

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum RS PKU Muhammadiyah Purworejo

RSU PKU Muhammadiyah Purworejo merupakan kegiatan amal usaha dibidang pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh Yayasan Muhammadiyah. Rumah sakit ini merupakan rumah sakit type C yang mampu melayani pasien dengan spesialis terbatas. Daya tampung rumah sakit ini mampu menyediakan 169 tempat tidur untuk pasien rawat inap, disamping memberikan pelayanan IGD, Poli umum dan spesialis.

Ruang yang dipakai sebagai tempat penelitian ini terdiri dari 8 ruang yang terdiri dari, Cempaka, Flamboyan, Kenanga, Teratai, Melati, Anggrek, ICU serta Dahlia. Masing masing ruang perawatan tersebut merupakan ruang perawatan untuk kasus penyakit bedah dan penyakit dalam.

2. Analisis Univariat

a. Karakteristik Responden

Karakteristik responden yang diteliti dalam penelitian ini meliputi jenis kelamin, umur, tekanan darah, berat badan (*body mass index*). Berdasarkan hasil penelitian, dapat dideskripsikan karakteristik responden sebagai berikut:

Tabel 4.1
Karakteristik Responden Pasien Bed Rest di RSUD PKU
Muhammadiyah Purworejo Juni 2016 (n=40)

Karakteristik	Frekuensi	Prosentase
Jenis kelamin		
- Laki-laki	17	42.5
- Perempuan	23	57.5
Umur		
- Dewasa Awal	6	15.0
- Dewasa Akhir	9	22.5
- Lansia Awal	14	35.0
- Lansia Akhir	11	27.5
Karakteristik berat badan	Frekuensi	%
- Kurang	12	30.0
- Normal	18	45.0
- Lebih	10	25.0
Tekanan Darah	Frekuensi	%
- Hipotensi	4	10.0
- Normal	13	32.5
- Hipertensi	23	57.5

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa berdasarkan jenis kelamin, sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan 23 responden (57,5%).

Berdasarkan umur, sebagian besar responden termasuk ke dalam golongan lansia awal 14 responden (35%). Berdasarkan berat badan terdapat responden yang mempunyai berat badan normal 18 responden (45%) sedangkan karakteristik responden berdasarkan tekanan darah sebagian besar responden mempunyai hipertensi 23 responden (57,5%) .

2. Analisis Bivariat

a. Uji Perbedaan Sebelum Dan Sesudah Perlakuan Terhadap Penurunan Risiko Luka Tekan

Berdasarkan hasil penelitian, maka dapat dideskripsikan pengaruh perlakuan tindakan keperawatan yang berfokus pada penurunan luka tekan terhadap penurunan risiko luka tekan. Penilaian risiko luka tekan dengan skala Norton. Uji beda dilakukan dengan menggunakan *paired sample t-test* seperti tercantum dalam tabel berikut:

Tabel 4.2
Uji Perbedaan Sebelum Perlakuan dan Sesudah Perlakuan
Dengan Uji *Paired Sample T-Test*

Perlakuan	<i>Mean ± SD</i>	<i>Sig.</i> <i>(2-tailed)</i>	Kesimpulan
Sebelum- Sesudah	-2,025±0,99968	0,000	Ada perbedaan

Berdasarkan analisis *Paired Sample t-Test*, diperoleh $p = 0,000 < 0,05$ maka menunjukkan perbedaan skor risiko luka tekan sebelum perlakuan dan sesudah perlakuan. Artinya ada pengaruh tindakan perawatan yang berfokus pada penurunan skor luka tekan.

