

PERNYATAAN ORSINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Sinta Paembonan (C.1214201047)

Suprianti (C.1214201048)

Menyatakan dengan sungguh-sungguh bahwa skripsi ini merupakan hasil karya kami sendiri, dan bukan merupakan duplikasi ataupun plagiasi (jiblakan) dari hasil penelitian orang lain.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, April 2016

Yang menyatakan

(Sinta Paembonan)

(Suprianti)

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI

**PENGARUH PEMBERIAN TINDAKAN POSISI MIRING 30 DERAJAT
TERHADAP
LUKA TEKAN *GRADE 1 (NON BLANCHABLE ERYTHEMA)*
PADA PASIEN STROKE DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

Diajukan Oleh:

Sinta Paembonan (C.12.14201.047)

Suprianti (C.12.14201.048)

Disetujui Oleh:

Pembimbing

Bagian Akademik

Kemahasiswaan

HALAMAN PENGESAHAN
SKRIPSI
PENGARUH PEMBERIAN TINDAKAN POSISI MIRING 30
DERAJAT TERHADAP LUKA TEKAN *GRADE 1 (NON*
***BLANCHABLE ERYTHEMA)* PADA PASIEN STROKE**
DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

Yang dipersiapkan dan disusun oleh:

Sinta Paembonan
C.12.14201.047

Suprianti
C.12.14201.048

Telah dibimbing dan disetujui oleh:

(Sr.Anita Sampe, JMJ, S.Kep., Ns., MAN)
NIDN:0917107402

Telah Diuji Dan Dipertahankan Di hadapan Dewan Penguji Pada Tanggal
21 April 2016 Dan Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat Untuk Diterima
Susunan Dewan Penguji

Penguji I

Penguji II

(Asrijal Bakri, S.Kep., M.Kes)
NIDN: 0918087701

(Ns.Rosmina Situngkir, S.K.M., S.Kep., M.Kes)
NIDN:0925117501

Makassar, 21 April 2016
Program S1 Keperawatan dan Ners
Ketua STIK Stella Maris Makassar

(Henny Pongantung, S.Kep., Ns., MSN)
NIDN: 0912106501

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI PENELITIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Sinta Paembonan (C.1214201047)

Suprianti (C.1214201048)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih-media/formatkan, merawat dan mempublikasikan skripsi ini untuk kepentingan pengembangan ilmu pengetahuan.

Makassar , 20 April 2016

(Sinta Paembonan)

(Suprianti)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis haturkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas Berkat dan Rahmat-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik. Skripsi dengan judul **“PENGARUH PEMBERIAN TINDAKAN POSISI MIRING 30 DERAJAT TERHADAP LUKA TEKAN GRADE 1 (NON BLANCHABLE ERYTHEMA) PADA PASIEN STROKE DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR”**. Skripsi ini dibuat sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan kuliah program sarjana keperawatan pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.

Penulis menyadari begitu banyak pihak yang membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih yang berlimpah kepada semua pihak yang telah membantu penulis baik secara moral maupun material. Terlebih khusus penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan menyelesaikan pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
2. Sr.Anita Sampe,JMJ,S.Kep.,Ns.,MAN., selaku ketua bidang akademik serta sebagai pembimbing yang penuh kesabaran dan ketekunan dalam meluangkan waktunya untuk memberikan dorongan, perhatian, bimbingan, pengerahan serta saran-saran dalam pembuatan proposal ini.
3. Fransiska Anita,S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.KMB selaku ketua program studi S1 keperawatan STIK Stella Maris Makassar.
4. Ns.Rosmina S. M.Kes dan Ibu Ns. Alfrida.M.Kep selaku penguji yang telah memberikan bimbingan, pengarahan serta kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan skripsi ini.

5. Seluruh dosen pengajar dan staff akademik Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar yang telah memberikan ilmu dan bantuan selama penulis menuntut ilmu di sini.
6. Dr. Thomas Soharto, M.Kes selaku direktur Rumah Sakit dan seluruh staff pegawai Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah memberikan izin bagi penulis untuk melakukan penelitian
7. Teristimewa untuk orang tua kami tercinta, orang tua dari Sinta Paembonan (M.M Paembonan dan Paulina Ambarura) dan orang tua dari Suprianti (Yusuf Tappi dan Suparni), dan kepada sanak saudara dan keluarga besar Sinta Paembonan (Arnol , Andre, Soraya , Almino dan Edwin) dan Suprianti (Jastor, Tri Wahyuni, Novi Kristianto dan Nova Kristiani) yang telah mendampingi dan mendukung kami baik itu lewat doa, perhatian, bimbingan, cinta kasih serta dukungan material.
8. Sahabat-sahabat terdekat dari Sinta Paembonan (Ivan, Elvira, Nurul, Natalia Pakombong, Natalia Rerung, Tina, dan Melisa) dan Suprianti (Aldrin Djafar dan Atto Salipadang) yang telah memberikan motivasi mulai dari awal hingga penyelesaian skripsi dan telah membantu dalam proses penelitian.
9. Seluruh rekan-rekan program S1 keperawatan angkatan 2012, terima kasih atas kekompakan, bantuan, persahabatan, dukungan, semangat, saran, kritik, serta kerjasama selama mengikuti pendidikan sampai penyelesaian skripsi ini. Sukses untuk kita semua.
10. Rekan-rekan dan berbagai pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang telah membantu penulis dalam penyelesaian skripsi ini. Semoga Tuhan Yang Maha Kuasa membalas jasa-jasa yang telah diberikan kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.

Akhir kata, semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan menjadi sumber inspirasi bagi penelitian selanjutnya.

Makassar, April 2016

Penulis

ABSTRAK

PENGARUH PEMBERIAN TINDAKAN POSISI MIRING 30 DERAJAT TERHADAP LUKA TEKAN *GRADE 1 (NON BLANCHABLE ERYTHEMA)* PADA PASIEN STROKE DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

(dibimbing oleh Sr.Anita Sampe, JMJ)

**SINTA PAEMBONAN dan SUPRIANTI
PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS
(xvi + 51 halaman + 8 tabel + 4 gambar + 9 lampiran)**

Luka tekan grade 1 merupakan tekanan atau desakan pada kulit yang terus menerus sehingga menyebabkan suplai darah yang menuju kulit terputus dan jaringan menjadi mati. Untuk mengatasi hal tersebut perlu diberikan tindakan posisi miring 30 derajat. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui pengaruh pemberian tindakan posisi miring 30 derajat terhadap luka tekan *grade 1 (non blanchable erythema)* pada pasien stroke di RS Stella Maris Makassar.

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien stroke dengan immobilisasi yang mengalami luka tekan grade 1 di ruang rawat inap Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Jenis penelitian ini adalah *pre experimental* dengan *pre and post test without control*, penggunaan sampel *purposive sampling*, dengan jumlah sampel 15 responden. Teknik pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner untuk identitas pasien dan lembar observasi untuk mengevaluasi luka tekan. Hasil penelitian ini diperoleh dengan menggunakan analisis uji beda *Wilcoxon*, dari uji tersebut diperoleh nilai *value*=0.001 ($p < 0.05$). Hal ini menunjukkan bahwa nilai $p < \alpha$, maka hipotesis nol (H_0) ditolak dan hipotesis alternative (H_a) diterima dengan demikian dapat disimpulkan bahwa pemberian tindakan posisi miring 30 derajat berpengaruh terhadap luka tekan *grade 1 (non blanchable erythema)* pada pasien stroke di RS Stella Maris Makassar. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi perawat dalam memberikan posisi miring 30 derajat secara rutin dan terjadwal.

**Kata kunci : Luka tekan, Pemberian posisi miring 30 derajat
Kepustakaan: 15 (2007-2013).**

ABSTRACT

THE EFFECT ACTIONS 30 DEGREES TO PRESSURE ULCERS GRADE 1 (NON BLANCHABLE ERYTHEMA) STROKE PATIENTS AT STELLA MARIS HOSPITAL OF MAKASSAR

(Adviser by Sr.Anita Sampe, JMJ)

SINTA PAEMBONAN dan SUPRIANTI
S1 NURSING PROGRAM AND NURSES
(xvi + 51 pages + 8 tables + 9 Appendix + 4 image)

Pressure ulcers grade 1 is pressure and rips to the skin continuous so that cause blood supply to the skin disconnected and networking becomes necrosis. To evercome this should be given tilted 30 degrees. Purpose of this research to determine the effect of action 30 degrees to pressure ulcers grade 1 (Non Blanchable Erythema) stroke patients at Stella Maris hospital.

Population in this study is all of stroke patients with immobilization who have pressure ulcers grade 1 at Stella Maris Hospital of Makassar. This research was pre-experimental design with pre and post test without control sample used *purposive sampling* with a sample of 15 respondents. Data collection techniques using a questionnaire to the patient's identity and observation sheet to evaluated the pressure ulcers. These results obtained using different test analysis Wilcoxon, of the test obtained value P value = 0.001 ($P < 0.05$). This indicates that the value of $p < \alpha$, the null hypothesis (H_0) is rejected and the alternative hypothesis (H_a) was accepted as such it can be concluded that giving tilted position 30 degrees affect the ability to pressure ulcers grade1 (non blanchable erythema) stroke patients at Stella Maris Hospital of Makassar. The results of this study were expected to be input for nurses in giving tilted position 30 degrees and scheduled on a regular basis.

Keywords: Pressure ulcers, actions 30 degrees

References: 15 (2007-2013).

DAFTAR ISI

HALAMAN DEPAN	i
HALAMAN SAMPUL DALAM	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN SKRIPSI	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR	vii
HALAMAN ABSTRAK	viii
HALAMAN DAFTAR ISI	x
HALAMAN DAFTAR TABEL	xi
HALAMAN DAFTAR GAMBAR	xii
HALAMAN DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH	xiii
HALAMAN DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	5
1. Tujuan Umum	5
2. Tujuan Khusus	5

D. Manfaat Penelitian	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Konsep Dasar Stroke	7
1. Defenisi Stroke	7
2. Klasifikasi Stroke	7
3. Komplikasi Pada Pasien Stroke	8
B. Konsep Luka Tekan	9
1. Defenisi Luka Tekan	9
2. Patofisiologi Luka Tekan	10
3. Faktor Resiko Luka Tekan	11
4. Sistem Klasifikasi	16
5. Lokasi Luka Tekan	19
6. Komplikasi Luka Tekan	19
7. Pencegahan Luka Tekan	20
C. Konsep Pengaturan Posisi	26
1. Pengaturan Posisi Miring 30 Derajat	26
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	30
A. Kerangka Konsep	30
B. Hipotesis Penelitian	31
C. Defenisi Operasional	31
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN	33
A. Desain Penelitian	33
B. Tempat Dan Waktu Penelitian	34
C. Populasi Dan Sampel	34
D. Alat Pengumpul Data	35

E. Pengolahan Data	35
F. Analisa Data	36
a. Analisis Univariat	36
b. Analisis Bivariat	36
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN.....	38
A. Hasil Penelitian	38
1. Pengantar	38
2. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	38
3. Penyajian Karakteristik Responden	41
4. Penyajian Hasil Yang Diukur	43
a. Analisa Univariat.....	43
b. Analisa Bivariat.....	45
B. Pembahasan	45
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....	50
A. Kesimpulan	50
B. Saran	50

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1 Defenisi Operasional.....	31
Tabel 4.1 Skema Desain Penelitian <i>pre and post without control</i>	33
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Karakteristik Umur Yang Mengalami Luka Tekan <i>Grade 1</i>	41
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Karakteristik Jenis Kelamin Yang Mengalami Luka Tekan <i>Grade 1</i>	42
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Karakteristik Jenis Stroke Yang Mengalami Luka Tekan <i>Grade 1</i>	42
Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Kejadian Luka Tekan <i>Grade 1 Pre</i> Intervensi	43
Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Kejadian Luka Tekan <i>Grade 1 Post</i> Intervensi	44
Tabel 5.6 Analisa Pengaruh Pemberian Posisi Miring 30 Derajat Terhadap Luka Tekan <i>Grade 1</i>	45

