury Advisory Panel (2020) merumuskan 5 poin penting dalam pencegahan luka tekan, yaitu:

1. Pengkajian faktor resiko

- a. Pertimbangkan individu yang mengalami tirah baring lama dan menggunakan kursi roda sebagai individu yang beresiko mengalami luka tekan.
- b. Gunakan pengkajian dengan penilaian yang terstruktur, seperti Skala Braden, untuk mengidentifikasi pasien yang beresiko mengalami luka tekan.
- c. Perbaiki pengkajian yang dilakukan penilaian dengan mempertimbangkan faktor resiko tambahan berikut :
 - 1) Keadaan kulit yang rapuh.
 - 2) Adanya luka tekan dalam stadium apapun, termasuk luka tekan yang telah sembuh dan tertutup.
 - 3) Adanya penurunan aliran darah ke ekstermitas yang dapat diakibatkan oleh penyakit vaskular, diabetes atau merokok.
 - 4) Rasa nyeri yang timbul pada area tubuh yang mengalami tekanan

- d. Ulangi pengkajian secara berkala dan setiap perubahan kondisi yang terjadi. Sebagai pertimbangan, pengkajian secara rutin dilakukan berdasarkan kondisi berikut:
 - 1) Setiap pergantian shift pada perawatan akut
 - 2) Setiap pekan pada perawatan jangka panjang
 - 3) Setiap kali kunjungan pada perawatan di rumah
- e. Kembangkan rencana keperawatan pada area resiko terjadinya luka tekan, seperti imobilisasi, reposisi, ataupun malnutrisi, bukan berdasarkan skor total pada pengkajian resiko.

2. Perawatan Kulit

- a. Lakukan pemeriksaan semua area kulit sesegera mungkin saat pasien masuk (kurang dari 8 jam).
- b. Lakukan pemeriksaan kulit setidaknya setiap hari untuk memeriksa adanya tanda-tanda terjadinya luka tekan, terutama *nonblanchable erythema*
- c. Lakukan pengkajian pada titik lokasi yang sering tertekan, seperti sakrum, coccygea, tumit, siku, ishium, trochanter dan area di bawah peralatan medis.
- d. Pada saat melakukan pengkajian pada kulit berpigmen gelap, lakukan pemeriksaan terhadap perubahan elastisitas kulit, suhu, konsistensi jaringan dan lakukan perbandingan dengan kulit sekitar yang berdekatan. Meningkatkan kelembaban kulit dapat membantu mengenali adanya perubahan warna.

- e. Bersihkan kulit sesegera mungkin setelah terjadi inkontinensia.
- f. Gunakan sabun pembersih dengan pH yang seimbang dengan kulit.
- g. Pada kulit yang kering, gunakan pelembab kulit setiap hari
- h. Hindari posisi pasien pada area yang terjadi erytema atau luka tekan.

3. Nutrisi

- a. Pertimbangkan pasien yang dirawat di rumah sakit sebagai pasien beresiko mengalami gangguan dan kekurangan nutrisi sebagai akibat penyakit yang dialami.
- b. Gunakan skrining gizi yang valid dan handal untuk menentukan resiko malnutrisi, seperti *Mini Nutritional Assessment*.
- c. Semua pasien yang beresiko mengalami luka tekan akibat kekurangan gizi, dirujuk ke dietisien atau nutrisisionis
- d. Mendampingi pasien pada waktu makan untuk meningkatkan asupan oral.
- e. Semua pasien yang beresiko mengalami luka tekan untuk dianjurkan meningkatkan konsumsi cairan dan diet yang seimbang.
- f. Lakukan penilaian terhadap perubahan berat badan secara rutin.
- g. Lakukan penilaian terhadap keadekuatan asupan oral, enteral, dan parenteral.
- h. Tambahkan suplemen nutrisi oral tambahan di antara waktu makan, kecuali ada kontraindikasi.

4. Mobilisasi dan Reposisi

- a. Reposisi dan balikkan semua pasien yang beresiko mengalami luka tekan, terkecuali jika terjadi kontraindikasi dengan kondisi atau perawatan medis
- b. Frekuensi reposisi, disesuaikan dengan permukaan tempat tidur yang digunakan, toleransi kulit terhadap tekanan dan keinginan pasien
- c. Pertimbangkan perpanjangan waktu reposisi pada malam hari untuk menghindari gangguan tidur pada pasien
- d. Balikkan pasien padaposisi berbaring miring 30 derajat, dan gunakan tangan untuk memastikan sakrum tidak tertekan
- e. Hindari memposisikan pasien pada area yang telah terjadi luka tekan.
- f. Pastikan tumit pasien tidak menyentuh tempat tidur
- g. Dalam memilih permukaan pendukung tempat tidur (kasur), pertimbangkan tingkatan imobilisasi, kemungkinan terjadinya gesekan, kelembaban kulit, perfusi, serta ukuran dan berat badan
- h. Tetap lakukan reposisi pada pasien yang ditempatkan pada permukaan pendukung tempat tidur
- i. Gunakan alas untuk inkontinensia dengan sirkulasi udara yang baik
- j. Gunakan bantalan kursi dengan redistribusi tekanan pada pasien yang duduk di kursi atau kursi roda
- k. Lakukan reposisi tiap jam pada pasien yang duduk di kursi dengan kondisi yang lemah atau imobilisasi.