Tabel 4.3.
Cross tabulation risiko luka tekan Sebelum dilakukan Tindakan pencegahan luka tekan

Tindakan reduksi	Risiko luka tekan hari ke-1								Total		<i>Chi-square</i> (X^2) (<i>p value</i>)
	Rendah		Sedang		Tinggi		Sangat Tinggi				
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
Promkesh	2	5	0	0	0	0	0	0	2	5	120,000 (0,000)
Alih baring	0	0	18	45	0	0	0	0	18	45	
Masase, Alih baring	0	0	0	0	18	45	0	0	18	45	
Anti septic/ lotion	0	0	0	0	0	0	2	5	2	5	
Total	2	5	18	45	18	45	2	5	40	100	

Berdasarkan tabel 4.3 tersebut diketahui bahwa hasil uji *chi square* diperoleh nilai X^2 hitung = 120 dengan $p value = 0,000$. Karena $p value < 0,05$ berarti ada perbedaan yang signifikan.

Hasil penelitian selanjutnya ialah tabulasi silang risiko luka tekan sesudah dilakukan tindakan pencegahan luka tekan seperti yang tercantum pada Tabel 4.4 berikut.

Tabel 4.4.
Cross tabulation risiko luka tekan Sesudah dilakukan Tindakan pencegahan luka tekan

Tindakan reduksi	Risiko luka tekan hari ke-7						Total		Chi-square (X ²) (p value)
	Rendah		Sedang		Tinggi		f	%	
	f	%	f	%	f	%			
Promkesh	18	45	0	0	0	0	18	45	80,000 (0,000)
Alih baring	0	0	19	47,5	0	0	19	47,5	
Masase, Alih baring	0	0	0	0	3	7,5	3	7,5	
Total	18	45	19	47,5	3	7,5	40	100	

Berdasarkan tabel 4.4 tersebut diketahui bahwa hasil uji *chi square* diperoleh nilai X² hitung = 80 dengan *p value* = 0,000. Karena *p value* < 0,05 berarti ada perbedaan yang signifikan.

b. Hasil Uji Efektivitas Perlakuan Terhadap Penurunan Risiko Luka Tekan

Hasil uji efektivitas perlakuan terhadap penurunan risiko luka tekan dapat dilihat pada Tabel 4.5 berikut ini.

Tabel 4.5.
 Hasil Uji Efektivitas Perlakuan terhadap Penurunan Risiko Luka Tekan

Efektivitas Perlakuan	Mean ± SD	Sig. (2-tailed)	Kesimpulan
Hari ke-1 --> Hari ke-3	-0,65000 ± 0,76962	0,000	Hari ke-3 lebih efektif dari hari ke-1
Hari ke-1 --> Hari ke-5	-1,47500 ± 0,90547	0,000	Hari ke-5 lebih efektif dari hari ke-1
Hari ke-1 --> Hari ke-7	-2,02500 ± 0,99968	0,000	Hari ke-7 lebih efektif dari hari ke-1

Berdasarkan tabel 4.5 tersebut, maka dapat diketahui bahwa pemberian tindakan untuk mengurangi risiko luka tekan pada hari ke-3 lebih efektif dibandingkan dengan tindakan untuk mengurangi risiko luka tekan pada hari ke-1 karena diperoleh nilai signifikansi = 0,000 yang lebih kecil dari 0,05. Selain itu, tindakan untuk mengurangi risiko luka tekan pada hari ke-5 dengan signifikansi = 0,000, dan tindakan reduksi luka tekan pada hari ke-7 dengan signifikansi = 0,000 lebih kecil dari 0,05, maka dapat disimpulkan bahwa seluruh tindakan reduksi luka tekan yang dilakukan pada hari ke-3, hari ke-5, dan hari ke-7 lebih efektif dibandingkan tindakan reduksi luka tekan pada hari ke-1.

B. Pembahasan

1. Karakteristik responden

a. Jenis kelamin dan umur

Hasil penelitian berdasarkan karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin menunjukkan sebagian besar responden mempunyai jenis kelamin perempuan 57%. Berdasarkan karakteristik umur menunjukkan sebagian besar responden berusia lansia (46-55 tahun awal) 35%.