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Stadium Luka Tekan Menurut NPUAP.....	17
Gambar 2.2 Area Yang Paling Beresiko Terjadi Kerusakan Kulit	19
Gambar 2.3 Posisi Miring 30 Derajat	28
Gambar 3.1 Bagan Kerangka Konsep Penelitian.....	30

DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN, DAN ISTILAH

WHO	: <i>World Health Organisation</i>
NPUAP	: <i>National Pressure Ulcers Advisory Panel</i>
EPUAP	: <i>European Pressure Ulcers Advisory Panel</i>
NIC	: <i>Nursing Intervention Classification</i>
PSST	: <i>Pressure Sore Status Tool</i>
H_0	: <i>Hipotesis Nol (praduga tidak ada)</i>
H_a	: <i>Hipotesis alternatif</i>
<	: kurang dari
α	: Alpha
>	: lebih dari

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Jadwal Kegiatan

Lampiran 2. Surat Persetujuan Responden

Lampiran 3. Permohonan Menjadi Responden

Lampiran 4. Instrumen Penelitian

Lampiran 5. Surat Permohonan Izin Penelitian

Lampiran 6. Surat Izin Penelitian

Lampiran 7. Surat Keterangan Melakukan Penelitian

Lampiran 8. Master Tabel

Lampiran 9. Hasil Analisis



SKRIPSI

**PENGARUH PEMBERIAN TINDAKAN POSISI MIRING 30
DERAJAT TERHADAP LUKA TEKAN *GRADE 1 (NON
BLANCHABLE ERYTHEMA)* PADA PASIEN STROKE
DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR**

PENELITIAN EKSPERIMENTAL

OLEH:

SINTA PAEMBONAN (C.12.14201.047)

SUPRIANTI (C.12.14201.048)

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS
MAKASSAR**

2016



SKRIPSI

PENGARUH PEMBERIAN TINDAKAN POSISI MIRING 30 DERAJAT TERHADAP LUKA TEKAN GRADE 1 (NON BLANCHABLE ERYTHEMA) PADA PASIEN STROKE DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

**DIAJUKAN UNTUK MEMPEROLEH GELAR SARJANA KEPERAWATAN
PADA STIK STELLA MARIS MAKASSAR**

OLEH:

SINTA PAEMBONAN (C.12.14201.047)

SUPRIANTI (C.12.14201.048)

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS
MAKASSAR**

2016

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Indonesia merupakan salah satu negara berkembang yang saat ini sedang mengalami masa peralihan, dari masyarakat agraris menjadi masyarakat industri. Indonesia juga menghadapi dampak perubahan tersebut dalam bidang kesehatan, yaitu beban ganda pembangunan di bidang kesehatan. Salah satu tantangan yang harus dihadapi dalam pembangunan kesehatan tersebut adalah transisi epidemiologi, dimana masih tingginya jumlah kejadian penyakit menular yang diikuti dengan mulai meningkatnya penyakit-penyakit tidak menular yang sebagian besar bersifat *multikausal* (disebabkan oleh banyak faktor) (Depkes, 2007). Berbagai penelitian menunjukkan bahwa stroke merupakan penyakit yang sering terjadi pada pekerja di wilayah industri yang maju.

Stroke adalah *defisit neurologis* yang mempunyai awitan tiba-tiba, berlangsung lebih dari 24 jam, dan disebabkan oleh penyakit *serebrovaskular*. Stroke terjadi saat terdapat gangguan aliran darah ke bagian otak. Aliran darah terganggu karena adanya sumbatan pembuluh darah, karena *trombus* atau *embolus*, atau *rupture* pembuluh darah (Morton et al, 2012) yang dikutip dalam (Jurnal Tarihora Dame Elyzabeth 2010) . Menurut *WHO*, ada 15 juta populasi terserang stroke setiap tahun di seluruh dunia dan terbanyak adalah usia tua dengan kematian rata-rata setiap 10 tahun antara 55 dan 85 tahun. (Goldstein,dkk 2006) dikutip dalam (Jurnal Tarihora Dame Elyzabeth 2010). Prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan *diagnosis* tenaga kesehatan sebesar 7 per mil dan yang terdiagnosis tenaga kesehatan atau gejala sebesar 12,1 per mil. Prevalensi Stroke berdasarkan terdiagnosis nakes dan gejala tertinggi terdapat di Sulawesi Selatan (17,9%).

Semakin tingginya tuntutan masyarakat akan fasilitas dan pelayanan keperawatan yang berkualitas dan profesional. Berbagai upaya telah ditempuh untuk memenuhi harapan tersebut. Pelayanan keperawatan pada dasarnya ditunjukkan untuk memberikan kepuasan pada pasien. Salah satu aspek penting dalam pelayanan keperawatan adalah menjaga dan mempertahankan integritas kulit klien agar senantiasa terjaga dan utuh. Intervensi dalam perawatan kulit klien akan menjadi salah satu indikator kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan. Kerusakan integritas kulit dapat berasal dari luka karena trauma dan pembedahan, namun juga dapat disebabkan karena tertekannya kulit dalam waktu yang lama yang dapat menyebabkan iritasi dan akan berkembang menjadi luka tekan atau dekubitus (Patriani, 2008).

Luka tekan adalah cedera yang terlokalisasi pada kulit dan atau jaringan di bawahnya, biasanya diatas tonjolan tulang, sebagai akibat adanya tekanan, atau kombinasi dari tekanan dan gesekan. Tekanan tersebut menghambat oksigen yang menuju jaringan kulit akibatnya metabolisme seluler terganggu oleh karena berkurangnya sirkulasi ke jaringan kulit sehingga menyebabkan iskemi jaringan dan memperbesar pembuangan metabolik yang dapat menyebabkan nekrosis (Crisp & Taylor , 2006) yang dikutip dalam (Jurnal Tarihoran Dame Elyzabeth 2010). Luka tekan ini biasanya dijumpai pada orang-orang yang dirawat di tempat tidur atau mengalami penurunan mobilitas, seperti penderita stroke (Corwin, 2009)) yang dikutip dalam (Jurnal Tarihoran Dame Elyzabeth 2010).

Luka tekan menjadi persoalan serius di seluruh belahan dunia dan menghabiskan biaya triliunan dolar setiap tahunnya (Corwin, 2009) yang dikutip dalam (Jurnal Tarihoran Dame Elyzabeth 2010).

Murayam (2007) dalam Era (2009) mengatakan bahwa di Indonesia kejadian luka tekan pada pasien yang dirawat di rumah sakit mencapai 33%. Luka tekan harus segera ditangani secara khusus, guna mencegah komplikasi-komplikasi morbiditas dan mortalitas. Adapun komplikasi luka tekan yang paling sering terjadi adalah selulitis, osteomyelitis dan yang paling terberat adalah sepsis. Dilaporkan bahwa 48% kasus luka tekan mengalami kematian akibat sepsis (Bicket et al dalam Paul et al, 2008). Menurut Kompas (2010) yang dikutip dalam (Jurnal Tarihora Dame Elyzabeth 2010) , komplikasi tidak hanya berdampak pada masalah fisik, tetapi juga psikologis, ekonomi dan sosial.

Kusmawan (2008) dalam jurnal keperawatan HKBP balige (2013) merubah posisi dapat melancarkan peredaran darah serta memperbaiki pengaturan metabolisme tubuh mengembalikan kerja fisiologi organ-organ vital dan perubahan posisi juga memungkinkan kulit yang tertekan terekspose udara. Colin dalam Tarihora (2010) saat pasien diposisikan miring sampai dengan 90 derajat, akan menimbulkan kerusakan suplai oksigen yang dramatis pada area trokanter dibandingkan dengan pasien yang hanya diposisikan miring 30 derajat. Menurut Maklebust dalam "rule of 30" dimana posisi kepala tempat tidur ditinggikan sampai 30 derajat dapat disanggah dengan bantal atau busa. Posisi ini terbukti menjaga pasien terbebas dari penekanan pada area trokanter dan sakral dan memperlambat terjadinya perkembangan luka tekan. Pemberian posisi miring ini setiap dua jam sekali dilakukan miring kiri, terlentang dan miring kanan selama 3 hari. Pada kenyataannya pengaturan posisi masih belum konsisten pada setiap pasien. Intervensi pengaturan posisi bagi pasien-pasien yang beresiko tinggi terjadi luka tekan masih belum dipandang serius, terlihat dari masih banyaknya tampilan pasien-pasien stroke tidak dalam posisi yang benar.

Prevalensi luka dekubitus bervariasi, dilaporkan bahwa 5-10% terjadi di tatanan perawatan akut, 15-25% di tatanan perawatan rumah/*home health care* serta 8-40% di ICU karena penurunan imunitas tubuh (Enie, 2005). Hasil penelitian menunjukkan insidens luka dekubitus Indonesia sebesar 33,3% (Suriady, 2006). Penelitian yang dilakukan Sari (2007), terjadinya dekubitus pada posisi tubuh lateral dengan sudut maksimum 30 derajat juga akan mencegah kulit dari pergesekan (*friction*) dan perobekan jaringan (*shear*). Pergesekan akan mengakibatkan abrasi dan merusak permukaan epidermis kulit, sedangkan perobekan jaringan bisa mengakibatkan oklusi dari pembuluh darah, kerusakan pada jaringan bagian dalam, seperti otot. Penelitian yang dilakukan Tom Defloor (2006) pernah meneliti sepuluh posisi yang berbeda saat pasien di atas tempat tidur dari kesepuluh posisi itu didapatkan bahwa tekanan yang paling minimal dicapai oleh tubuh pasien saat diposisikan miring 30 derajat. Pengaruh posisi miring dengan 30 derajat juga diteliti oleh Seiler (2005). Dimana luka tekan pada area trokanter dan sakral dapat dieliminasi dengan memiringkan pasien posisi miring 30 derajat secara teratur dan menyangganya dengan matras yang sangat lembut. Posisi ini terbukti menjaga pasien terbebas dari penekanan area trokanter dan sakral.

Berdasarkan latar belakang maka peneliti mengambil judul "Pengaruh Pemberian Tindakan Posisi Miring 30 Derajat Terhadap Luka Tekan *Grade 1 (Non Blanchable Erythema)* Pada Pasien Stroke".

B. Rumusan Masalah

Penataan posisi yang dimaksud adalah posisi yang dapat memfasilitasi kecukupan oksigen dan nutrisi pada jaringan kulit.

Pemberian posisi miring 30 derajat memiliki tekanan yang paling minimal dibandingkan posisi dengan derajat kemiringan lainnya.

Berdasarkan fenomena, paparan dalam latar belakang masalah tersebut maka pertanyaan penelitiannya adalah "apakah pemberian tindakan posisi miring 30 derajat akan berpengaruh terhadap kejadian luka tekan *grade 1 (non blanchable erythema)* pada pasien stroke di RS Stella Maris Makassar ?".

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh pemberian tindakan posisi miring 30 derajat terhadap luka tekan *grade 1 (Non Blanchable Erythema)* pada pasien stroke di RS Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi kejadian luka tekan pada pasien stroke sebelum diberikan intervensi.
- b. Mengidentifikasi kejadian luka tekan pada pasien stroke setelah diberikan intervensi.
- c. Menganalisis pengaruh pemberian tindakan posisi miring 30 derajat sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pada pasien stroke.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Profesi Keperawatan

Memberikan tambahan informasi bagi perawat dalam memberikan tindakan posisi miring 30 derajat agar pasien stroke dengan tirah baring lama akibat immobilisasi akan terhindar dari kejadian luka tekan dan komplikasi-komplikasi luka tekan.

