

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. 1 Lokasi Risiko <i>Pressure Ulcer</i> .....	8
Gambar 1. 2 Letak Tonjolan Tulang Risiko <i>Pressure Ulcer</i> .....	8
Gambar 1. 3 Derajat 1 <i>Pressure Ulcer</i> .....	12
Gambar 1. 4 Derajat 2 <i>Pressure Ulcer</i> .....	12
Gambar 1. 5 Derajat 3 <i>Pressure Ulcer</i> .....	13
Gambar 1. 6 Derajat 4 <i>Pressure Ulcer</i> .....	13
Gambar 1. 7 Teknik <i>Massage Effleurage</i> Punggung .....	21
Gambar 1. 8 Teknik <i>Massage Effleurage</i> Punggung .....	23
Gambar 1. 9 Teknik <i>Massage Effleurage</i> Punggung .....	23
Gambar 1. 10 Pengaturan Posisi Miring 30° .....	28
Gambar 1. 11 Pengaturan Posisi Tidur 90° .....	28

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Permohonan Izin Uji Etik
- Lampiran 2 Surat Ethical Clereance
- Lampiran 3 Jawaban Izin Penelitian
- Lampiran 4 Permohonan Izin Pengambilan Data
- Lampiran 5 Uji Validasi
- Lampiran 6 Daftar Presensi Persamaan Persepsi
- Lampiran 7 Penjelasan Penelitian
- Lampiran 8 Informed Conccent
- Lampiran 9 Form Pengukuran Skor Awal Perlakuan *Massage Effleurage*  
Menggunakan *VCO* dan *Proper Positioning* Sebagai Upaya  
Pencegahan Dekubitus
- Lampiran 10 Form Evaluasi Skor Intervensi Perlakuan *Massage Effleurage*  
Menggunakan *VCO* dan *Proper Positioning* Sebagai Upaya  
Pencegahan Dekubitus
- Lampiran 11 Standar Operasional Prosedur Massage Punggung Menggunakan  
Teknik *Effleurage* Menggunakan *VCO* dan *Proper Postioning*
- Lampiran 12 Rekapitulasi Data Penelitian
- Lampiran 13 Output Analisis Data Spss
- Lampiran 14 Pelaksanaan Kegiatan Penelitian

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

*Pressure Ulcer* sering disebut dengan *pressure ulcers* biasanya terjadi pada permukaan tulang yang menonjol akibat dari peningkatan tekanan kapiler akibat tekanan jangka panjang yang biasanya muncul dalam waktu >48 jam sejak terjadi tekanan pada area tulang yang menonjol. Faktor risiko yang memicu terjadinya *pressure ulcers* adalah penurunan mobilitas, usia lanjut, status nutrisi yang rendah, kelembaban yang tinggi dan adanya gesekan serta robekan pada kulit (Sontina Saragih et al., (2025) dan Braden (2000)). Pasien dengan tirah baring lama di rumah sakit yang tidak mendapatkan tindakan pencegahan *pressure ulcers* dengan baik akan membuat pasien terkena *pressure ulcers* stadium I, hal ini akan berkembang terus-menerus jika tidak diberikan perawatan dekubitus dengan baik.

Prevalensi angka kejadian *pressure ulcers* pada pasien *bedrest* di rumah sakit di seluruh dunia adalah sebesar 12,8% dengan tingkat kejadian sebesar 5,4% per 10.000 pasien-hari; sementara itu tingkat cedera tekan yang didapat di rumah sakit sebesar 8,5% (Li et al., 2020). Di Indonesia angka kejadian ini lebih tinggi yakni mencapai 40% dibandingkan dibandingkan dengan prevalensi *pressure ulcers* di negara ASEAN yang berkisar 2,1 – 31,3% (Suriadi (2018) dalam (Sulistiyawati, 2023)). Disamping itu, di Yogyakarta sendiri angka kejadian *pressure ulcers* mencapai 20% dengan rata-rata waktu kejadian dekubitus adalah 11 hari perawatan (Wardani, 2019).