Menurut Garcia (2005) pada kelompok usia ini terjadi penurunan toleransi terhadap tekanan, peragerakan dan gaya gesek. Hal ini disebabkan oleh perubahan-perubahan pada kulit.

Penelitian yang dilakukan oleh Adi Irawan (2011) mendapatkan usia yang terbanyak mengalami dekubitus adalah usia 51-60 tahun merupakan kelompok usia paling banyak mengalami dekubitus. Kondisi ini diakibatkan oleh adanya penurunan vaskularisasi, elastisitas, kehilangan otot penurunan kadar serum albumin serta penurunan respon inflamasi.

Purwaningsih (2001) di RSUP dr Sardjito mendapatkan kelompok usia 61-80 tahun. Pertambahan usia juga dipertimbangkan sebagai salah satu faktor risiko terjadinya luka tekan. Pada orang lanjut usia, kulit mengalami penurunan ketebalan epidermal, kolagen dermal dan elastisitas jaringan. Kulit lebih kering akibat hilangnya sebacea dan aktifitas kelenjar keringat. Perubahan pada kardiovaskuler menyebabkan perubahan perfusi jaringan.

Atropi otot dan struktur tulang juga memberi pengaruh (Smeltzer, Bare & Hinkle, et al., 2008)

b. *Body Mass Index*

Hasil penelitian berdasarkan karakteristik responden berdasarkan *body mass index* menunjukkan bahwa sebagian besar reponden mempunyai *body mass index* normal 18 responden (45%) Pada orang dengan indeks massa tubuh (IMT) yang kecil cenderung akan mengalami penekanan tonjolan tulang yang lebih besar dibanding orang dengan indeks masa tubuh yang lebih besar.

Vangilder, *et all.* (2008) melakukan penelitian untuk melihat hubungan antara prevalensi luka tekan, indeks massa tubuh dan berat badan. Survey ini dilakukan dengan melihat laporan kejadian luka tekan di Amerika selama tahun 2006-2007. Hasil menunjukkan bahwa prevalensi luka tekan lebih tinggi pada pasien dengan indeks masa tubuh rendah, dan juga pada pasien yang berat badan kurang dan berat badan lebih.

c. Tekanan darah

Hasil penelitian berdasarkan karakteristik responden menunjukkan bahwa sebagian besar responden mempunyai tekanan darah tinggi (hipertensi) 23 responden (57,5%). Menurut Lewis (2011) individu yang berisiko terkena dekubitus adalah individu dengan anemia, kontraktur, diabetes mellitus, gangguan sirkulasi, inkontinensia, kemunduran mental, tekanan darah rendah kurang dari 60 mmHg, hipertensi, bedah berkepanjangan, obesitas serta usia lanjut.

2. Perbedaan sebelum dan sesudah perlakuan terhadap penurunan risiko luka tekan

Hasil uji beda diperoleh $p = 0,000 < 0,05$ maka menunjukkan perbedaan skor risiko luka tekan sebelum perlakuan dan sesudah perlakuan. Artinya ada pengaruh tindakan perawatan yang berfokus pada penurunan skor luka tekan.

Perawatan di rumah sakit dilakukan secara intensif, sehingga monitoring terhadap kejadian luka tekan juga dilakukan secara intensif. Monitoring terhadap perkembangan

luka tekan, menyebabkan perawat dapat melakukan penatalaksanaan terhadap luka tekan secara adekuat sesuai prosedur keperawatan terhadap luka tekan. Hal ini menyebabkan risiko luka tekan berkurang, setelah diterapkan *Norton Scale* dan dilakukan perawatan dengan mengacu pada hasil pengukuran risiko luka tekan.

Hal ini sesuai dengan pendapat Sari *et al.* (2007) yang menyatakan bahwa memonitor perkembangan luka tekan merupakan salah satu sentral dari manajemen luka tekan. Dengan memonitor perkembangan luka tekan, perawat dapat mengetahui status dari luka pasien, apakah terjadi deteriorasi (menjadi lebih parah) ke stadium selanjutnya atautkah luka telah membaik. Untuk memonitor luka ini perawat perlu menggunakan skala - skala yang mempunyai tingkat reliabilitas dan validitas yang tinggi.