2. Bagi rumah sakit

Sebagai bahan pertimbangan bagi pihak rumah sakit dalam mengaplikasikan intervensi posisi miring 30 derajat pada pasien stroke dengan luka tekan.

3. Bagi Institusi

Digunakan sebagai informasi bagi institusi pendidikan dalam pengembangan dan peningkatan mutu dimasa yang akan datang mengenai pemberian posisi miring 30 derajat terhadap kejadian luka tekan khususnya pada pasien stroke.

4. Bagi peneliti

Sebagai data dasar untuk penelitian selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Stroke

1. Defenisi Stroke

Stroke merupakan penyakit atau gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf (*defisit neurologik*) akibat terhambatnya aliran darah ke otak. Secara sederhana stroke akut didefinisikan sebagai penyakit otak akibat terhentinya suplai darah ke otak karena sumbatan (stroke iskemik) atau perdarahan (stroke hemoragik) (Junaidi, 2011).

2. Klasifikasi Stroke

Menurut Satyanegara dikutip dalam buku *Sistem Neurobehavior* (2014) mengemukakan bahwa gangguan peredaran darah otak atau stroke dapat diklasifikasikan menjadi dua, yaitu:

a. *Non- Hemoragik atau Iskemik*

1. Serangan Iskemik Sepintas (*Transient Ischemik Attack- TIA*). TIA merupakan tampilan peristiwa berupa episode-episode serangan sesaat dari suatu disfungsi serebral fokal atau gangguan vaskular, dengan lama sekitar 2-15 menit sampai paling lama 24 jam.
2. Defisit Neurologis Iskemik sepiintas (*Reversible Ischemic Neurology Deficit- RIND*). Gejala dan tanda gangguan neurologis yang berlangsung lebih lama dari 24 jam dan kemudian pulih kembali (dalam jangka waktu kurang dari tiga minggu).

3. *In Evolutional* atau progressing stroke.

Gejala gangguan neurologis yang progresif dalam waktu 6 jam atau lebih.

4. Stroke Komplet (*Completed Stroke/Permanet Stroke*).

Gejala gangguan *neurologis* dengan lesi-lesi yang stabil selama periode waktu 18-24 jam, tanpa adanya progresivitas lanjut.

b. Stroke Hemoragik

Perdarahan intrakranial dibedakan berdasarkan tempat perdarahannya, yakni di rongga subaraknoid atau di dalam parenkim otak (*intraserebra*). Ada juga perdarahan yang terjadi bersamaan pada kedua tempat di atas seperti : perdarahan subaraknoid yang bocor ke dalam otak atau sebaliknya. Selanjutnya gangguan-gangguan arteri yang menimbulkan perdarahan otak spontan dibedakan lagi berdasarkan ukuran dan lokasi regional otak.

3. Komplikasi Pada Pasien Stroke

a. Komplikasi Imobilitas

Pasien stroke mengalami defisit jangka panjang motorik yang akan berpengaruh terhadap fungsi mobilisasinya. Penurunan mobilisasi bahkan imobilisasi yang dialami pasien menyebabkan pasien harus tirah baring diatas tempat tidur dalam waktu yang cukup lama. Tirah baring yang terus menerus ini memungkinkan adanya penekanan pada area-area tertentu yang dapat mencetuskan iskemik jaringan hingga akhirnya menimbulkan luka tekan. Ulkus dekubitus merupakan komplikasi yang sangat rentan terjadi namun sebenarnya dapat dihindari dengan prosedur rehabilitasi yang baik.

b. Komplikasi muskuloskeletal

Spastisitas dan kontraktur, umumnya sesuai pola hemiplegi; nyeri bahu, umumnya di sisi yang lemah; jatuh dan fraktur.

- c. Komplikasi neurologik
- d. Kejang, umumnya lebih sering pada fase awal pada pasien dengan stroke hemoragik; nyeri kepala, walaupun hebat, umumnya tidak menetap.
- e. Komplikasi pendamping
Keterbatasan pasien sering menyebabkan pasien sangat tergantung kepada pendamping (keluarga). Keadaan ini dapat menyebabkan beban fisik dan psikologis bagi pendamping (keluarga).

B. Konsep Luka Tekan

1. Definisi Luka Tekan

Luka tekan adalah cedera yang terlokalisasi pada kulit dan atau jaringan dibawahnya biasanya diatas tonjolan tulang, akibat adanya tekanan, atau kombinasi dari tekanan dan robekan (*National Pressure Ulcers Advisory Panel, 2009*) yang dikutip dalam (*Jurnal Tarihoran Dame Elyzabeth 2010*). Kondisi ini dapat digambarkan sebagaimana adanya tekanan atau desakan pada kulit yang terus menerus, sehingga menyebabkan suplai darah yang menuju kulit terputus dan jaringan menjadi mati (*Nazarko, 2006*) yang dikutip dalam (*Jurnal Tarihoran Dame Elyzabeth 2010*).

Luka tekan disebabkan cedera mekanik pada kulit dan jaringan dibawahnya (*Jensen 2007 dalam Halter etal, 2009*) yang dikutip dalam (*Jurnal Tarihoran Dame Elyzabeth 2010*). Luka tekan juga dapat terjadi sebagai hasil dari gesekan yang kuat saat memindahkan pasien selama diatas tempat tidur (*Crisp & Taylor, 2006*) yang dikutip dalam (*Jurnal Tarihoran Dame Elyzabeth 2010*). Kejadian luka tekan bervariasi sesuai

dengan tempat layanan. Pada tempat layanan akut berkisar antara 0.4 hingga 38%, pada tempat perawatan jangka panjang 2.2 hingga 23.9%, dan perawatan rumah (*home care*) 0 hingga 17% (Wolff et al, 2008). Adapun komplikasi luka tekan yang paling sering terjadi adalah selulitis, osteomielitis dan yang paling terberat adalah sepsis. Dilaporkan bahwa 48% kasus luka tekan mengalami kematian akibat sepsis (Bicket et al dalam Paul et al, 2008) yang dikutip dalam (Jurnal Tarihoran Dame Elyzabeth 2010).

2. Patofisiologi Luka Tekan

Jaringan mendapatkan nutrisi dan oksigen dan membuang sampah sisa metabolisme melalui darah. Penekanan mempengaruhi metabolisme seluler dengan menurunkan atau menghambat sirkulasi jaringan, yang akhirnya akan menimbulkan iskemik jaringan dan nekrosis. Iskemik jaringan adalah tidak terdapatnya darah atau penurunan sebagian besar aliran darah yang terlokalisir akibat dari sumbatan mekanik. Ketika pasien dalam posisi berbaring ataupun duduk, berat badan tubuh tertumpu pada tonjolan-tonjolan tulang. Semakin lama penekanan terjadi, maka semakin besar pula resiko kulit untuk mengalami kerusakan. Pada saat tekanan tersebut dihindarkan, terjadi periode dari reaktif hiperemia, atau peningkatan aliran darah yang tiba-tiba ke area tersebut, ini disebut sebagai respon atau kompensasi dan ini hanya akan berguna apabila tekanan pada kulit dihindarkan sebelum terjadi nekrosis. Kerusakan jaringan terjadi ketika tekanan melebihi *capillary closing pressure* (tekanan penutupan kapiler), dimana *capillary closing pressure* normalnya 12-32 mmHg (Wolff et al, 2008) yang dikutip dalam (Jurnal Tarihoran Dame Elyzabeth 2010). Setelah periode

iskemik, kulit yang berwarna putih atau warna cerah dapat berubah menjadi *reaktif hiperemik* yang normal dan abnormal. *Reaktif hiperemik* yang normal ditandai dengan adanya vasodilatasi yang normal sebagai respon tubuh akan kekurangan aliran darah ke jaringan dibawahnya biasanya kurang dari satu jam. Sedangkan *reaktif hiperemik* yang abnormal yakni vasodilatasi yang berlebihan yang baru dapat berhenti > 1 jam hingga 2 (dua) minggu setelah tekanan hilang (Crisp & Taylor, 2006) yang dikutip dalam (Jurnal Tarihora Dame Elyzabeth 2010). Kulit dan jaringan subkutan dapat mentoleransi beberapa tekanan. Namun, bagaimanapun apabila tekanan dari luar melebihi tekanan di dinding kapiler akan menurunkan dan menghambat aliran darah menuju jaringan. Jaringan ini akan mengalami hipoksia dan akhirnya injuri akibat iskemik. Apabila tekanannya lebih dari 32 mmHg dan terus menerus sampai pada titik hipoksia, maka pembuluh darah akan kolaps dan terbentuk trombus (Crisp & Taylor, 2006) yang dikutip dalam (Jurnal Tarihora Dame Elyzabeth 2010). Dan apabila tekanan ini dapat dihindarkan sebelum titik kritis hipoksia, maka sirkulasi yang menuju jaringan tersebut kembali pulih.

3. Faktor Resiko Luka Tekan

Faktor intrinsik dan faktor ekstrinsik dapat menyebabkan luka tekan. Adanya tekanan dan durasi yang cukup lama adalah faktor ekstrinsik yang paling signifikan didukung oleh adanya gesekan, tahanan, kelembapan, imobilisasi yang lama termasuk didalamnya pembatasan fisik (*restraint*), dan kondisi setelah operasi. Sedangkan faktor intrinsik luka tekan seperti kulit yang sudah menua, hilangnya sensasi, gangguan sirkulasi darah, kehilangan berat badan, dehidrasi, dan malnutrisi (Bicket et al

dalam Paul, 2008) yang dikutip dalam (Jurnal Tarihora Dame Elyzabeth 2010).

a. Mobilitas dan aktivitas

Mobilitas adalah kemampuan untuk mengubah dan mengontrol posisi tubuh, sedangkan aktifitas adalah kemampuan untuk berpindah. Pasien yang berbaring terus menerus ditempat tidur tanpa mampu untuk merubah posisi beresiko tinggi untuk terkena luka tekan. Imobilitas adalah faktor yang paling signifikan dalam kejadian luka tekan. Di salah satu rumah sakit di Pontianak juga menunjukkan bahwa mobilitas merupakan faktor yang signifikan untuk perkembangan luka tekan (Setiyawan, 2008). Ignativicius & Workman (2006) yang dikutip dalam (Jurnal Tarihora Dame Elyzabeth 2010). menegaskan bahwa luka tekan sering ditemukan pada orang dengan pergerakan yang terbatas karena tidak mampu mengubah posisi untuk menghilangkan tekanan.

Skor pada karakteristik mobilitas diisi dengan angka 1-4 sesuai dengan hasil penelitian resiko pasien dengan ketentuan :

- a) Skor 1 jika pasien tidak mampu bergerak
- b) Skor 2 jika pasien tidak dapat merubah posisi secara tepat dan teratur.
- c) Skor 3 jika pasien membuat perubahan posisi tubuh atau ekstremitas dengan mandiri.
- d) Skor 4 jika pasien dapat merubah posisi tanpa bantuan.

Skor pada karakteristik pada aktivitas diisi dengan angka 1-4 sesuai dengan hasil penilaian resiko pasien dengan ketentuan :

- a) Skor 1 jika pasien terbaring di tempat tidur

- b) Skor 2 jika pasien tidak bisa berjalan.
- c) Skor 3 jika pasien berjalan dengan atau tanpa bantuan.
- d) Skor 4 jika pasien dapat berjalan sekitar ruangan.

b. Penurunan sensori persepsi

Pasien dengan penurunan sensori persepsi akan mengalami penurunan untuk merasakan sensasi nyeri akibat tekanan diatas tulang yang menonjol. Pasien terkadang tidak mampu merasakan adanya nyeri bahkan tekanan (Ignatavicius & Workman, 2006) yang dikutip dalam (Jurnal Tarihoran Dame Elyzabeth 2010). Bila ini terjadi dalam durasi yang lama, pasien akan mudah terkena luka tekan. Pasien sering tidak menyadari sampai luka tekan akhirnya terjadi dan berkembang.

