

LUKA TEKAN

Luka tekan merupakan kerusakan jaringan yang terlokalisir yang diakibatkan oleh kompresi jaringan yang lunak diatas tulang yang menonjol (*bony prominence*) sebagai akibat dari tekanan atau tekanan yang terkombinasi dengan gaya robek / *shear* (NPUAP & EPUAP,2010).

Tahapan luka tekan menurut EPUAP – NPUAP (2009) adalah sebagai berikut :

1) Tahap I (*Non-Blanchable Erythema*)

Tahap ini ditandai dengan kulit kemerahan yang tidak hilang dengan ditekan, terlokalisasi, biasanya terjadi pada tempat penonjolan tulang. Pigmen kulit terlihat lebih gelap dan berbeda dari area sekitarnya, kulit terasa nyeri jika di raba dan teraba hangat. Pada individu berkulit gelap, perubahan warna kulit, kehangatan, edema, endurasi, atau kekerasan kulit juga dapat menjadi indikator.

2) Tahap II (*Partial thickness*)

Tahap II ditandai dengan adanya kerusakan sebagian dermis tampak adanya luka atau kulit tampak rusak dengan warna luka merah, tidak ada nanah pada luka, luka dapat berisi cairan serum atau berbentuk bula. Pada tahap II ini juga ditandai dengan hilangnya kulit dengan ketebalan sebagian terjadi pada lapisan epidermis dan/atau dermis. Ulkus tersebut bersifat superficial dan tampilan secara klinis seperti abrasi, lepuhan, atau lubang dangkal.

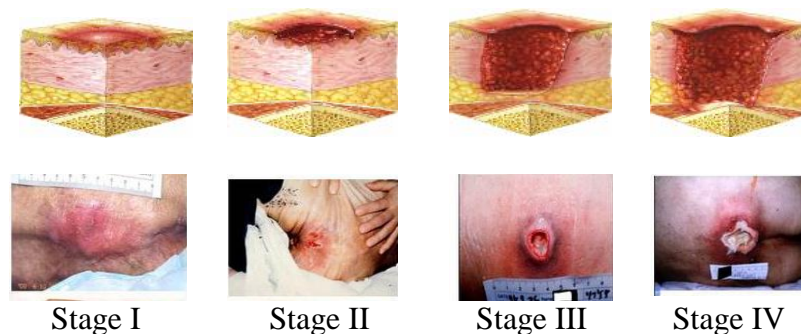
3) Tahap III (*Full thickness tissue loss*)

Tahap III ditandai dengan jaringan kulit yang hilang, tetapi lemak subkutan mungkin masih dapat terlihat. Tendon, tulang, maupun otot tidak terpapar. Hilangnya kulit dengan ketebalan penuh melibatkan kerusakan atau nekrosis jaringan subkutan yang dapat meluas sampai ke bawah, tetapi tidak menembus fascia di bawahnya. Dimana terjadi adanya kawah kecil pada kulit, dengan atau tanpa perusakan jaringan yang berbatasan. Jika terdapat jaringan parut, tahapan dekubitus yang akurat tidak mungkin dilakukan sampai jaringan parut tersebut mengelupas atau luka telah didebridemen.

4) Tahap IV (*Full thickness tissue loss with exposed bone, tendon or muscle*)

Tahap IV adalah hilangnya jaringan total sehingga bagian tulang, tendon, dan otot dapat terlihat dan terpapar. Hilangnya kulit dengan ketebalan penuh disertai destruksi yang luas, nekrosis jaringan atau kerusakan otot, tulang, atau struktur penunjangnya (seperti tendon atau kapsula sendi).

Gambar
Stadium luka tekan berdasarkan EPUAP-NPUAP, 2009



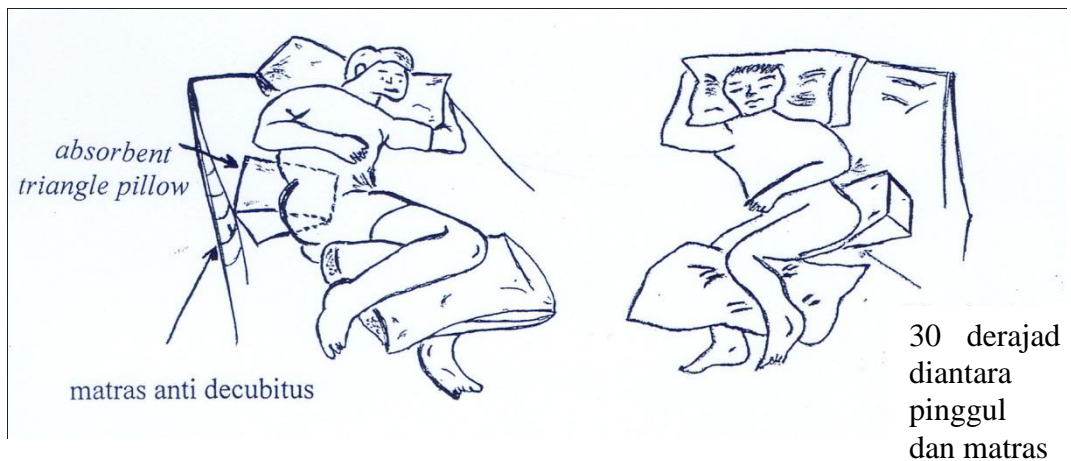
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR
PENGATURAN POSISI MIRING 30 DERAJAT DENGAN *ABSORBENT*
***TRIANGLE PILLOW* DAN MATRAS ANTI DEKUBITUS**