Lewko (2011) ulkus tekanan merupakan masalah serius bagi pasien dan staf keperawatan terlibat dalam perawatannya. Ulkus bisa akibat dari adanya insufisiensi peredaran darah ke jaringan yang terkena jangka waktu yang panjang, karena tekanan berulang. Hal ini penting untuk menentukan tindakan

pencegahan yang tepat pasien-pasien tersebut dianggap berisiko tinggi terjadi dekubitus. Perawatan pendukung bergantung pada identifikasi tanda awal (kemerahan pada kulit yang terjadi tidak hilang begitu tekanan telah dilepaskan, lecet dan abrasi epidermis, penebalan, kemerahan dan pembengkakan, peningkatan suhu tubuh. Tindakan pencegahan yang dilakukan oleh perawat, antara lain, untuk menilai risiko ulkus dan di mana risiko tinggi diindikasikan, untuk memperkenalkan prosedur pencegahan yang diperlukan jika kondisinya dari pasien memburuk, penilaian harus dilakukan setiap hari dan jika dia stabil, seminggu sekali.

3. Efektivitas tindakan reduksi luka tekan terhadap penurunan risiko luka tekan

Hasil penelitian memperlihatkan bahwa tindakan reduksi luka tekan terhadap penurunan risiko luka tekan pada hari ke-3, ke-5, dan ke-7 lebih efektif dibandingkan hari ke-1 untuk menurunkan risiko luka tekan, yang dilihat dari peningkatan skor rata-rata dari risiko luka tekan hari ke-1 sebesar 15,3000, hari ke-3 sebesar 15,9500, hari ke-5 sebesar 16,7750, serta hari ke-7 sebesar 17,3250 yang memperlihatkan kecenderungan

kategori resiko luka tekan yang semakin rendah dari hari ke-1 sampai hari ke-7.

Hasil penelitian juga membuktikan bahwa sebagian besar resiko luka tekan responden berada pada kategori sedang (45%), dan tinggi (45%) pada hari ke-1 sebelum diberi perlakuan tindakan reduksi luka tekan, sedangkan pada hari ke-7 sesudah diberikan tindakan reduksi luka tekan, maka sebagian besar resiko luka tekan responden berada pada kategori rendah (45%) dan sedang (47,5%) dengan diberikan tindakan reduksi luka tekan berupa alih baring dan kombinasi alih baring dan masase.

Tindakan reduksi luka tekan berupa alih baring maupun kombinasi alih baring dan masase pada hari ke-3, ke-5, dan ke-7 lebih efektif dibandingkan hari ke-1 karena pemberian *massage* bila dikombinasikan dengan perubahan posisi secara teratur (setiap 2-4 jam) menjadi metode yang efektif sebagai pencegahan luka tekan. *Massage* diberikan secara lembut dengan gerakan kecil melingkar. Hal ini dibuktikan bahwa biopsi jaringan sebelum dan setelah pijat maupun alih baring, hasilnya tidak berbahaya bagi kulit dan jaringan (Peeters, dkk, 2007).

Selain itu tindakan reduksi luka tekan berupa alih baring dapat mencegah dekubitus pada daerah tulang yang menonjol yang bertujuan untuk mengurangi penekanan akibat tertahannya pasien pada satu posisi tidur tertentu yang dapat menyebabkan lecet. Alih baring ini adalah pengaturan posisi yang diberikan untuk mengurangi tekanan dan gaya gesek pada kulit, menjaga bagian kepala tempat tidur setinggi 30 derajat atau kurang akan menurunkan peluang terjadi dekubitus akibat gaya gesek, alih posisi/ atau alih baring/ tidur selang seling (Perry & Potter, 2005).