Skor pada karakteristik persepsi sensori diisi dengan angka 1-4 sesuai dengan hasil penilaian resiko pasien dengan ketentuan :

- a) Skor 1 jika pasien tidak dapat merasakan respon terhadap stimulus nyeri dan pasien mengalami penurunan kesadaran.
- b) Skor 2 jika pasien mengalami gangguan sensori pada bagian $\frac{1}{2}$ permukaan tubuh atau hanya berespon pada stimuli nyeri.
- c) Skor 3 jika pasien mengalami gangguan sensori pada 1 atau 2 ekstremitas atau berespon pada perintah verbal tapi tidak selalu mampu mengatakan ketidaknyamanan.
- d) Skor 4 jika pasien tidak ada gangguan sensori, berespon penuh terhadap perintah verbal.

c. Kelembaban

Kelembaban yang disebabkan karena inkontinensia dapat mengakibatkan terjadinya maserasi pada jaringan kulit. Jaringan yang mengalami maserasi akan mudah mengalami erosi. Selain itu kelembaban juga mengakibatkan kulit mudah terkena pergesekan (*friction*) dan perobekan jaringan (*shear*). Inkontinensia alvi lebih signifikan dalam perkembangan luka tekan daripada inkontinensia urin karena adanya bakteri dan enzim pada feses dapat merusak permukaan kulit (Ignatavicius & Workman, 2006) yang dikutip dalam (Jurnal Tarihora Dame Elyzabeth 2010).

Skor pada karakteristik kelembaban diisi dengan angka 1-4 sesuai dengan hasil penilaian resiko pasien dengan ketentuan :

- a) Skor 1 jika pasien selalu terpapar oleh keringat atau urin basah dan feses.
- b) Skor 2 jika kondisi kulit pasien sangat lembab.
- c) Skor 3 jika kondisi pasien kadang lembab.
- d) Skor 4 jika kondisi kulit pasien kulit kering.

d. Pergesekan (*friction*)

Pergesekan terjadi ketika dua permukaan bergerak dengan arah yang berlawanan. Pergesekan dapat mengakibatkan abrasi dan merusak permukaan epidermis kulit. Pergesekan bisa terjadi pada saat penggantian sprei pasien yang tidak berhati-hati. Gesekan dapat mengakibatkan kulit menjadi cedera dengan penampilan seperti abrasi atau laserasi superfisial.

Skor pada karakteristik gesekan diisi dengan angka 1-3 sesuai dengan hasil penilaian resiko pasien dengan ketentuan :

- a) Skor 1 jika pasien tidak mampu mengangkat badannya sendiri, kontraktur atau gelisah.
- b) Skor 2 jika pasien membutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya.
- c) Skor 3 jika pasien membutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya.

e. Nutrisi

Stroke, menurut Jonsson et al (2008) yang dikutip dalam (Jurnal Tarihora Dame Elyzabeth 2010), terjadi penurunan berat badan hingga > 3 kg oleh karena penurunan *intake* nutrisi yang disebabkan oleh gangguan dalam menelan, berkurang nafsu makan. Hipoalbuminemia, kehilangan berat badan, dan malnutrisi umumnya diidentifikasi sebagai faktor predisposisi untuk terjadinya luka tekan. Menurut penelitian Guenter (Sari, 2007), hipoalbuminemia, kehilangan berat badan, dan malnutrisi umumnya diidentifikasi sebagai faktor predisposisi untuk terjadinya luka tekan, terlebih lagi pada luka tekan stadium tiga dan empat dari luka tekan pada orangtua berhubungan dengan penurunan berat badan, rendahnya kadar albumin, dan *intake* makanan yang tidak mencukupi. Pada pasien dengan indeks massa tubuh yang rendah cenderung akan mengalami penekanan tonjolan tulang yang lebih besar dibandingkan dengan pasien yang mempunyai indeks massa tubuh yang lebih tinggi. Survei juga dilakukan di oleh Vangilder et al (2008) yang dikutip dalam (Jurnal Tarihora Dame Elyzabeth 2010) di Amerika selama tahun 2006-2007 untuk melihat hubungan antara prevalensi luka tekan, indeks massa tubuh dan berat badan.

Skor pada karakteristik nutrisi diisi dengan angka 1-4 sesuai dengan hasil penilaian resiko pasien dengan ketentuan :

- a) Skor 1 jika pasien tidak dapat menghabiskan 1/3 porsi makanannya, sedikit minum, puasa atau minum air putih, atau mendapat infus lebih dari 5 hari.
- b) Skor 2 jika pasien jarang mampu menghabiskan porsi makanannya atau intake cairan kurang dari jumlah optimum.
- c) Skor 3 jika pasien mampu menghabiskan lebih dari ½ porsi makanannya.
- d) Skor 4 jika pasien dapat menghabiskan porsi makanannya, tidak memerlukan suplementasi nutrisi.

4. Sistem Klasifikasi

Terdapat beberapa sistem dalam pengklasifikasian yang digunakan secara klinis. Salah satu cara yang paling awal digunakan untuk klasifikasi luka tekan menggunakan sistim grading (Crisp & Taylor, 2006) yang dikutip dalam (Jurnal Tarihoran Dame Elyzabeth 2010). Sistem grading ini ditentukan berdasarkan kedalaman jaringan kulit yang rusak (Crisp & Taylor, 2006) yang dikutip dalam (Jurnal Tarihoran Dame Elyzabeth 2010).

Klasifikasi Menurut *National Pressure Ulcers Advisory Panel* (NPUAP-EPUAP) 2009 yang dikutip dalam (Jurnal Tarihoran Dame Elyzabeth 2010):

a. *Grade I: Non Blanchable Erythema*

Kulit intak dengan kemerahan yang tidak hilang meski ditekan, terlokalisasi, biasanya terdapat di permukaan tulang. Pigmen kulit tampak lebih gelap dan berbeda dari area sekitarnya. Kulit akan nyeri saat diraba, lembut dan hangat.

b. Grade II: Partial thickness

Adanya kerusakan dari sebagian dermis tampak sebagai adanya luka atau kulit yang tampak rusak dengan warna luka merah kemudian tanpa adanya nanah, lukanya dapat berisi serum atau berbentuk bula.

c. Grade III: Full thickness skin loss

Terdapatnya jaringan kulit yang hilang, lemak subkutan mungkin masih dapat terlihat, namun tendon, tulang, maupun otot tidak terpapar. Kemungkinan juga terdapat adanya kawah kecil pada kulit.

d. Grade IV: Full thickness tissue loss

Adanya kehilangan jaringan total sehingga bagian tulang, tendon dan otot dapat terlihat dan terpapar. Nanah atau cairan serta jaringan parut dapat ditemukan.



Gambar 5. Stadium luka tekan menurut NPUAP (skenario of Prof. Hiroero Sanada, Jepang)

Klasifikasi berdasarkan staging dan warna (Crisp & Taylor, 2006) yang dikutip dalam (Jurnal Tarihoran Dame Elyzabeth 2010):

Metode yang lain dari pengklasifikasian luka dengan mengobservasi warna:

a. Luka yang sudah nekrosis diklasifikasikan sebagai *Blacks wounds*.

- b. Luka dengan eksudat, serabut debris berwarna kuning sebagai *Yellow wounds*.
- c. Luka dalam fase *active healing* dan lebih bersih, tampilan warna mulai dari merah muda sampai granulasi berwarna merah dan jaringan epitel mulai tumbuh sebagai *Red wound*.
- d. Perpaduan dari berbagai warna, contoh 25% *yellow wounds*, 75% *red wounds*.

Selain sistem klasifikasi diatas, indikator lain selain warna kulit, faktor suhu, tampilan "*orange peel*", kontur kulit, data laboratorium, dapat menjadi faktor pendukung dalam memprediksikan luka tekan khususnya pasien dengan warna kulit yang lebih gelap (Henderson et al, dalam Crisp & Taylor, 2006) yang dikutip dalam (Jurnal Tarihoraan Dame Elyzabeth 2010). Para klinisi sering memilih metode klasifikasi berdasarkan warna, karena lebih mudah dan cepat (Crisp & Taylor, 2006) yang dikutip dalam (Jurnal Tarihoraan Dame Elyzabeth 2010). Secara umum disetujui bahwa menggambarkan kondisi luka tekan, tidak hanya sekedar klasifikasi berdasarkan warna dan tingkatannya, tetapi juga gambaran secara komprehensif (Crisp & Taylor, 2006) yang dikutip dalam (Jurnal Tarihoraan Dame Elyzabeth 2010). Namun, sebelum melakukan klasifikasi luka tekan, beberapa hal harus diperhatikan. Luka yang tertutup oleh jaringan nekrotik seperti jaringan parut tidak dapat langsung dinilai sebelum dilakukan *debridement*, sehingga jaringan yang rusak dapat diobservasi (Crisp & Taylor, 2006) yang dikutip dalam (Jurnal Tarihoraan Dame Elyzabeth 2010).

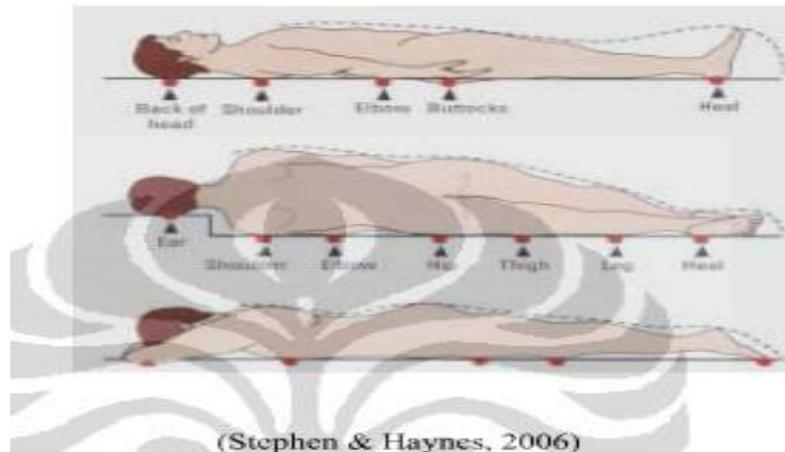
5. Lokasi Luka Tekan

Stephen & Haynes (2006) yang dikutip dalam (Jurnal Tarihoraan Dame Elyzabeth 2010), mengilustrasikan area-area beresiko luka tekan:

Luka tekan terjadi dimana tonjolan tulang kontak dengan permukaan seperti bokong, trokanter kiri/kanan, tumit kiri/kanan,

siku kiri/kanan, lutut dan bahu. Adapun lokasi yang paling sering adalah bokong, tumit, dan panggul, (Stephen & Haynes, 2006).