Berdasarkan studi pendahuluan di PPI RS Panti Rapih, jumlah pasien *bedrest* pada tahun 2024 di Ruang Elisabeth mengalami peningkatan 28% dibandingkan pada tahun 2023 (2168 pasien menjadi 2777 pasien) dengan penurunan jumlah pasien *pressure ulcers* sebesar 21% (14 pasien menjadi 11 pasien). Meski demikian, angka tersebut masih jauh dari standar kejadian *pressure ulcers* di Rumah Sakit Panti Rapih yaitu 1,4% dan menjadikan indikator pelayanan rumah sakit belum terpenuhi. Keterbatasan kasur

dekubitus dan Standar Operasional Prosedur (SOP) mengenai tindakan *Massage* yang masih belum lengkap, juga dapat meningkatkan risiko *pressure ulcers* pada pasien *bedrest*. Dampak lain yang ditimbulkan adalah *Length Of Stay* (LOS) yang lama atau tingginya beban terhadap biaya rawat inap sesuai lama waktu perawatan pasien. Selain itu, pasien yang *bedrest* lama dan sudah memiliki *pressure ulcers* dengan stadium lanjut akan beresiko memperberat kondisi pasien. Peneliti memilih ruang Elisabeth 4 sebagai lokasi penelitian karena Elisabeth 4 memiliki pasien *bedrest* dengan jumlah yang cukup banyak dari ruangan lain, serta risiko terjadi *pressure ulcers* yang tinggi. Faktor yang menjadi pertimbangan adalah keterbatasan pendampingan keluarga, dimana tindakan *massage* dan *proper positioning* dapat pula dilakukan oleh keluarga untuk mencegah terjadinya *pressure ulcers*. Selain itu pelaksanaan tindakan *massage* dan *proper* di lapangan belum dilakukan secara optimal sesuai dengan SOP yang sudah ditetapkan.

Menurut penelitian oleh Sulistiyawati, (2023) dan Marsaid et al., (2019) dalam Sugiarto & Al Jihad, (2022) posisi tidur miring 30° dapat meminimalisir tekanan dan gesekan ke bagian perifer area tulang menonjol daripada posisi tidur miring 90°. Selain itu, penelitian Badru Jamaludin et al., (2022), menyatakan bahwa tindakan *Massage* mampu mengurangi risiko *pressure ulcers* dari tingkat tinggi menjadi sedang. Hal ini juga didukung oleh hasil penelitian Herfita et al., (2023), dimana penggunaan mobilisasi dan *Massage Effleurage* dengan *VCO* dapat membantu mengurangi risiko *pressure ulcers* pada pasien *bedrest*. Ketiga penelitian ini dilakukan selama 3 hari dengan dilakukan *pretest* pada hari pertama dan *posttest* evaluasi pada hari ke 3.

Pencegahan *pressure ulcers* seharusnya menjadi prioritas utama yang dilakukan oleh perawat untuk mencegah komplikasi yang ditimbulkan yaitu dengan melakukan perawatan kulit pasien, memberikan posisi tidur yang baik dengan menggunakan kasur terapeutik serta mengedukasi pentingnya peran keluarga dalam membantu pasien *bedrest* pada saat di rumah (Dela Nuvita Sari et al., 2023). Menurut penelitian yang dilakukan Purwantini, et al (2023) dimana perilaku pencegahan dekubitus oleh perawat masih dalam rentang

cukup yaitu 53,1%. Hal ini masih perlunya peningkatan pengetahuan dan keterampilan perawat dalam memberikan intervensi pada pasien *bedrest* yang terkena *pressure ulcers*.

Dengan kondisi tersebut, peneliti tertarik untuk meneliti “Pengaruh *Massage Effleurage* menggunakan *VCO* dan *Proper Positioning* terhadap skor Risiko *Pressure ulcers* Pasien *Bedrest* Di Ruang Elisabeth 4 Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta”. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan intervensi non farmakologis yang efektif untuk dilakukan dalam praktek keseharian keperawatan pada pasien *bedrest*.

## 1.2 Masalah Penelitian

Apakah terdapat pengaruh *Massage Effleurage* menggunakan *VCO* dan *Proper Positioning* terhadap Skor *pressure ulcers* pada pasien *bedrest* di Ruang Elisabeth 4 Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta?

## 1.3 Tujuan Penelitian

### 1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui adanya pengaruh *Massage Effleurage* menggunakan *VCO* dan *Proper Positioning* terhadap skor *pressure ulcers* pada pasien *bedrest* di Ruang Elisabeth 4 Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

- 1.3.2.1 Mengidentifikasi karakteristik responden pasien *bedrest* di Ruang Elisabeth 4 Rumah Sakit Panti Rapih berdasarkan usia, jenis kelamin, dan lama hari perawatan.
- 1.3.2.2 Menganalisis rerata perbedaan skor risiko *pressure ulcers* pasien *bedrest* pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah pemberian *Massage Effleurage* menggunakan minyak *VCO* dan *Proper Positioning*
- 1.3.2.4 Menganalisis rerata perbedaan skor resiko *pressure ulcers* pasien *bedrest* pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah dilakukan *Proper Positioning*.

- 1.3.2.4 Menganalisis perbedaan tingkat skor resiko *pressure ulcers* antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebagai bentuk pengaruh intervensi terhadap pencegahan *pressure ulcers* pasien *bedrest*.