Prosedur pengaturan posisi miring 30 derajat dengan *absorbent triangle pillow* dan matras anti dekubitus yaitu sebagai berikut :

1. Mempersiapkan matras anti dekubitus yang sudah diletakkan diatas kasur standart rumah sakit, kemudian mengatur dan menyalakan kompresor angin dan set tekan udaranya.
2. Menempatkan pasien pada matras anti dekubitus dan persis ditengah tempat tidur pasien.
3. Gunakan bantal untuk menyanggah kepala dan leher.
4. Menekuk sedikit kedua kaki pasien sebelum dimiringkan, memiringkan tubuh pasien ke kanan/terlentang/kiri (setiap empat jam sekali pengaturan posisinya) setinggi 30 derajat, setelah itu menempatkan penyanggah *absorbent triangle pillow* pada sudut antara bokong dan matras guna mencegah terjadinya pasien melorot serta mencegah terjadinya gesekan yang dapat menyebabkan luka tekan.
5. Menempatkan satu bantal lagi dengan bentuk memanjang diantara kedua kaki persis (dibawah tumit) agar area tumit tidak tertekan.
6. Pendokumentasian dilakukan setiap pergantian pengaturan posisi pada lembar evaluasi pengaturan posisi yang sudah disiapkan.

Keterangan :

1. Prosedur pengaturan posisi miring 30 derajat dengan *absorbent triangle pillow* dan matras anti dekubitus dilakukan secara bertahan dan berkelanjutan setiap 4 jam sekali selama 5 hari.
2. Penatalaksanaan pengaturan posisi miring 30 derajat dengan *absorbent triangle pillow* dan matras anti dekubitus dilakukan oleh tenaga kesehatan.
3. Pendokumentasian pengaturan posisi miring 30 derajat dengan *absorbent triangle pillow* matras anti dekubitus dilakukan setiap pergantian posisi dan dapat di evaluasi setiap harinya guna perkembangan pasien lebih lanjut.



Gambar : Posisi miring 30 derajat dengan menggunakan *absorbent triangle pillow*

Lampiran

EVALUASI PERKEMBANGAN KONDISI KULIT

Tanda	Kemerahan					Hangat					Kontur					Nyeri					Luka					Kulit warna gelap					Edema				
Area	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V
Sakrum																																			
Trokanter ki/ka																																			
Tumit ki/ka																																			
Siku ki/ka																																			
Lutut																																			
Bahu																																			
	Nanah					Bula					Abrasi / lepuhan					Kawah					Nekrosis					Hilangnya jaringan kulit					Hilangnya jaringan total				
	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V
Sakrum																																			
Trokanter ki/ka																																			
Tumit ki/ka																																			
Siku ki/ka																																			
Lutut																																			
Bahu																																			
Grade Decubitus																																			

	Paraf :		Paraf :		Paraf :		Paraf :		Paraf :
	Paraf :		Paraf :		Paraf :		Paraf :		Paraf :
	Paraf :		Paraf :		Paraf :		Paraf :		Paraf :
	Paraf :		Paraf :		Paraf :		Paraf :		Paraf :
	Paraf :		Paraf :		Paraf :		Paraf :		Paraf :
	Paraf :		Paraf :		Paraf :		Paraf :		Paraf :
	Paraf :		Paraf :		Paraf :		Paraf :		Paraf :
	Paraf :		Paraf :		Paraf :		Paraf :		Paraf :
	Paraf :		Paraf :		Paraf :		Paraf :		Paraf :
	Paraf :		Paraf :		Paraf :		Paraf :		Paraf :
	Paraf :		Paraf :		Paraf :		Paraf :		Paraf :
	Paraf :		Paraf :		Paraf :		Paraf :		Paraf :
	Paraf :		Paraf :		Paraf :		Paraf :		Paraf :
	Paraf :		Paraf :		Paraf :		Paraf :		Paraf :

Program Studi Magister Keperawatan
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