Gambar 2.2
Area yang paling beresiko terjadi kerusakan kulit



6. Komplikasi Luka Tekan

Luka tekan merupakan sebuah tantangan bagi perawat, yakni terkait dengan tindakan preventif perawat dan mengenai penatalaksanaan pada setiap tahap terjadinya luka tekan sehingga tidak terjadi komplikasi yang tidak diharapkan. Luka tekan memiliki beberapa dampak yang serius, baik secara klinis, psikologis, sosial, dan implikasi ekonomi. Dampak secara klinis berupa adanya gangguan atau ketidaknyamanan, dampak klinis yang lebih ekstrim lagi yakni pasien meninggal akibat dari komplikasi luka tekan tersebut. Hal ini didukung dari pernyataan Ayello (2007) yang dikutip dalam (Jurnal Tarihoran Dame Elyzabeth 2010) bahwa luka tekan menimbulkan komplikasi serius pada pasien, seperti sepsis bahkan kematian. Durasi waktu yang dibutuhkan untuk penanganan atau pengobatannya, pasien dapat menghabiskan waktu selama berbulan-bulan, dan beberapa kasus mencapai tahunan. Dampak yang serius dari

luka tekan khususnya pada pasien lanjut usia yang mengalami penurunan fungsi akan lebih luas pengaruhnya tidak hanya pada pasien namun juga sistem pelayanan kesehatan. Gangguan integritas kulit masalah yang sangat serius dan potensial menyebabkan kematian dan penderitaan pasien (Crisp & Taylor, 2006) yang dikutip dalam (Jurnal Tarihoran Dame Elyzabeth 2010). Pada saat luka tekan terjadi, lama rawat di rumah sakit dan total biaya perawatan meningkat (Crisp & Taylor, 2006) yang dikutip dalam (Jurnal Tarihoran Dame Elyzabeth 2010). Negara Amerika Serikat menyebutkan biaya yang dikeluarkan antara \$5000 sampai dengan \$27000, tergantung jumlah dan tingkat keparahan dari luka tekan tersebut (Crisp & Taylor, 2006) yang dikutip dalam (Jurnal Tarihoran Dame Elyzabeth 2010). Hampir serupa dengan Amerika Serikat, negara Inggris memperkirakan biaya penanganan luka tekan menunjukkan rentang variasi yang sangat signifikan mulai dari £60 juta sampai dengan £420 juta dalam setahun (Franks, 2001 dalam Crisp & Taylor, 2006).

7. Pencegahan Luka Tekan

Pencegahan dari luka tekan adalah prioritas utama dalam merawat dan tidak terbatas pada pasien yang mengalami pembatasan mobilitas. Survei yang dilakukan terhadap 3 (tiga) rumah sakit pendidikan di Australia bagian barat: *Royal Perth Hospital*, *Fremantle Hospital* dan *Sir Charles Gairdner*, ditemukan prevalensi lukatekan rata-rata sebanyak 13.4%, ditelusuri dari angka tersebut sebanyak 9.2% merupakan kejadian luka tekan yang didapat dari rumah sakit (Crisp & Taylor, 2006) yang dikutip dalam (Jurnal Tarihoran Dame Elyzabeth 2010).

Pencegahan luka tekan berdasarkan *Nursing Intervention Classification (NIC)*:

- a. Gunakan alat pengkajian resiko luka tekan yang telah ditetapkan guna memonitor faktor resiko secara individual seperti: skala Braden.
- b. Manfaatkan metode dalam pengukuran suhu kulit untuk menentukan resiko luka tekan sesuai protokol institusi masing-masing.
- c. Dorong individu untuk tidak merokok dan konsumsi alkohol.
- d. Dokumentasikan setiap kejadian luka tekan yang pernah dialami pasien
- e. Dokumentasikan berat badan dan perubahan berat badan.
- f. Dokumentasikan kondisi kulit pasien pada saat masuk dan setiap hari.
- g. Monitor kondisi kemerahan pada kulit secara cermat.
- h. Hilangkan kelembaban yang berlebihan pada kulit yang disebabkan oleh keringat, drainase luka dan inkontinensia urin atau fekal.
- i. Gunakan pelindung seperti krim atau bantalan yang dapat menyerap kelembaban untuk menghilangkan kelembaban yang berlebihan sesuai dengan kebutuhan.
- j. Ubah posisi setiap 2 jam sesuai kebutuhan.
- k. Ubah posisi hati-hati untuk mencegah robekan pada kulit yang rapuh.
- l. Tempelkan jadwal perubahan posisi pasien disamping tempat tidur pasien, jika memungkinkan.
- m. Inspeksi daerah kulit yang berada pada daerah tonjolan tulang atau daerah yang tertekan pada saat reposisi, paling tidak satu kali sehari.
- n. Hindari melakukan pemijatan pada daerah diatas permukaan tonjolan tulang.
- o. Gunakan bantal untuk menaikkan area –area yang tertekan.

- p. Pertahankan linen dalam keadaan bersih, kering dan bebas dari kerutan.
- q. Siapkan tempat tidur dengan menggunakan bantal kaki.
- r. Gunakan tempat tidur dan kasur khusus, jika tersedia.
- s. Hindari penggunaan bantal donat pada daerah sakral.
- t. Hindari penggunaan air panas, gunakan sabun yang lembut saat mandi.
- u. Monitor sumber tekanan dan gesekan.
- v. Gunakan pelindung bahu dan tumit, sesuai kebutuhan
- w. Berikan trapeze untuk membantu pasien dalam mengangkat badan
- x. Berikan asupan nutrisi yang adekuat, terutama protein, vitamin B dan C, zat besi dan kalori, suplemen, sesuai kebutuhan.
- y. Bantu pasien memperthankan berat badan yang sehat.
- z. Ajarkan anggota keluarga dan pemberi perawatan lain tentang tanda-tanda kerusakan kulit, sesuai kebutuhan.

Menurut NPUAP (2009), terdapat enam rekomendasi dalam pencegahan luka tekan yakni:

1. Pengkajian Resiko

Pengkajian resiko diatur sebagaimana kaitannya dengan kebijakan yang berlaku dan bagaimana pelaksanaan yang ideal terhadap pengkajian resiko luka tekan. Dalam hal kebijakan, pentingnya kebijakan tentang penetapan format pengkajian resiko di semua tatanan pelayanan kesehatan, dan juga adanya edukasi kepada para profesional bidang kesehatan untuk mendemonstrasikan teknik pengkajian yang tepat. Dilengkapi pula adanya dokumentasi terhadap hal-hal diatas. Sedangkan dalam pelaksanaannya memperhatikan faktor resiko dengan

mempertimbangkan poin-poin yang ada dalam skala yang digunakan seperti skala Braden.

Berikut dibawah ini beberapa *tool* yang telah dikembangkan untuk mengkaji resiko luka tekan seperti skala Braden, skala Norton, *Waterlow, Pressure Sore Status Tool* (PSST), dan lain-lain, namun EPUAP-NPUAP merekomendasikan skala Braden sebagai alat pengkajian resiko terjadinya luka tekan yang paling baik digunakan dalam memprediksi luka tekan (EPUAP-NPUAP, 2009) yang dikutip dalam (Jurnal Tarihoran Dame Elyzabeth 2010). Skala Braden terdiri dari 6 sub skala yang mencakup nutrisi, mobilisasi, persepsi sensori, kelembaban, aktivitas, gesekan/robekan. Masing-masing sub skala memiliki jumlah 4 kecuali pada sub skala gesekan/robekan. Sebagai *tool*, skala Braden telah diuji validitas dan reliabilitasnya, dengan spesifitas 64%-90% dan sensitifitasnya antara 88%-99% (Ayello, 2007).

Di Indonesia, Era (2009), melaporkan bahwa sensitifitas skala Braden mencapai 88.2%, sedangkan spesifitasnya 72. Intervensi keperawatan sesuai dengan skor braden yang diperoleh berikut ini:

a. Skala Braden 15-18 (resiko ringan)

- 1) Rubah posisi pasien dengan teratur
- 2) Dukung pasien untuk melakukan mobilisasi se aktif mungkin
- 3) Lindungi tumit kaki pasien
- 4) Gunakan alat penyanggah untuk distribusi tekanan
- 5) Atur kelembaban, nutrisi, cegah gesekan
- 6) Kelompokkan ke tingkat resiko yang lebih tinggi bila ada faktor resiko

b. Skala Braden 13-14 (resiko sedang)

Intervensi pada skala Braden “resiko” ditambah dengan pengaturan posisi miring 30 derajat menggunakan bantal busa.

c. Skala Braden 10-12 (resiko tinggi)

Intervensi pada skala Braden “resiko sedang” ditambah dengan rubah posisi pasien setiap 1 jam sekali.

d. Skala Braden <9 (resiko sangat tinggi)

Intervensi pada skala Braden “resiko sedang” ditambah dengan penggunaan matras khusus. Perhatian khusus pada pasien dengan nyeri hebat, malnutrisi, dan lain-lain.

2. Pengkajian Kulit

Terbagi atas dua yakni pengkajian kulit dan juga perawatan kulit. Pengkajian kulit tidak lepas dari pengkajian kulit yang lengkap sesuai dengan prosedur dengan teknik yang tepat serta tidak lupa melibatkan pasien untuk memvalidasi temuan-temuan subyektif dan obyektif. Untuk perawatan kulit, dianjurkan untuk merawat kulit yang telah mengalami kerusakan dengan cara bila memungkinkan untuk tidak memberikan beban atau menjadi tumpuan berat tubuh, tidak boleh melakukan *massage* pada area yang telah dipastikan beresiko terjadinya luka tekan.

3. Nutrisi

NPUAP membagi rekomendasi secara umum dan secara spesifik. Rekomendasi umum untuk nutrisi yakni mulai dari pengkajian status nutrisi bagi setiap individu yang beresiko terjadinya luka tekan dan rekomendasi untuk segera merujuk pasien dengan resiko nutrisi kepada ahli gizi. Sedangkan rekomendasi khususnya adalah pemberian diit tinggi protein

lebih dari biasanya yang pemberiannya tidak hanya melalui satu *rute* namun kombinasi dari beberapa *rute*.

4. Reposisi

Pengaturan posisi dibagi dalam enam komponen yakni: keputusan melakukan reposisi, frekuensi reposisi, dokumentasi reposisi, reposisi pada pasien yang dapat duduk mandiri, serta pendidikan dan pelatihan tentang reposisi. Keputusan klinis dalam pengaplikasian reposisi hendaknya dipertimbangkan pada semua individu dengan resiko luka tekan, pelaksanaannya pun harus mempertimbangkan kondisi dan alat apa yang akan digunakan. Frekuensi reposisi dipengaruhi oleh variabel individu itu sendiri seperti toleransinya, tingkat mobilitas fisiknya, kondisi kulitnya dan alat penyanggah apa yang akan digunakan.

Teknik reposisi juga sangat penting, oleh karena tindakan ini berusaha untuk membebaskan adanya tekanan dan mencegah adanya kontak dengan kulit yang dapat mengakibatkan luka tekan. Teknik reposisi juga dimaksudkan untuk mencegah kontak langsung dengan peralatan medis yang mencetuskan luka tekan. Sementara itu pasien yang telah memiliki luka tekan, harus diposisikan sebaik mungkin jangan sampai terjadi penekanan pada tonjolan-tonjolan tulang.

Reposisi pada pasien yang dapat mentoleransi beberapa bentuk posisi dan kondisi kesehatannya memungkinkan, pasien harus diposisikan mengikuti kaidah miring 30 derajat atau posisi tengkurap. Hindari posisi miring 90 derajat atau posisi semi rekumben. Apabila dibutuhkan duduk diatas tempat tidur, hindari elevasi kepala tempat tidur yang akhirnya menyebabkan tekanan dan robekan pada area sakral dan koksigidis. Pengaturan posisi pada pasien yang mampu duduk, diatur sedemikian rupa untuk mendukung aktivitasnya secara

maksimal, dan pengaturan waktu sangat penting untuk mencegah adanya tekanan yang terlalu lama.

5. Alat Penyanggah

Pemilihan alat penyanggah dalam rangka pencegahan tekanan merupakan hal yang penting sesuai dengan kebutuhan pencegahan pada masing-masing pasien dan disesuaikan dengan kondisi pasien.