- l. Pasien yang tidak dapat dipindahkan atau diposisikan dengan elevasi kepala tempat tidur lebih dari 30°, letakkan dressing berbahan *polyurethane foam* pada daerah sakrum
 - m. Gunakan dressing berbahan *polyurethane foam* di bawah tumit, pada pasien dengan resiko luka tekan pada tumit
 - n. Letakkan *foam* tipis atau *dressing* dengan sirkulasi udara yang baik di bawah peralatan medis
5. Edukasi
- a. Berikan edukasi pada pasien dan keluarga tentang risiko terjadinya luka tekan.
 - b. Libatkan pasien dan keluarga pada saat memberikan intervensi terkait pengurangan resiko terjadinya luka tekan..

Penelitian lain terhadap tujuh sistematik review, terkait pencegahan luka tekan, didapatkan kesimpulan berikut (Holte et al., 2016):

1. Suplemen nutrisi yang terdiri dari energi dan protein memberikan sedikit efek atau tidak ada pengurangan perkembangan luka tekan terhadap pasien dengan status gizi buruk
2. Beberapa matras mungkin mengurangi perkembangan luka tekan dibandingkan dengan matras standar yang ada di rumah sakit.
3. Memasang balutan di atas tonjolan tulang dapat mengurangi perkembangan luka tekan
4. Untuk beberapa intervensi terdapat ketidakjelasan terhadap efek yang diberikan. Intervensi ini terdiri dari reposisi, frekuensi reposisi, jenis

permukaan tempa tidur, berbagai *tools* penilaian resiko, agen topikal diterapkan pada tulang menonjol.

C. Hambatan Dalam Pencegahan Luka Tekan

Hambatan dalam pencegahan luka tekan juga dirasakan perawat di ICU. Kondisi pasien yang tidak kooperatif, sakit parah ataupun gangguan hemodinamik pada pasien merupakan hambatan utama yang dirasakan perawat ICU. Di samping itu kurangnya tenaga, waktu ataupun sumber daya juga menjadi hambatan dalam praktik pencegahan luka tekan (Mirwanti et al., 2017)

Beberapa hal yang teridentifikasi sebagai hambatan perawat dalam melakukan pencegahan luka tekan selama ini, yaitu:

1. Tingginya beban kerja

Beban kerja yang berat (Mirshekari et al., 2017) merupakan salah satu hambatan dalam implementasi pencegahan luka tekan. Hal ini juga dapat terjadi karena tuntutan waktu implementasi (Tayyib et al., 2016), kekurangan tenaga perawat (Aydogan & Caliskan, 2019; Aydogan & Caliskan, 2019; Mirwanti et al., 2015)

2. Keterbatasan pengetahuan dan keterampilan

Kurangnya pengetahuan terkait pencegahan luka tekan, dapat menjadi hambatan seseorang dalam melakukan implementasi (Coyer et al.,). Di samping itu, perlu diadakan pelatihan (Mirshekari et al., 2017), serta kurangnya keterampilan (Coyer et al., 2019)

3. Keterbatasan sumber daya

Salah satu upaya dalam pencegahan luka tekan, adalah pemilihan permukaan pendukung (kasur) yang sesuai ataupun penggunaan dressing pada area tulang yang menonjol, seperti tumit (NPIAP, EPUAP, PPPIA, 2019). Kurangnya perangkat pendukung tersebut, dapat menjadi hambatan dalam implementasi pencegahan luka tekan (Strand & Lindgren, 2010). Hambatan lain yang dirasakan juga berupa kurangnya pedoman dan ketersediaan format dokumentasi/intervensi (Aydogan & Caliskan, 2019), serta kurangnya dukungan dari multidisiplin (Tayyib et al.,)