4. Analisa tindakan berdasarkan tingkat risiko luka tekan

Efektifitas tindakan keperawatan dalam pencegahan dan perawatan untuk masing- masing risiko luka tekan dapat dijelaskan sebagai berikut:

a. Tindakan massage dan alih baring pada risiko luka tekan tinggi

Berdasarkan hasil penelitian pada saat awal penilaian dengan *Norton scale* didapatkan jumlah responden yang mengalami risiko tinggi berjumlah 18 responden

setelah dilakukan tindakan massase dan alih baring turun menjadi 12 responden yang berubah menjadi risiko sedang.

Berdasarkan panduan praktik klinik yang dikeluarkan oleh *American Health of Care Plan Resources* (AHCPR), intervensi keperawatan yang digunakan untuk mencegah terjadinya dekubitus terdiri dari tiga kategori yaitu perawatan kulit dan penanganan dini meliputi mengkaji risiko klien terkena dekubitus, perbaikan keadaan umum penderita, pemeliharaan, perawatan kulit yang baik, pencegahan terjadinya luka dengan berbaring yang berubah-ubah dan *massase* tubuh. Intervensi kedua yaitu penggunaan berbagai papan, matras atau alas tempat tidur yang baik. Intervensi yang ketiga yaitu edukasi pada klien dan *support system* (Sumardino *et al.*, 2007).

Menurut Trisnowiyanto (2012) menuliskan bahwa salah satu variasi *massage effleurage* adalah gosokan dengan menggunakan telapak tangan dilakukan dengan tekanan yang lembut dan dangkal (*superficial stroking*).

Menurut Trisnowiyanto (2012) efek dan kegunaan *massage effleurage* adalah dapat memberikan relaksasi

kepada pasien, memberikan sensasi nyaman dan mengurangi rasa nyeri.

Respon nyaman pasien dirasakan dari sembuhnya luka dekubitus yang berada di punggungnya tersebut. Luka yang telah mengalami perkembangan setiap hari dan pada akhirnya menjadi menutup akan menimbulkan perasaan yang berbeda dari sebelumnya luka yang masih dalam kondisi lembab dan kemerahan.

Pengaruh pemberian teknik massage dengan VCO (virgin coconut oil) untuk penyembuhan luka dekubitus derajat II.

Keadaan luka dekubitus derajat II pada pasien lansia saat dilakukan pengkajian luka pertama kali adalah kondisi luka basah, lecet (luka superficial), warna luka merah segar, terdapat kemerahan (eritema).

b. Analisa Tindakan Alih baring pada risiko luka tekan sedang

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan jumlah responden yang berisiko sedang berjumlah 18 responden. Setelah dilakukan alih baring turun menjadi 13 responden

(72,2%) yang berubah menjadi risiko rendah. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Bryant, 2000 dalam young, 2004) merekomendasikan untuk pencegahan luka tekan dengan pengaturan posisi pasien yang berubah- ubah dan ia membuktikan bahwa mengatur posisi miring 30 derajat pada pasien guna mencegah terjadinya luka tekan. Aplikasi dari posisi miring 30 derajat ini cukup dapat dilakukan oleh perawat, mengingat tidak diperlukan energi yang besar untuk memiringkan pasien. Pemberian posisi yang benar sangatlah penting dengan sasaran utama pemeliharaan integritas kulit yang dapat mengurangi tekanan, membantu kesejajaran tubuh yang baik, dan mencegah neuropati kompresif (Smeltzer & Bare, 2002). Pengaturan posisi bukan semata-mata merubah posisi pasien berbeda dari posisi sebelumnya, melainkan membutuhkan teknik-teknik tertentu agar tidak menimbulkan masalah luka tekan yang baru.