6. Populasi Khusus

Pasien-pasien yang masuk dalam kelompok populasi khusus yang dimaksud adalah pasien yang ada dalam kamar operasi. Dengan melakukan pengkajian lengkap terhadap faktor-faktor yang dapat mendukung kejadian luka tekan seperti: lamanya operasi, temperatur yang rendah selama operasi, terbatasnya mobilitas setelah operasi, sehingga perlu diperhatikan kondisi kulit sebelum dan setelah operasi.

C. Konsep Pengaturan Posisi

1. Pengaturan Posisi Miring 30 derajat

Berdasarkan *evidenced based* yang telah dikemukakan sebelumnya, terbukti bahwa luka tekan dapat dicegah. Salah satu rekomendasi yang ditawarkan yakni pengaturan posisi. Saat ini telah dikembangkan bentuk pengaturan posisi yang dikenal sebagai posisi miring 30 derajat. Prosedur pengaturan posisi miring 30 derajat adalah sebagai berikut:

- a. Tempatkan pasien persis ditengah tempat tidur
- b. Gunakan bantal untuk menyanggah kepala dan leher dengan sudut ketinggian tidak lebih dari 30 derajat mencegah terjadinya melorot sehingga mencegah terjadinya gesekan yang dapat mencetuskan luka tekan

- c. Tempatkan satu bantal diantara kedua kaki persis dengan bentuk memanjang
- d. Tekuk sedikit kedua kaki pasien sebelum dimiringkan
- e. Miringkan tubuh pasien ke kiri/kanan (sesuai jadwal) secara bersamaan mulai dari bagian punggung hingga panggul pasien setinggi 30 derajat
- f. Tempatkan satu bantal pada sudut antara bokong dan matras (yang paling utama dibawah area sakral)
- g. Usahakan area tumit tidak tertekan, dapat disanggah dengan menempatkan satu bantal lagi dibawah tumit.



Courtesy Barbara Bates (Sari, 2007)

Berdasarkan skema tersebut, dapat terlihat bahwa pasien dengan diagnosa stroke akan mengalami *defisit neurologis* yang bisa berupa kehilangan fungsi motorik, gangguan persepsi sensori, gangguan fungsi intelektualitas, gangguan komunikasi, gangguan eliminasi. Kerusakan afek. Salah satu manifestasi tersebut yakni adanya gangguan mobilitas fisik akibat kehilangan fungsi motorik yang menyebabkan pasien menjadi imobilisasi dan harus tirah baring di atas tempat tidur. Tirah baring yang lama dan tidak adanya kemampuan tubuh untuk

dapat bergerak menimbulkan adanya daya gravitasi yang akan memberikan tekanan pada area yang dibawahnya. Faktor tekanan ini dapat bervariasi pada setiap orang dan bisa dipengaruhi oleh proporsi tubuh yang akan berdistribusi pada saat berbaring.

Tekanan yang dibiarkan terus menerus akan menyebabkan toleransi jaringan terhadap tekanan menjadi buruk. Tekanan yang tidak dapat ditoleransi tersebut akhirnya menyebabkan terhambatnya pembuluh darah dan akhirnya menyebabkan hipoksia jaringan. Akibatnya terjadi kebocoran kapiler disebabkan permeabilitas yang meningkat. Lama-kelamaan jaringan yang mengalami hipoksia tersebut bila dibiarkan terus menerus akan menyebabkan jaringan menjadi iskemik. Metabolisme anaerob pun berlangsung sehingga akumulasi sampah metabolik menumpuk dan menyebabkan akumulasi protein di ruang intersisial dan mendukung terjadinya edema jaringan.

Edema jaringan akan menghalangi perfusi, sehingga perfusi yang ada sangat buruk. Perfusi yang buruk tersebutlah yang mencetuskan terjadinya luka tekan. Sebagai salah satu intervensi keperawatan, pemberian posisi miring 30 derajat bertujuan untuk membebaskan adanya tekanan sebelum terjadi iskemia jaringan, sehingga terjadi *reaktif hiperemia*, dan mengatasi hipoksia jaringan. Sehingga iskemik jaringan tidak sempat terjadi dan luka tekan pun tidak akan pernah ada.

Pengaruh posisi miring dengan 30 derajat pernah diteliti, dimana luka tekan pada area trokanter dan sakral dapat dieliminasi dengan memiringkan pasien posisi miring 30 derajat secara teratur dan menyangganya dengan matras yang sangat lembut. Posisi ini terbukti menjaga pasien terbebas dari penekanan area trokanter dan sakral (NPUAP-EPUAP, 2009).

BAB III

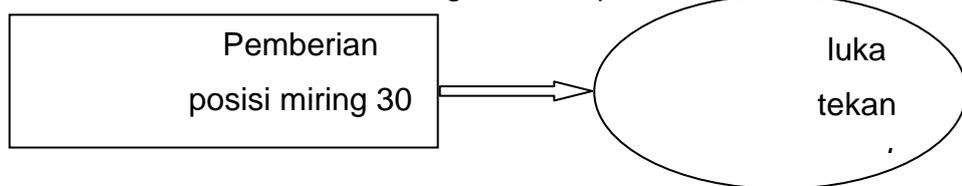
KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

A. Kerangka Konsep

Variabel independen adalah variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel dependen (terikat) (Sugiyono, 2009), sedangkan variabel dependen adalah variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas. Pengaturan posisi miring 30 derajat dapat mempengaruhi luka tekan karena dapat membebaskan adanya tekanan sebelum terjadi iskemia jaringan, dan mengatasi hipoksia jaringan. Sehingga tidak terjadi iskemia pada jaringan kulit yang ditandai dengan kulit intak dengan kemerahan yang tidak hilang meski ditekan, terlokalisasi, biasanya terdapat di permukaan tulang. Pigmen kulit tampak lebih gelap dan berbeda dari area sekitarnya. Kulit akan nyeri saat diraba, lembut dan hangat.

Berdasarkan teori diatas, maka dapat digambarkan kerangka konsep sebagai berikut:

Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian



Keterangan:



:Variabel independent



:Penghubung antar variabel



:Variabel dependent

B. Hipotesis Penelitian

Berdasarkan rumusan tujuan dan pertanyaan penelitian pada bagian sebelumnya, maka dapat dirumuskan hipotesis penelitian sebagai berikut :

Pemberian tindakan posisi miring 30 derajat berpengaruh terhadap luka tekan *grade 1 (Non Blanchable Erythema)*.

C. Definisi Operasional

Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Parameter	Cara Ukur	Skala Ukur	Skor
Variabel independen: Pemberian posisi miring 30 derajat pada pasien stroke	Tindakan yang dilakukan untuk mengatur posisi miring pasien dengan posisi 30 derajat.	Memberikan posisi miring 30 derajat dengan prosedur sebagai berikut: -Pasien tidur dengan posisi miring 30 derajat -Bantal menyangga kepala dan leher -Bantal menyanggah bagian bokong dan diantara kedua kaki -Miring kekanan atau miring kekiri setiap dua jam sekali	-	-	1. <i>Pre:</i> Pengukuran sebelum pemberian intervensi 2. <i>Post:</i> Pengukuran sesudah pemberian intervensi

<p>Variabel dependen: Luka tekan <i>grade 1</i></p>	<p>Adanya luka yang ditemukan pada kulit akibat adanya tekanan pada area/lokasi tertentu.</p>	<p>-Kulit intak dengan kemerahan -Terlokalisasi -Pigmen kulit tampak lebih gelap -kulit nyeri saat diraba -kulit lembut dan hangat</p>	<p>Lembar evaluasi perkembangan kondisi kulit</p>	<p>Nominal</p>	<p>1: Terjadi luka tekan <i>grade 1 (Non Blanchable Erythema)</i> 2: Tidak terjadi luka tekan <i>grade 1 (Non Blanchable Erythema)</i>.</p>
---	---	--	---	----------------	--

BAB IV METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian

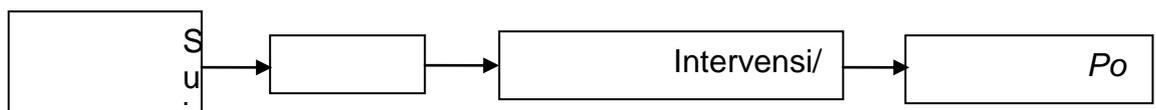
Penelitian ini menggunakan desain *Quasi-experimental* dengan *pre and post test without control*. Dalam penelitian ini hanya menggunakan kelompok intervensi. Kelompok intervensi yaitu kelompok yang diberi perlakuan dan diharapkan terjadi perubahan atau pengaruh terhadap variabel lain (Setiadi, 2013).

Penelitian eksperimen atau percobaan (*experimental research*) adalah suatu penelitian dengan melakukan kegiatan percobaan (*experiment*) yang bertujuan untuk mengetahui gejala atau pengaruh yang timbul, sebagai akibat adanya perlakuan tertentu atau eksperimen tersebut. Ciri khusus dari penelitian eksperimen adalah adanya percobaan atau *trial* atau *intervensi* (Notoatmodjo, 2010).

Kelompok intervensi merupakan kelompok yang mendapat perlakuan pengaturan posisi sesuai dengan standar asuhan keperawatan sehari-hari di rumah sakit dengan modifikasi posisi miring 30 derajat. Setelah itu efek intervensi atau perlakuan tersebut dianalisis dan diukur guna melihat adanya hubungan sebab akibat antar variabel (Polit and Beck, 2006).

Gambar 4.1

Skema desain penelitian *pre and post test without control*



B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada setiap ruang rawat inap Rumah Sakit

Stella Maris Makassar.

2. Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan mulai bulan Maret 2016.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi dan Sampel

Populasi dari penelitian ini adalah semua pasien stroke yang dirawat di ruang rawat inap Rumah sakit Stella Maris Makassar. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *non probability sampling*, dengan menggunakan *purposive sampling* yaitu teknik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu sesuai yang dikehendaki peneliti (Setiadi, 2013).

a. Kriteria Sampel

Pasien yang menjadi sampel dalam penelitian ini adalah pasien yang telah memenuhi kriteria inklusi berikut dibawah ini:

- 1) Pasien yang terdiagnosa stroke (setelah fase akut)
- 2) Pasien stroke dalam keadaan sadar
- 3) Menjalani perawatan inap di rumah sakit minimal 3 hari
- 4) Immobilisasi (tidak mampu miring kiri dan kanan secara mandiri)

Sedangkan kriteria eksklusi:

- 1) Pasien dalam kondisi gelisah atau tidak kooperatif
- 2) Pasien dengan riwayat kejang
- 3) Pasien stroke yang tidak sadar

D. Alat Pengumpul Data

1. Kuesioner Identitas Responden

Dalam kuesioner identitas responden, data karakteristik yang telah dikumpulkan yakni: nomor rekam medik, nama (inisial), usia, jenis kelamin, diagnosa medis.

2. Format pengkajian luka tekan

3. Format evaluasi Luka Tekan

Grade 1: *Non Blanchable Erythema* (NPUAP, 2009).

Kulit intak dengan kemerahan yang tidak hilang saat ditekan, terlokalisasi, biasanya terdapat di permukaan tulang. Pigmen kulit tampak lebih gelap mungkin akan berbeda dengan area sekitarnya. Kulit akan nyeri saat diraba, lembut dan hangat. Selama evaluasi kondisi kulit pasien akan dibandingkan dengan kriteria terjadinya luka tekan *grade 1 (Non Blanchable Erythema)* dimana kulit berwarna merah yang menetap, hangat, dan nyeri bila diraba.

E. Pengolahan Data

1. *Editing*

Adalah memeriksa daftar pertanyaan yang telah diserahkan oleh para pengumpul data (Setiadi, 2013).

2. *Coding*

Adalah mengklasifikasikan jawaban-jawaban dari para responden ke dalam bentuk angka/bilangan. Biasanya klasifikasi dilakukan dengan cara memberi tanda /kode berbentuk angka pada masing-masing jawaban (Setiadi, 2013).