## 1.4 Manfaat Penelitian

### 1.4.1 Manfaat Akademis

- 1.4.1.1 Hasil penelitian ini dapat meningkatkan pengetahuan dan kesadaran mahasiswa keperawatan tentang pentingnya pencegahan *pressure ulcers* pada pasien *bedrest* melalui intervensi pijat *Effleurage* menggunakan *VCO* dan *Proper Positioning* yang tepat
- 1.4.1.2 Hasil penelitian ini dapat membantu mahasiswa keperawatan mengembangkan keterampilan kritis terutama mencegah *pressure ulcers*. Selain itu mahasiswa dapat lebih memahami cara *Massage Effleurage* dan memberikan *Proper Positioning* yang tepat dan dapat menerapkannya dalam praktik

### 1.4.2 Manfaat Praktis

- 1.4.2.1 Hasil penelitian ini dapat menjadi referensi bagi tenaga kesehatan dalam meningkatkan kualitas keperawatan pada pasien *bedrest* khususnya dalam mencegah *pressure ulcers* melalui kombinasi *Massage Effleurage* dengan *VCO* dan *Proper Positioning* yang tepat.
- 1.4.2.2 Hasil penelitian ini dapat membantu mengurangi resiko *pressure ulcer* pada pasien *bedrest*, sehingga berdampak pada penurunan hari perawatan dan biaya perawatan dalam jangka panjang serta dapat meningkatkan kualitas hidup pasien.
- 1.4.2.3 Hasil penelitian ini berpotensi meningkatkan kepuasan pasien dengan mengurangi rasa nyeri dan ketidaknyamanan akibat *pressure ulcers* serta mempercepat pemulihan pasien.

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Tinjauan Teori

##### 2.1.1 Konsep *Bedrest*

###### 2.1.1.1 Pengertian *Bedrest*

*Bedrest* digunakan sebagai metode perawatan medis yang memastikan pasien beristirahat di tempat tidur untuk jangka waktu yang telah ditentukan (Kusumastuti et al., 2017). Kondisi imobilisasi atau *bedrest* terjadi ketika seseorang tidak mampu bergerak bebas karena gangguan gerakan atau pembatasan yang diterapkan secara terapeutik, yang umumnya terkait dengan faktor internal seperti penyakit kronis atau status kesehatan (Prabowo & Agustiyawan, 2020). Pada artinya *bedrest* imobilisasi adalah ketidakmampuan pasien untuk bergerak bebas dalam kurun waktu tertentu yang disebabkan oleh kondisi yang berhubungan dengan faktor internal seperti penyakit kronis atau status kesehatan.

###### 2.1.1.2 Komplikasi dari *Bedrest*

Menurut Lina, (2020), *bedrest* lama mempengaruhi kemampuan mobilisasi pasien yang berpengaruh pada respon muskuloskeletal. Beberapa ahli menyatakan atropi otot disebabkan oleh respon dominan muskuloskeletal akibat *bedrest*. Selain itu, efek imobilisasi atau *bedrest* menyebabkan:

###### a. Perubahan pernafasan

Komplikasi pernafasan yang paling umum terjadi adalah *atelectasis (collapse alveoli)* dan pneumonia. Juga dapat terjadi penurunan oksigenasi, lamanya penyembuhan dan ketidaknyamanan klien.

###### b. Perubahan kardiovaskuler

Terjadi penurunan sirkulasi volume cairan, penumpukan darah pada ekstremitas bawah. Faktor tersebut menimbulkan penurunan aliran balik vena, diikuti dengan penurunan cardiac output, dimana dimanifestasikan dengan penurunan tekanan darah.

c. Perubahan muskuloskeletal

Efek imobilisasi pada sistem muskuloskeletal dapat terjadi gangguan permanen atau sementara. Pembatasan mobilisasi dapat menghilangkan endurance, kekuatan, massa otot dan menurunkan kestabilan dan keseimbangan tubuh. Efek lain juga dapat terjadi gangguan metabolisme kalsium dan pergerakan sendi.

d. Perubahan eliminasi urin

Kondisi imobilisasi dapat meningkatkan resiko infeksi perkemihan dan pembentukan batu ginjal. Resiko batu ginjal juga meningkat akibat gangguan metabolisme kalsium dan hiperkalsemia.

e. Perubahan Integumen

*Pressure ulcers* adalah kondisi dimana kulit mengalami kerusakan akibat kurangnya aliran darah ke jaringan dalam waktu yang lama. Biasanya, ulkus dimulai dengan adanya peradangan dan sering terjadi di area penonjolan tulang. Menurut Asmadi, (2008) kerusakan integumen yang terjadi seperti abrasi dan dekubitus yang disebabkan karena terjadinya gesekan, tekanan dan jaringan yang bergeser satu dengan yang lain serta terjadi penurunan sirkulasi darah pada area yang tertekan. Kondisi luka dapat menjadi buruk apabila adanya infeksi, trauma, kegemukan, berkeringat, serta nutrisi yang buruk.