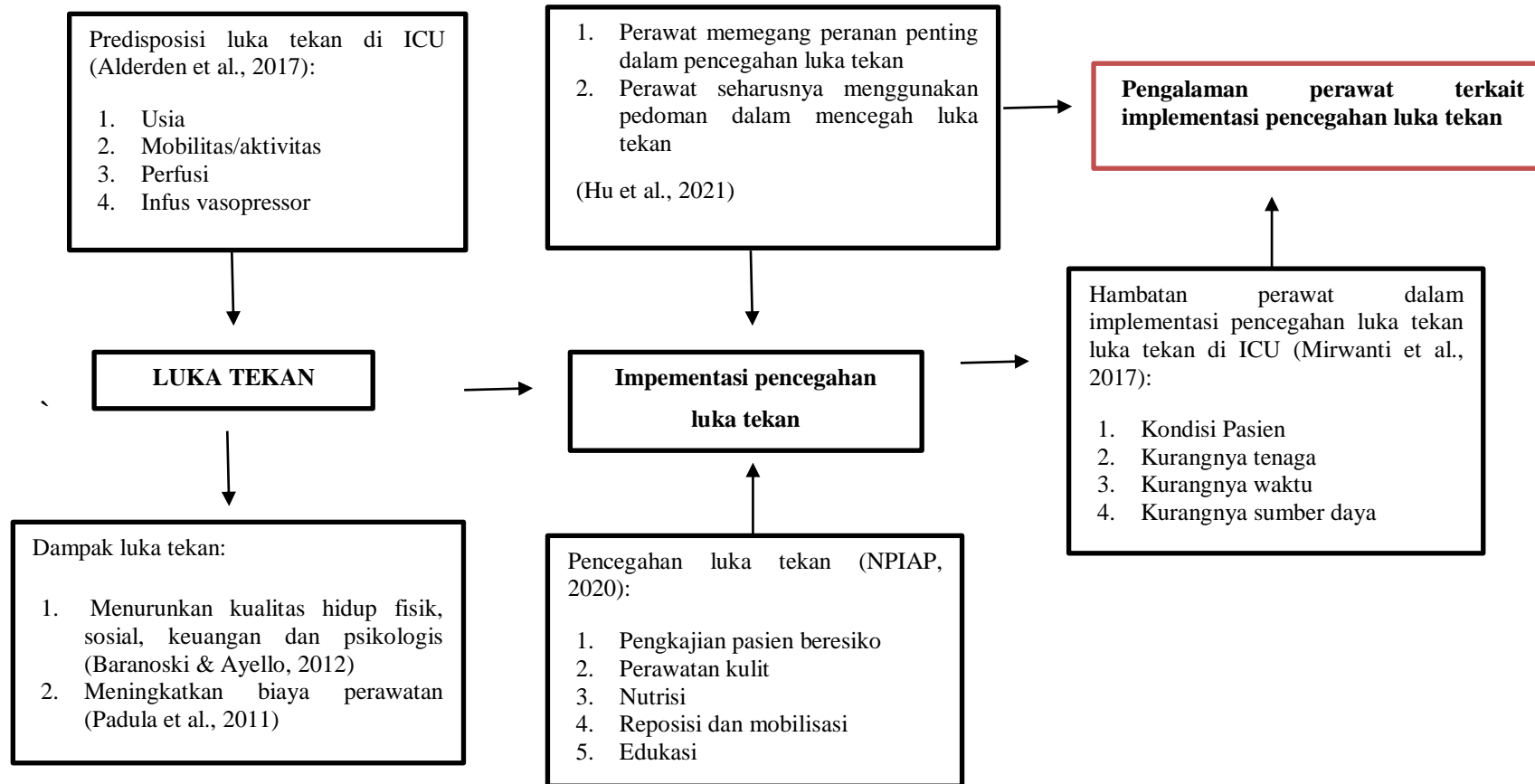
4. Kondisi pasien yang tidak stabil

Pasien dengan penyakit kritis, beresiko tinggi hingga sangat tinggi dalam pengembangan terjadinya luka tekan (Coyer, 2017). Kondisi pasien yang parah dan lemah (Mirwanti et al., 2015) menjadi salah satu hambatan implementasi pencegahan luka tekan di ICU. Selain pasien, keluarga yang tidak kooperatif dengan tindakan yang dilakukan juga dapat menjadi hambatan dalam implementasi pencegahan luka tekan (Mirshekari et al., 2017).

5. Kurangnya prioritas

Salah satu hambatan lain yang dirasakan perawat adalah tidak adanya tantangan yang dirasakan (Mirshekari et al., 2017). Selain itu, beberapa perawat merasakan adanya implementasi yang lebih penting dibanding pencegahan luka tekan (Mirshekari et al., 2017), atau tidak tertarik pada perawatan pasien (Strand & Lindgren, 2010), sehingga pencegahan luka tekan menjadi kurangnya prioritas (Coyer et al., 2019).

D. KERANGKA TEORI PENELITIAN



Gambar 2.9 Kerangka Teori Penelitian