Penelitian yang dilakukan oleh Young,T (2004) tentang perbandingan posisi miring 30 derajat dengan miring 90 derajat pada 46 pasien. Intervensi yang dilakukan

adalah dengan memberikan posisi miring pada 23 pasien dengan posisi miring 30 derajat dan 23 pasien lainnya dengan posisi miring 90 derajat. Yang dilakukan untuk mencegah luka tekan Gr I (*non-blanchable Erythema*). Hasil dari penelitian ini adalah bahwa posisi miring 30 derajat lebih efektif mencegah terjadinya luka tekan Gr I pada pasien yang mengalami imobilisasi.

Sedangkan untuk penggunaan antiseptic dan lotion pada responden dengan risiko sangat tinggi pada saat *pre test* berjumlah 2 responden turun menjadi risiko sedang dan 1 responden menjadi risiko tinggi. Sedangkan pada responden yang mengalami risiko rendah pada penelitian ini tidak berubah. Pada beberapa hasil penelitian sebelumnya tindakan pemberian antiseptic pada pasien yang berisiko tinggi sangat efektif untuk menjaga kebersihan dan sekaligus menjaga kelembaban kulit sehingga menjaga kulit agar tidak kering menjadi penting.

Menurut Handayani (2010) penanganan kulit kering pada sakrum secara khusus dengan menggunakan pelembab sederhana. Penting untuk memberikan pelembab secara

teratur untuk mendapatkan keuntungan yang maksimal. Mengurangi lingkungan yang menyebabkan kulit kering dan berkurangnya kelembaban kulit seperti suhu dingin, dan hidrasi tidak adekuat. Kulit kering meningkatkan risiko terbentuknya *fissura* dan rekahan stratum korneum. Penggunaan pelembab topikal diduga bermanfaat untuk mempertahankan kelembaban kulit dan keutuhan stratum corneum namun belum ada ketetapan jenis pelembab apa yang memberikan manfaat terbaik dan memberi *evidence* secara langsung pengaruhnya terhadap pencegahan luka tekan, mempertahankan kelembaban stratum corneum dan mencegah kulit kering. Penelitian membuktikan penggunaan mephentol (suatu agent topikal terbuat dari campuran asam lemak hyperoksigenasi dan herbal (*Equisetum arvense* and *Hypericum perforatum*) efektif mencegah timbulnya luka tekan derajat I pada pasien dengan risiko menengah hingga risiko tinggi mengalami luka tekan.

Potter dan Perry (2005) menyatakan intervensi pencegahan perawatan kulit meliputi pengkajian kulit secara teratur minimal satu kali sehari, untuk yang risiko tinggi

lebih baik setiap shift, menjaga kulit tetap bersih dan tidak basah. Ketika membersihkan kulit sebaiknya menggunakan air hangat dengan sabun yang tidak mengandung alkohol. Setelah kulit dibersihkan gunakan pelembab untuk melindungi epidermis dan sebagai pelumas tapi tidak boleh terlalu pekat. Jika pasien mengalami inkontinensia atau mendapat makanan melalui sonde agar diperhatikan kelembaban yang berlebihan akibat terpapar urine, feses atau cairan enteral. Sebaiknya pasien selalu dibersihkan dan area yang terpapar cairan diberi lapisan pelembab sebagai pelindung.

Pasien dan keluarga sangat perlu diberikan edukasi agar ada kolaborasi antara pasien, keluarga dan pemberi pelayanan dalam perawatan pasien. Edukasi keluarga dilakukan secara terprogram dan komprehensif sehingga keluarga diharapkan berperan serta secara aktif dalam perawatan pasien. Topik pendidikan kesehatan yang dianjurkan adalah sebagai berikut; etiologi dan faktor risiko luka tekan, aplikasi penggunaan tool pengkajian risiko, pengkajian kulit, memilih dan atau gunakan dukungan

permukaan, perawatan kulit individual, demonstrasi posisi yang tepat untuk mengurangi risiko luka tekan dan dokumentasi data yang berhubungan (Handayani, 2010).