## 2.1.2 Konsep *Pressure Ulcers*

### 2.1.2.1 Pengertian *Pressure Ulcers*

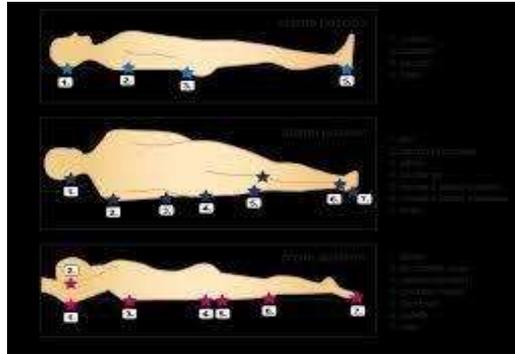
Menurut Black et al, (2018) dalam Sulistiyawati, (2023) *Pressure Ulcers* adalah adanya lesi pada kulit yang disebabkan oleh tekanan yang tidak dapat diatasi atau dicegah sehingga menyebabkan terjadinya kerusakan jaringan dibawahnya. *Pressure ulcers* merupakan luka yang ditimbulkan akibat tirah baring lama, terjadi karena kurangnya monitoring dan perawatan kulit pada bagian yang. Hal ini dapat menyebabkan timbulnya banyak masalah kesehatan bagi pasien, salah satunya adalah berkembangnya ulkus ke lapisan otot (Reni et al., 2024).

*Pressure ulcers* disebabkan oleh cedera mekanik pada kulit dan jaringan dibawahnya. *Pressure ulcers* juga dapat terjadi sebagai hasil dari gesekan yang kuat saat memindahkan pasien selama di atas tempat tidur. Komplikasi *pressure ulcers* yang paling sering terjadi adalah selulitis, osteomielitis dan yang paling berat adalah sepsis. Sebesar 48% kasus *pressure ulcers* di Rumah Sakit mengalami kematian akibat sepsis (Hutagalung, 2021). Menurut peneliti dapat disimpulkan bahwa *pressure ulcers* terjadi karena tirah baring lama yang menyebabkan luka lesi pada kulit karena adanya gangguan suplai darah ke daerah yang tertekan sehingga menimbulkan kematian jaringan dimana dapat menimbulkan komplikasi yang memperberat kondisi pasien.

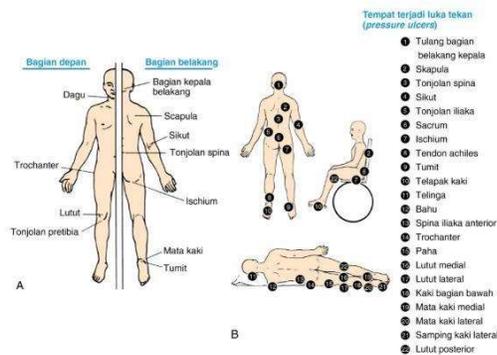
#### 2.1.2.2 Tempat Terjadinya *Pressure Ulcers*

Tempat terjadinya *pressure ulcers* bisa terjadi diseluruh permukaan tubuh yang mendapat penekanan secara terus-menerus. Paling sering terjadi pada daerah kulit diatas tulang yang menonjol. Lokasi yang paling sering terjadi *pressure ulcers* adalah: sacrum (30-49%), tumit (19-36%), ishium (6-16%), trokanter (6-11%), malleolus (7-8%), siku (5-9%), iliaka (4%), dan lutut (3- 4%). Bagian tubuh yang sering terkena *pressure ulcers* adalah:

- a. Posisi terlentang: daerah belakang kepala, daerah tulang belikat, daerah bokong dan tumit.
- b. Posisi miring: daerah pinggir kepala terutama daun telinga, bahu, siku, daerah pangkal paha, kulit pergelangan kaki dan bagian atas jari-jari kaki.
- c. Posisi tengkurap: dahi, lengan atas, tulang iga dan lutut (Sulistiyawati, 2023).