3. *Processing*

Data, yakni jawaban-jawaban dari masing-masing responden yang dalam bentuk “kode” (angka atau huruf) dimasukkan dalam program atau “*software*” (Notoatmodjo, 2010).

4. *Cleaning*

Merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di- entry apakah ada kesalahan atau tidak (Setiadi, 2013).

F. Analisa Data

1. Analisis Univariat

Data yang telah diperoleh diolah. Hasil penelitian akan dianalisis secara univariat dan bivariat dengan menggunakan perangkat lunak (*software*) statistik. Analisis univariat dilakukan untuk memperoleh gambaran distribusi frekuensi masing-masing variabel yang diteliti.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui hubungan antar kedua variabel (variabel dependen dan independen) .Untuk mengetahui hubungan tersebut, maka dilakukan uji menggunakan metode statistik yaitu metode komputer program SPSS versi 21, dengan uji statistik non parametrik yaitu uji *Wilcoxon* dengan nilai kemaknaan $\alpha = 0,05$ dengan interpretasi:

- a. Bila $p \text{ value} < \alpha$, maka H_a diterima dan H_0 diolak, artinya ada pengaruh pemberian tindakan posisi miring 30 derajat terhadap luka tekan grade 1 (*Non Blanchable Erythema*) pada pasien stroke.
- b. Bila $p \text{ value} \geq \alpha$, maka H_a ditolak dan H_0 diterima, artinya tidak ada pengaruh pemberian tindakan posisi miring 30 derajat terhadap luka tekan *grade 1 (Non Blanchable Erythema)* pada pasien stroke.

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Pengantar

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 1 Maret 2016 sampai tanggal 23 Maret 2016. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *non probability sampling* dengan menggunakan *purposive sampling* yaitu teknik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu sesuai yang dikehendaki peneliti dengan jumlah sampel 15 orang.

Data yang diperoleh kemudian diolah dengan menggunakan komputer program SPSS *windows* versi 21.00, dimana datanya dianalisis dengan uji statistik wilcoxon untuk melihat perbedaan sebelum diberikan intervensi (*pretest*) dan setelah diberikan intervensi (*posttest*), dengan tingkat kemaknaan $\alpha = 0,05$, dan $Z_{hitung} > Z_{tabel} (1,96)$.

2. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Stella Maris Makassar merupakan salah satu rumah sakit swasta Katolik di kota Makassar. Rumah sakit ini didirikan pada tanggal 8 Desember 1938, diresmikan pada tanggal 22 September 1938 dan kegiatan dimulai pada tanggal 7 Januari 1940. Rumah sakit ini berada di jalan Somba Opu No.273, Kelurahan Losari, Kecamatan Ujung Pandang, Kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan.

Terbentuknya Rumah Sakit Stella Maris bermula dari nilai kasih yang tulus dan membuahkan cita-cita luhur yang

membuat keperihatinan dan kepedulian akan penderitaan orang-orang kecil yang tidak mampu. Oleh karena itu, sekelompok suster JMJ Komunitas Rajawali mewujudkan kasih dan cita-cita tersebut kedalam suatu rencana untuk membangun Rumah Sakit Katolik yang berpedoman pada nilai-nilai Injil.

Rumah Sakit Stella Maris memiliki visi dan misi tersendiri. Dalam penyusunan visi dan misi, pihak Rumah Sakit Stella Maris mengacu pada misi Tarekat dan Yayasan Ratna Miriam sebagai pemilik Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Adapun visi misi Rumah Sakit Stella Maris adalah sebagai berikut :

a. Visi

Menjadi rumah sakit terbaik di Sulawesi Selatan, khususnya di bidang keperawatan dengan semangat cinta kasih Kristus pada sesama.

b. Misi

Senantiasa siap sedia memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas sesuai dengan perkembangan teknologi dan kebutuhan masyarakat umum, termasuk mereka yang berkekurangan dan dilandasi dengan semangat cinta kasih Kristus kepada sesama.

Visi misi ini selanjutnya diuraikan untuk melanjutkan arah strategi Rumah Sakit Stella Maris sebagai dasar penyusunan programnya.

Berikut ini adalah uraian visi dan misi Rumah Sakit Stella Maris:

a. Uraian visi

- 1) Menjadi rumah sakit dengan keperawatan terbaik di Sulawesi Selatan.
- 2) Mengutamakan cinta kasih Kristus dalam pelayanan kepada sesama.

b. Uraian misi

- 1) Tetap memperhatikan golongan masyarakat lemah (*option for the poor*).
- 2) Pelayanan dengan mutu keperawatan primer.
- 3) Pelayanan yang adil dan merata.
- 4) Pelayanan kesehatan dengan standar peralatan kedokteran yang mutahir dan komprehensif.
- 5) Peningkatan kesejahteraan karyawan dan kinerjanya.

3. Penyajian Karakteristik Responden

Analisis dalam penelitian ini akan menggambarkan distribusi frekuensi data demografi dari responden dengan melihat umur, jenis kelamin dan jenis stroke.

a. Berdasarkan kelompok umur

Tabel 5.1

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Karakteristik Umur Yang Mengalami Luka Tekan *Grade 1* Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar Bulan Maret 2016.

Umur (tahun)	Frekuensi(f)	Persentase(%)
44 – 53	3	20,0
54 – 63	2	13,3
64 – 73	3	20,0
74 – 83	4	26,7
84 – 93	3	20,0
Total	15	100,0

Data primer, 2016

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa umur responden terbanyak adalah umur 74-83 tahun sebanyak 4 orang (26,7%), dan umur responden terkecil adalah 54-63 sebanyak 2 orang (13,3%).

b. Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 5.2

Distribusi Frekuensi Berdasarkan karakteristik Jenis Kelamin Yang Mengalami Luka Tekan *Grade 1* Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar Bulan Maret 2016.

Jenis kelamin	Frekuensi(f)	Persentase(%)
Laki-laki	6	40,0
Perempuan	9	60,0
Total	15	100,0

Sumber : Data Primer, 2016

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa , dari hasil penelitian yang dilaksanakan karakteristik responden dengan jenis kelamin perempuan sebanyak 9 orang (60%), dan responden laki-laki sebanyak 6 orang (40%).

Tabel 5.3

Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Stroke Yang Mengalami Luka Tekan *Grade 1* Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar Bulan Maret 2016.

Jenis Stroke	Frekuensi(f)	Persentase(%)
Non Hemoragik Stroke	12	80,0
Hemoragik Stroke	3	20,0
Total	15	100,0

Sumber : Data Primer, 2016

Berdasarkan karakteristik jenis stroke menunjukkan responden terbanyak adalah NHS sebanyak 12 orang (80%) dan HS sebanyak 3 orang (20%).

Tabel 5.4
Distribusi Frekuensi Berdasarkan Lama Perawatan Yang Mengalami Luka Tekan *Grade 1* Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar Bulan Maret 2016.

Lama Perawatan	Frekuensi(f)	Persentase
6	6	40,0.
7	5	33,3
8	1	6,7
13	1	6,7
18	1	6,7
21	1	6,7
Total	15	100,0

Sumber: Data Primer, 2016

Berdasarkan table diatas menunjukkan bahwa lama perawatan tertinggi adalah 21 hari sebanyak 1 responden (6,7 %) dan lama perawatan terendah yaitu 6 hari sebanyak 6 orang (40%).

Tabel 5.5
Distribusi Frekuensi Berdasarkan Area Luka Tekan Yang Mengalami Luka Tekan *Grade 1* Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar Bulan Maret 2016.

Area luka tekan	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Sakrum	7	46,7
Sakrum dan tumit kanan	1	6,7
Siku kanan	1	6,7
Sakrum dan trokanter kiri	2	13,3
Tumit kiri dan siku kiri	1	6,7

Sakrum dan tumit kiri	2	13,3
Sakrum dan trokanter kanan	1	6,7
Total	15	100,0

Sumber: Data Primer, 2016

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa area luka tekan terbanyak adalah sakrum dengan 7 responden (46,7) dan terendah terdapat pada sakrum dan tumit kanan, siku kanan, tumit kiri dan siku kiri, sakrum dan trokanter kanan masing-masing 1 responden (6,7).

4. Penyajian Hasil Yang Diukur

a. Analisa Univariat

- 1) Kejadian luka tekan *grade* 1 sebelum diberikan tindakan posisi miring 30 derajat

Tabel 5.4

Distribusi Frekuensi Kejadian Luka Tekan *Grade* 1 Pre Intervensi Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar Bulan Maret 2016.

Kejadian luka tekan grade 1	Frekuensi	Presentasi (%)
Terjadi luka tekan	15	100,0
Total	15	100,0

Sumber : Data Primer, 2016

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan kejadian luka tekan *grade* 1 Pre Intervensi sebanyak 15 orang (100%).

2). Kejadian luka tekan *grade* 1 sebelum diberikan tindakan posisi miring 30 derajat

Tabel 5.5
Distribusi Frekuensi Kejadian Luka Tekan *Grade* 1 *Post* Intervensi Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar Bulan Maret 2016.

Kejadian luka tekan <i>grade</i> 1	Frekuensi (f)	Presentasi (%)
Terjadi luka tekan	3	20,0
Tidak terjadi luka tekan	12	80,0
Total	15	100,0

Sumber : Data Primer, 2016

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa yang masih mengalami kejadian luka tekan *grade* 1 *post* intervensi sebanyak 3 orang (20%) dan yang tidak mengalami luka tekan sebanyak 12 orang (80%).

b. Analisa Bivariat

Tabel 5.6
Analisa Pengaruh Pemberian posisi miring 30 derajat terhadap luka tekan *grade* 1 di ruang perawatan Rumah Sakit Stella Maris Makassar Bulan Maret 2016.

		N	Mean Rank	P
Post-Pre	Negative Ranks	0 ^a	.00	.001
	Positive Ranks	12 ^b	6.50	
	Ties	3 ^c		
Total		15		

Keterangan:

Negative Ranks : post < pre
Positive Ranks : post > pre
Ties : post = pre

Berdasarkan hasil uji statistik dengan uji *Wilcoxon* diperoleh nilai $p = 0,001$ dengan tingkat kemaknaan (signifikan) $\alpha = 0,05$ artinya $p < \alpha$. Maka H_a diterima dan H_o ditolak artinya ada pengaruh pemberian tindakan posisi miring 30 derajat terhadap luka tekan grade 1 (*Non Blanchable Erythema*) pada pasien stroke.

B. Pembahasan

Untuk Menganalisis Pengaruh Pemberian Tindakan Posisi Miring 30 Derajat Terhadap Luka Tekan *Grade 1 (Non Blanchable Erythema)* Pada Pasien Stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar peneliti menggunakan uji Statistik *uji Wilcoxon* sehingga didapatkan hasil nilai $p=0,001 < \alpha=0,05$ atau bisa dikatakan nilai $p < \alpha$ jadi menunjukkan hasil bahwa ada Pengaruh Pemberian Tindakan Posisi Miring 30 Derajat Terhadap Luka Tekan *Grade 1 (Non Blanchable Erythema)* Pada Pasien Stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Menurut Tom Defloor (2000) dalam jurnal yang dilakukan oleh Tarihoran E, (2010) yang pernah meneliti sepuluh posisi yang berbeda-beda saat pasien diatas tempat tidur, dari kesepuluh posisi itu, didapatkan bahwa tekanan yang paling minimal dicapai saat diposisikan miring 30 derajat. Maklebus dalam "*rule of 30*" dimana posisi kepala tempat tidur ditinggikan sampai dengan 30 derajat dan posisi badan pasien dimiringkan sebesar 30 derajat dapat disanggah dengan bantal busa. Posisi ini terbukti untuk menjaga posisi pasien terbebas dari penekanan pada area trokanter dan sakral.