Gambar 1. 1  
Lokasi Risiko *Pressure Ulcer*  
Sumber: Sulistiyawati, 2023



Gambar 1. 2  
Letak Tonjolan Tulang Risiko *Pressure Ulcers*  
Sumber: Potter et al., 2019

### 2.1.2.3 Etiologi dan Patofisiologi *Pressure Ulcers*

Ketika pasien dalam posisi berbaring maupun duduk, berat badan tubuh tertumpu pada tonjolan-tonjolan tulang. Semakin lama penekanan terjadi maka semakin besar pula resiko kulit mengalami kerusakan. Iskemik jaringan adalah tidak terdapatnya darah atau penurunan Sebagian besar aliran darah yang terlokalisir akibat sumbatan mekanik. Setelah periode iskemik, kulit yang berwarna putih atau warna cerah dapat berubah menjadi reaksi hiperemik yang normal dan abnormal. Hiperemik normal ditandai adanya vasodilatasi normal sebagai respon tubuh akan kekurangan aliran darah ke jaringan dibawahnya. Sedangkan hiperemik abnormal yaitu adanya vasodilatasi yang berlebihan. Apabila tekanan dari luar melebihi tekanan di dinding kapiler akan menurunkan dan menghambat aliran darah menuju

jaringan. Jaringan ini akan mengalami hipoksia dan akhirnya terjadi injuri akibat iskemik (Hutagalung, 2021).

Timbulnya *pressure ulcers* diawali dengan terjadinya kompresi berkepanjangan pada jaringan lunak antara tonjolan tulang dan permukaan yang padat. Tekanan yang terus-menerus akan menyebabkan aliran darah menurun yang dapat menurunkan suplai nutrisi dan leukosit, sehingga terjadi iskemik jaringan dan infeksi pada *pressure ulcers* (Yohana et al., 2020).

#### 2.1.2.4 Faktor Risiko *Pressure Ulcers*

Faktor risiko penyebab terjadinya *pressure ulcers* menurut Braden (2000) dan Bryant (2007) dalam Sulistiyawati (2023) :

##### a. Intensitas Tekanan

Terjadi tekanan kulit bagian luar dengan permukaan kasur dalam *posisi supine, prone, sidelying* dan duduk di atas bed.

##### b. Durasi Tekanan

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Wardani (2019) pasien yang *bedrest* 88,8% dapat terjadi *pressure ulcers* pada hari rawat ketiga. Semakin besar tekanan serta durasi lama perawatan, semakin tinggi insiden *pressure ulcers* yang terjadi pada pasien *bedrest*.

##### c. Mobilitas dan Aktivitas

Terjadinya *pressure ulcers* secara langsung berhubungan dengan lamanya immobilitas karena tidak mampu mengubah posisi untuk menghilangkan tekanan. Tingkat ketergantungan mobilitas pasien merupakan faktor yang langsung mempengaruhi risiko terjadinya *pressure ulcers*.

##### d. Gesekan dan Robekan

Gesekan merupakan tekanan yang diberikan kepada kulit dengan arah paralel terhadap permukaan tubuh. Pada saat pasien memperbaiki posisi tubuh dengan cara didorong atau digeser ke bawah pada posisi fowler, apabila terdapat gesekan maka kulit dan lapisan subkutan menempel pada permukaan tempat tidur dan lapisan otot sehingga terjadi gangguan

mikrosirkulasi lokal yang menyebabkan hipoksia, perdarahan dan nekrosis pada lapisan jaringan serta mengalami penurunan saluran darah kapiler akibat tekanan eksternal pada kulit. Selain itu, dengan adanya robekan maka jaringan akan saling menekan, pembuluh darah teregang serta sirkulasi mikro dan subkutan terganggu. Sacrum dan tumit adalah bagian yang rentan terhadap robekan.

e. Kelembaban

Menurunnya jaringan yang paling sering ditemukan adalah kelembaban yang disebabkan oleh urin dan feses pada pasien inkontinensia, dimana bisa mengakibatkan terjadinya maserasi pada jaringan kulit.

f. Persepsi Sensori yang Menurun

Pasien yang tidak mampu merasakan sesasi, mengkomunikasikan persepsi nyeri yang dirasakan akibat tekanan cenderung akan mengalami terjadinya *pressure ulcers*. Pada kondisi ini, walaupun pasien merasakan adanya tekanan namun pasien tersebut tidak bisa mengatakan kepada orang lain untuk membantu mereka mengubah posisi bahkan ada yang tidak mampu merasakan adanya nyeri atau tekanan.

g. Gangguan nutrisi

Peranan nutrisi penting dalam proses penyembuhan luka dan perkembangan pembentukan *pressure ulcers*. Protein sangat berperan sebagai regenerasi jaringan, sistem imunitas dan reaksi inflamasi. Pasien dengan nutrisi buruk dapat mengakibatkan jaringan lunak mudah rusak. Kadar albumin kurang dapat mengakibatkan edema dimana dapat menurunkan sirkulasi darah ke jaringan serta meningkatkan akumulasi sampah metabolic dan menyebabkan terjadinya *pressure ulcers*.

h. Usia

Proses menua mengakibatkan perubahan struktur kulit menjadi lebih tipis dan mudah rusak. Pada usia lanjut >60 tahun ke atas rentan mengalami *pressure ulcers* karena adanya perubahan seperti menipisnya kulit, kehilangan jaringan lemak, menurunnya fungsi persepsi sensori, meningkatnya fragilitas pembuluh darah. Menurut Negari et al., (2022), pasien *bedrest* paling tinggi pada usia 55-69 tahun dan 80-84 tahun

dengan prosentase 65%. Kondisi *bedrest* disebabkan karena beberapa masalah yang timbul seperti terganggunya sistem penurunan fungsi organ yaitu sistem kardiovaskuler bisa terjadi gangguan sirkulasi darah perifer, lalu pada sistem pernafasan terjadi penumpukan cairan atau pneumonia, pada sistem muskuloskeletal terjadi kontraktur ataupun fraktur.

i. Peningkatan suhu tubuh

Meningkatnya suhu tubuh 1°C akan meningkatkan kebutuhan metabolisme jaringan sebesar 10%. Peningkatan suhu tubuh dapat mengaktivasi kelenjar keringat sehingga meningkatkan kelembaban pada permukaan kulit.

j. Tekanan Darah Rendah

Tekanan darah dibawah 100 mmHg dan diastolic dibawah 60 mmHg pada orang dewasa mengakibatkan aliran darah diutamakan aliran darah ke daerah organ vital tubuh sehingga toleransi kulit untuk menerima tekanan semakin menurun sehingga meningkatkan risiko hipoksia jaringan.

k. Jenis Kelamin

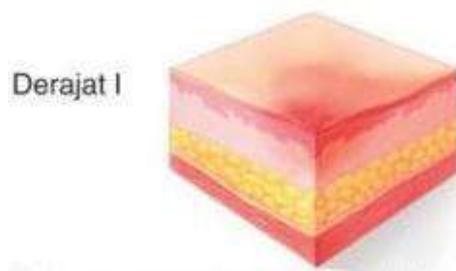
Menurut Asmadi (2008) dalam Fatimah et al., (2022) imobilisasi jangka panjang dapat memicu *pressure ulcers* pada individu berjenis kelamin laki-laki maupun perempuan. Hal ini disebabkan oleh gesekan dan tekanan yang menyebabkan pergeseran jaringan dan penurunan aliran darah yang dapat menjadi *pressure ulcers*. Pada penelitian menurut Negari et al., (2022), perempuan memiliki risiko tinggi terjadi *pressure ulcers* karena beberapa faktor hormonal, selain itu perempuan sangat beresiko terjadi *pressure ulcers* karena usia harapan hidup perempuan lebih tinggi daripada laki-laki, dimana semakin tinggi usia, semakin besar pula ketidakmampuan untuk mobilisasi akibat dari penyakit yang diderita.

#### 2.1.2.5 Klasifikasi *Pressure Ulcers*

Menurut *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP, 2009) dalam Sulistiyawati (2023) *pressure ulcers* dibagi menjadi 4 stadium berdasarkan kedalaman jaringan:

a. Derajat I (*Non-Blanchable Erythema*)

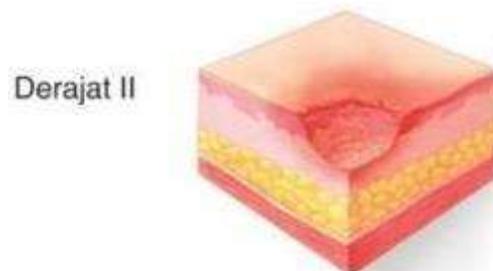
Pada tahap I ini kulit kemerahan terjadi pada tempat penonjolan tulang, pigmen kulit tampak lebih gelap dan berbeda dari area sekitar, kulit terasa nyeri jika diraba dan teraba hangat.



Gambar 1. 3  
Derajat 1 *Pressure ulcers*  
Sumber: Black et al., 2022

b. Derajat II (*Partial Thickness*)

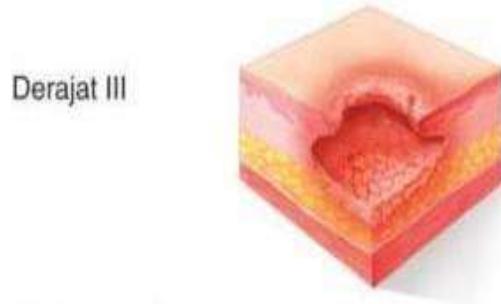
Pada tahap II tampak adanya luka atau kulit tampak rusak dengan warna luka merah, tidak ada nanah, luka dapat berisi cairan serum/berbentuk bula.