Penelitian yang dilakukan oleh Trihoran E, (2010) dengan judul Pengaruh Posisi Miring 30 derajat Terhadap Kejadian Luka Tekan *Grade 1 (Non Blanchable Erythema)* Pada Pasien Stroke

Di Siloam Hospitals Jakarta. Dengan metode *quasy eskperimen*, pada 33 responden yang terbagi dalam 2 *group* yaitu kelompok *control* 16 responden dan kelompok intervensi 17 responden. Gambaran karakteristik dari 33 responden penelitian dimana rata-rata usia responden adalah 65 tahun, dengan usia paling muda adalah 45 dan yang tertua 85 tahun. Intervensi yang dilakukan adalah dengan posisi miring kearah yang mengalami hemiplegik adalah 1 jam kemudian terlentang 2 jam dan miring kearah yang sehat 2 jam. Didapatkan hasil bahwa pemberian posisi miring 30 derajat untuk mencegah kejadian luka tekan, ditemukan bahwa terdapat 6 (37.5%) responden pada kelompok kontrol mengalami luka tekan. Sedangkan pada kelompok intervensi terdapat 1 (5.9%) responden terjadi luka tekan. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p= 0.039$, disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengaturan posisi dengan kejadian luka tekan. Diperoleh pula nilai $OR= 9.600$, artinya responden yang tidak diberi perlakuan posisi miring 30 derajat mempunyai peluang 9.6 kali untuk terjadi luka tekan dibanding dengan responden yang diberi perlakuan posisi miring 30 derajat. Pada kelompok intervensi ditemukan satu orang responden yang mengalami luka tekan grade I (*Non Blanchable Erythema*) pada area sakrum di daerah kuadran kanan atas. Sedangkan pada kelompok control ada 6 responden yang mengalami luka tekan *grade I (Non Blanchable Erythema)* masing-masing dengan lokasinya: trokanter kanan, trokanter kiri + siku kiri, Trokanter kiri + tumit kiri, tumit kiri, trokanter kanan + siku kanan, sakrum kuadran kanan atas.

Menurut asumsi peneliti sendiri, semakin sering pasien diberi posisi miring 30 derajat akan semakin berpengaruh terhadap luka tekan yang dialami pasien, karena ketika pasien dimiringkan maka akan mengurangi tekanan pada area tertentu dan

memudahkan kulit *terekspose* udara. Seperti yang kita ketahui bahwa pemberian posisi miring 30 derajat akan memberikan dampak yang baik terhadap pasien yang mengalami kelemahan anggota gerak yaitu mencegah dan mengurangi adanya luka tekan.

Terkait dengan pengaturan posisi, beberapa penelitian merekomendasikan pencegahan luka tekan pada pasien immobilisasi dilakukan dengan cara pemberian tekanan yang paling minimal dicapai oleh tubuh pasien saat diposisikan miring 30°. Pengaruh posisi miring dengan 30° juga diteliti oleh Seiler tahun 2005. Dimana luka tekan pada area trokanter dan sakral dapat dieliminasi dengan memiringkan pasien posisi miring 30° secara teratur dan menyangganya dengan matras yang sangat lembut. Posisi ini terbukti menjaga pasien terbebas dari penekanan area trokanter dan sakral. Hasil dari beberapa *evidence* atas merekomendasikan kemiringan badan dengan sudut 30° dibandingkan sudut 90° dalam mencegah kejadian luka tekan. Pengaturan posisi miring 30° memiliki tekanan yang paling minimal dibandingkan posisi dengan derajat kemiringan lainnya. Tekanan yang minimal ini akan memperlambat terjadinya perkembangan luka tekan, serta memiliki keuntungan lain seperti lebih mudah dalam memposisikan atau memiringkan badan pasien, risiko jatuh yang lebih rendah, dan jumlah bantal untuk menyangga badan pasien lebih sedikit.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar didapatkan bahwa 12 responden (80%) yang tidak mengalami luka tekan setelah diberikan intervensi. Hal ini terjadi karena posisi miring 30 derajat dapat meminimalkan tekanan pada area yang terkena luka tekan dan dapat melancarkan peredaran darah. Sedangkan, 3 responden (20%) yang masih mengalami luka tekan. Hal tersebut

terjadi pada pasien ini karena kurangnya upaya melakukan kebersihan *toileting* pada daerah punggung. Hal ini terbukti pada saat dilakukan observasi pada pagi hari selalu didapatkan adanya rembesan air kencing di pampers dan banyaknya keringat yang ada di tubuh pasien sehingga memudahkan terjadinya iritasi pada pasien tersebut yang kemudian masih menyebabkan luka tekan. Hal ini juga disebabkan oleh faktor usia karena pasien yang sudah tua memiliki resiko lebih tinggi untuk terkena luka tekan karena kulit dan jaringan akan berubah seiring dengan penuaan sehingga terjadi kehilangan otot dan penurunan elastisitas kulit.

Menurut Vanderwee (2006) dalam jurnal yang dilakukan oleh Tarihoran E, (2010) bahwa luka tekan dapat terjadi dalam waktu 3 hari sejak terpaparnya kulit akan tekanan. Hal ini dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti penurunan mobilitas, aktivitas yang berkurang, dan penurunan sensori persepsi sebagai faktor dimensi tekanan. Sedangkan dari dimensi toleransi jaringan terdiri dari faktor intrinsik (rendahnya nutrisi, usia tua, tekanan arteriolar yang rendah dan faktor ekstrinsik (kelembaban yang tinggi, gesekan). Faktor-faktor resiko yang diduga berkaitan dengan terjadinya luka tekan yakni usia diatas 70 tahun, riwayat merokok, indeks massa tubuh (IMT) yang rendah, gangguan mobilitas, perubahan status mental, inkontinensia, malnutrisi, dan riwayat mengalami luka tekan.

Pengaturan posisi merupakan salah satu bentuk intervensi keperawatan yang sangat tidak asing dan ditetapkan dalam rangka pencegahan luka tekan khususnya pada pasien-pasien dengan imobilisasi. Imobilisasi merupakan manifestasi yang paling sering ditemukan pada pasien dengan gangguan neurologis seperti stroke. Tindakan pencegahan luka tekan pada pasien stroke harus dilakukan sedini mungkin dan terus menerus.

Pemberian posisi yang benar sangatlah penting dengan sasaran utama pemeliharaan integritas kulit yang dapat mengurangi tekanan

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilaksanakan terhadap 15 responden pada tanggal 1 Maret – 23 Maret 2016 di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka dapat disimpulkan bahwa :

1. Kejadian luka tekan grade 1 sebelum diberikan intervensi posisi miring 30 derajat pada pasien stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar sebanyak 15 pasien
2. Kejadian luka tekan grade 1 setelah diberikan intervensi posisi miring 30 derajat pada pasien stroke di RS Stella Maris Makassar sebanyak 3 orang
3. Ada perbedaan kejadian luka tekan sebelum dan sesudah diberikan posisi miring 30 derajat dimana dapat mengurangi angka kejadian luka tekan grade 1. Sehingga dapat disimpulkan bahwa ada perubahan atau pengaruh pemberian tindakan posisi miring 30 derajat terhadap luka tekan grade 1 pada pasien stroke.

B. SARAN

1. Bagi Perawat
Perawat perlumemberikan tindakan posisi miring 30 derajat secara rutin dan terjadwal kepada pasien baik di ICU dan ruang perawatan karena posisi miring 30 derajat merupakan tindakan keperawatan yang efektif, dan semakin sering dilakukan akan memberikan hasil yang baik sehingga dapat dijadikan intervensi pada setiap pasien yang mengalami luka tekan..
2. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini dapat memotivasi pihak Rumah Sakit Stella Maris Makassar untuk lebih meningkatkan dalam pelaksanaan pemberian posisi miring 30 derajat agar dapat diaplikasikan dalam tindakan keperawatan.

3. Bagi Institusi

Hasil penelitian ini digunakan sebagai sumber referensi pada institusi Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Stella Maris Makassar dan dijadikan dokumentasi ilmiah untuk meningkatkan minat peneliti selanjutnya.

4. Bagi Peneliti

Peneliti selanjutnya yang ingin meneliti kembali dengan topik yang sama, bisa mengambil dengan judul bagaimana pengaruh atau tingkat keberhasilan pemberian posisi miring 30 derajat terhadap luka tekan grade 1 pada pasien stroke dan mengambil sampel dalam jumlah yang lebih besar.

DAFTAR PUSTAKA

- Ariani, T. A. (2012). *Sistem Neurobehaviour*. Edisi Pertama. Salemba Medika. Jakarta
- Batticaca, Fransisca B. (2008). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika
- Corwin, E. J. (2009). *Buku Saku Patofisiologi*. EGC. Jakarta
- Compas, C. (2010). *Manajemen Pencegahan Luka Tekan*. www.afmc.org. Diakses pada tanggal 30 november 2015.
- Depkes RI. (2007). *Standar Pelayanan Unit Stroke*. Jakarta : Depkes RI.
- Era, D. K. (2009). *Efektifitas Skala Braden Dalam Memprediksi Kejadian Luka Tekan di Bangsal Bedah –Dalam RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang*. FIK UI. <http://www.core.ac.uk>, Diakses pada tanggal 29 November 2015.
- Muttaqin, A. (2008). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Edisi Pertama. Salemba Medika. Jakarta
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan: edisi 2*. Jakarta: PT. Rineka cipta.
- Patricia (2012). *Keperawatan Kritis Pendekatan Asuhan Holistik*. Jakarta: EGC

Sari, Y. (2007). *Luka Tekan: Penyebab dan Pencegahan*.
www.ppni.com.

Diakses pada tanggal 30 November 2015

Setiadi. (2013). *Konsep dan praktik penulisan riset keperawatan*. Edisi 2.
Yogyakarta: graha ilmu.

Setiyawan. (2008). *Hubungan tingkat pengetahuan, sikap dengan perilaku perawat dalam upaya pencegahan dekubitus di rumah sakit Cakra Husada Klaten*.

Sopiyudin. (2009). *Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel dalam Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.

Sopiyudin. (2011). *Statistik Untuk Kedokteran Dan Kesehatan*. Edisi 5.
Jakarta: Salemba Medika

Tarihoran, D. E. T. (2010). *Pengaruh Posisi Miring 30 Derajat Terhadap Kejadian Luka Tekan Grade I (Non Blanchable Erythema) Pada Pasien Stroke di Siloam Hospital*. [Http://www.lontar.ui.id/](http://www.lontar.ui.id/). Diakses pada tanggal 23 November 2015

**FORMAT PEMBERIAN TINDAKAN POSISI MIRING 30 DERAJAT
TERHADAP LUKA TEKAN GRADE 1**

A. IDENTITAS PASIEN

Medical Record :
Nama (Inisial) :
Umur :
Diagnosa Medis :
Jenis Kelamin : Perempuan Laki-laki
Hari Rawat :

B. FORMAT PENGKAJIAN AREA LUKA TEKAN

Tanda Area	Kulit intak dengan kemerahan	Pigmen tampak gelap	Nyeri	Lembut/Hangat
Sakrum				
Trokanter ki/ka				
Tumit ki/ka				
Siku ki/ka				
Lutut				
Bahu				

C.EVALUASI PERKEMBANGAN KONDISI KULIT

Tanda Area	Kulit intak dengan kemerahan			Pigmen tampak gelap			nyeri			Lembut/ Hangat			Evaluasi luka tekan grade 1	Kode
	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III		
Sakrum														
Trokanter ki/ka														
Tumit ki/ka														
Siku ki/ka														
Lutut														
Bahu														

Keterangan Luka Tekan *Grade 1*:

1 : Terjadi luka tekan

2 : Tidak terjadi luka tekan