Gambar 1. 4  
Derajat 2 *Pressure ulcers*  
Sumber: Black et al., 2022

c. Derajat III (*Full Thickness Tissue Loss*)

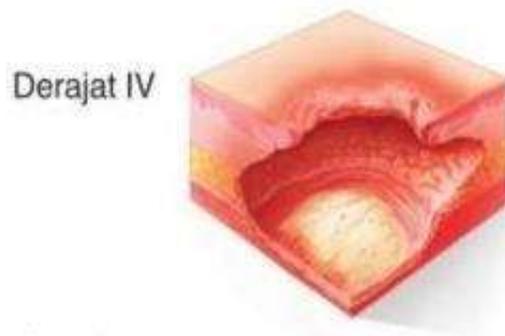
Pada tahap III dikarakteristikkan kehilangan seluruh lapisan kulit, dimana adaya kerusakan dan nekrosis. Luka seperti lubang dalam dan terinfeksi.



Gambar 1. 5  
Derajat 3 *Pressure ulcers*  
Sumber: Black et al., 2022

d. Derajat IV (*Full Thickness Tissue Loss with Exposed Bone, Tendon or Muscle*)

Tahap IV ini sudah terdapat kehilangan lapisan kulit secara lengkap sehingga terlihat tendon, tulang serta ruang sendi. Luka ini berpotensi terjadi destruksi dan risiko osteomyelitis.



Gambar 1. 6  
Derajat 4 *Pressure ulcers*  
Sumber: Black et al., 2022

2.1.2.6 Pencegahan atau Penanganan *Pressure Ulcers*

Pencegahan *pressure ulcers* adalah prioritas utama dalam merawat pasien dan tidak terbatas pada pasien yang mengalami pembatasan

mobilitas. Menurut EPUAP-NPUAP (2019) dalam Hutagalung, (2021), terdapat 6 rekomendasi dalam pencegahan *pressure ulcers* yakni:

a. Pengkajian Risiko

Pengkajian risiko diatur sebagaimana kaitanya dengan kebijakan yang berlaku, dilengkapi dengan adanya dokumentasi. Dalam pelaksanaannya memperhatikan faktor risiko dengan mempertimbangkan poin-poin yang ada di dalam skala yang digunakan.

b. Pengkajian Kulit

Pada pengkajian kulit tidak lepas dari pengkajian kulit yang lengkap sesuai dengan prosedur dengan. Untuk perawatan kulit, dianjurkan untuk merawat kulit yang telah mengalami kerusakan.

c. Nutrisi

Rekomendasi umum untuk nutrisi yakni mulai dari pengkajian status nutrisi bagi setiap individu yang beresiko terjadinya *pressure ulcers* dan rekomendasi untuk segera merujuk pasien dengan resiko nutrisi kepada ahli gizi. Sedangkan rekomendasi khususnya adalah pemberian diet tinggi protein lebih dari biasanya.

d. Reposisi

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

e. Alat Penyanggah

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

f. Populasi Khusus

Populasi yang dimaksud adalah pasien yang ada dalam kamar

operasi. Dengan melakukan pengkajian lengkap terhadap faktor-faktor yang dapat mendukung kejadian *pressure ulcers* seperti: lamanya operasi, temperatur yang rendah selama operasi, terbatasnya mobilitas setelah operasi, sehingga perlu diperhatikan kondisi kulit sebelum dan setelah operasi.

Menurut Sulistiyawati, (2023) pencegahan *pressure ulcers* bisa dilakukan dengan perawatan kulit yang bertujuan untuk mencegah terjadinya *pressure ulcers* dengan cara:

a. Pengkajian risiko *pressure ulcers*

Pengkajian risiko *pressure ulcers* bisa dilakukan dengan melakukan inspeksi kulit dilaksanakan secara teratur, dengan frekuensi sesuai kebutuhan masing-masing pasien. Inspeksi dilakukan dengan bertujuan melihat apakah ada kondisi seperti kulit kering, kulit sangat basah, kemerahan, pucat, indurasi dan perubahan warna serta edema. Untuk melakukan pengkajian tersebut dapat menggunakan instrumen skala *Braden* dan Skala *Norton*.

1. Skala *Braden*

Menurut Andriyanto et al., (2024) skala *braden* adalah metode menilai resiko terjadi dekubitus pada pasien tirah baring lama dengan memiliki 6 variabel yaitu persepsi sensorik, kelembaban, aktivitas, mobilisasi, nutrisi, friksi dan gesekan. Dengan nilai batasan <12 dapat dikatakan bahwa pasien mengalami risiko tinggi terkena *pressure ulcers*.

Tabel 2. 1  
Skala *Braden*

PARAMETER	SKOR			
	1	2	3	4
<b>Persepsi Sensori</b>	Terbatas secara menyeluruh	Sangat terbatas	Sedikit terbatas	Tidak ada kerusakan
	Tidak responsif terhadap respon	Hanya berespon pada stimulus nyeri saja.	Merespon secara verbal terhadap perintah	Tidak ada gangguan sensori arau penurunan

	stimulasi nyeri terhadap penurunan tingkat kesadaran atau efek sedasi			sensori
<b>Kelembaban</b>	Lembab Terus Menerus	Sering Lembab	Kadang-Kadang Lembab	Jarang Lembab
	Kulit selalu lembab hampir secara terus menerus	Kulit sering lembab tapi selalu lembab.	Kulit kadang-kadang lembab	Kulit biasanya kering
<b>Aktifitas</b>	Bad Fast	Chairfast	Kadang-Kadang Berjalan	Sering Berjalan
	Tergeletak di tempat tidur	Kemampuan untuk berjalan cenderung sangat terbatas atau bahkan tidak ada.	Berjalan secara kadang kadang	Dapat berjalan di luar ruangan secara mandiri.
<b>Mobilitas</b>	Keseluruhan Tidak Mampu Digerakkan	Sangat Terbatas	Membuat sedikit gerakan	
	Tidak mampu sama sekali mengubah posisi tanpa bantuan	Kadang-kadang mampu membuat sedikit gerakan		
<b>Nutrisi</b>	Sangat Buruk	Kemungkinan Tidak Adekuat	Adekuat	
	Tidak pernah makan makanan secara komplit.	Jarang mampu makan makanan komplit dan umumnya makan hanya sekitar ½ porsi	Mampu makan setengah atau keseluruhan.	

Gesekan dan Geseran Permukaan Kulit	Masalah	Potensial Masalah	Tidak Ada Masalah yang nampak
	Membutuhkan bantuan sedang sampai dengan maksimal untuk bergerak	Mampu bergerak lemah atau membutuhkan bantuan minimal.	Mampu bergerak di tempat tidur dan kursi dengan mandiri dan mempunyai cukup kekuatan otot untuk mengangkat dengan komplit selama bergerak

Sumber: Braden & Bergstom, (1998) dan AHPCR, (2008)

Keterangan :

- skor 23 – 19 : Tidak beresiko,
- skor 18 – 15 : resiko ringan,
- skor 14 – 13 : resiko sedang,
- skor 12 – 10 : resiko tinggi,
- skor 9 – 6 : resiko berat.

## 2. Skala *Norton*

Skala *Norton* adalah alat penilaian risiko *pressure ulcers* pada pasien *bedrest* dimana nilai yang rendah merupakan kondisi yang paling buruk yaitu 14. Apabila pasien memiliki nilai skor <14 maka dapat dikatakan beresiko tinggi mengalami dekubitus (Maryunani, 2015). Skala *Norton* meliputi 6 parameter yaitu kondisi fisik, kondisi mental, aktivitas, mobilitas, dan inkontinensia.

Tabel 2. 2  
Skala *Norton*

PARAMETER	TEMUAN	SKOR
Kondisi Fisik	Cukup	3
	Kurang	2
	Sangat buruk	1
Kondisi Mental	Sadar / waspada	4
	Apatis	3
	Bingung	2
	Stupor	1
Aktivitas	Bergerak bebas	4
	Berjalan dengan bantuan	3
	Menggunakan alat bantu jalan	2
	Tirah baring	1
Mobilitas	Penuh	4
	Sedikit terganggu	3
	Sangat terbatas	2
	Imobilisasi	1
Inkontinensia	Tidak ada	4
	Kadang-kadang	3
	Biasanya kencing	2

Sumber: Doreen Norton, (1962)

Keterangan :

Jumlah skor maksimum adalah 20.

skor >18 adalah risiko *pressure ulcers* rendah

skor 14-18 adalah risiko *pressure ulcers* sedang,

skor 10-13 adalah risiko *pressure ulcers* tinggi

skor <10 adalah risiko *pressure ulcers* sangat tinggi.

Dari kedua skala pengukuran diatas, dapat di lihat bahwa skala *Norton* cenderung lebih sensitif dalam mendeteksi risiko *pressure ulcers* dimana ditandai dengan skor ambang risiko *pressure ulcers* tinggi adalah <14.

b. *Massage*

*Massage* dapat mencegah *pressure ulcers* pada area tulang menonjol atau bagian kulit yang menunjukkan kemerahan. Durasi waktu *Massage* bervariasi seperti 15 menit dan 4-5 menit dengan intensitas