

**PENGARUH PENATAAN TEMPAT TIDUR TERHADAP KEJADIAN
DEKUBITUS DERAJAT I PADA PASIEN TIRAH BARING**

***THE INFLUENCE OF BED MAKING TOWARDS THE INCIDENCE OF
DECUBITUS ON STAGE I TO THE BEDRIDDEN PATIENTS***

Supriadi¹

¹Dosen Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Hamzar

Email: supriadi0720@gmail.com

ABSTRAK

Pencegahan dekubitus merupakan prioritas pada pasien tirah baring yang mengalami keterbatasan mobilisasi. Tindakan keperawatan dalam upaya pencegahan secara dini terjadinya dekubitus di rumah sakit adalah menjaga tekanan permukaan tempat tidur tetap stabil dengan metode penataan tempat tidur. Tujuan penelitian ini adalah menganalisis pengaruh penataan tempat tidur lipat sudut 90° terhadap kejadian dekubitus derajat I pada pasien tirah baring. Desain penelitian ini adalah quasy experiment post-test only with control group. Teknik pengambilan sampel menggunakan accidental sampling dengan jumlah sampel 34 responden, terdiri dari 2 kelompok yaitu kelompok perlakuan diberikan penataan tempat tidur lipat sudut 90° dan kelompok kontrol diberikan metode tali sudut, kedua kelompok dilakukan evaluasi selama 5 hari. Instrumen yang digunakan adalah derajat dekubitus berdasarkan European Pressure Ulcer Advisory Panel dan National Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP & NPUAP). Analisis data menggunakan fisher's exact test. Hasil penelitian menunjukkan ada pengaruh yang signifikan antara penataan tempat tidur lipat sudut 90° dengan kejadian dekubitus derajat I pada pasien tirah baring ($p=0.039$). Penataan tempat tidur lipat sudut 90° lebih baik dari metode tali sudut. Penataan tempat tidur lipat sudut 90° bisa diterapkan diruang perawatan sebagai salah satu intervensi keperawatan dalam membantu mencegah kejadian dekubitus.

Kata Kunci: Penataan Tempat Tidur, Lipat Sudut 90°, Tali Sudut, Dekubitus, Pasien Tirah Baring.

ABSTRACT

Decubitus prevention is the priority measures among bedridden patients who have limitation on mobility and movement. Nursing intervention to early prevent decubitus in hospital setting is manage bed making. The purpose of this study is to analyze the effect of bed making by using 90° angle fold on the incidence of decubitus stage I among bedridden patient. Design of the research was quasy experiment post-test only with control group. Sampling technique used accidental sampling that involved 34 respondent who were grouped into experimental group who received bed making using 90° angle fold and control group received bed making angle rope. Both of the groups were evaluated within 5 days. Stage I decubitus was determined based on European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP & NPUAP). Data were analyzed by using fisher's exact test. The results of this research showed that there was a significant effect of bed making by using 90° angle fold with the incidence of decubitus stage I among bedridden patients ($p=0.039$). Bed making by using 90° angle

fold is better than angle rope. Bed making by using 90° angle fold can be implemented in hospital ward as one of nursing interventions to prevent decubitus.

Keywords: *Bed Making, Angle Fold 90°, Angle Rope, Decubitus, Bedridden Patients*

Pendahuluan

Dekubitus merupakan masalah serius yang sering terjadi pada pasien yang mengalami gangguan neurologis, penyakit kronis, penurunan status mental, pasien yang dirawat di ruang *Intensive*, onkologi, dan pasien dengan ortopedik (Potter & Perry, 2010). Dekubitus merupakan lesi atau kerusakan struktur anatomis dan fungsi kulit normal yang disebabkan oleh tekanan eksternal yang terjadi secara terus-menerus pada daerah yang ada penonjolan tulang sehingga merusak jaringan yang ada di bawahnya dan tidak sembuh dengan urutan dan waktu yang biasa (Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2010).

Fasilitas perawatan akut di Amerika Serikat memperkirakan 2,5 juta dekubitus ditangani setiap tahunnya (Reddy et al, 2006). Insiden dekubitus sekitar 12-66% pada pasien bedah, 17-27% pada pasien bedah jantung dan 20-32% pada pasien yang usia lanjut (Schouchoff, 2002). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Suriadi et al, (2007) menyatakan bahwa kejadian dekubitus pada pasien yang di rawat di *ruang Intensive Care Unit (ICU)* Rumah Sakit Pontianak mencapai 33,3%. Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta, angka kejadian dekubitus di ruang *Intermediate care (IMC)* pada bulan Desember 2015 – Februari 2016 sebanyak 4 pasien, dan di ruang *Intensive Care Unit / Intensive Coronary Care Unit (ICU/ICCU)* sebanyak 1 pasien.

Kejadian dekubitus akan menimbulkan komplikasi yang serius pada kesehatan pasien, kualitas hidup pasien, dan bisa menyebabkan sepsis, bahkan sampai menyebabkan kematian, oleh karena itu pencegahan harus menjadi fokus utama daripada penyembuhan, dekubitus sebenarnya bisa dicegah dan biayanya lebih murah dibanding untuk pengobatan

(Ayello, 2007 & Hopkin et al, 2000). Langkah utama pencegahan terjadinya dekubitus adalah keakuratan pengkajian resiko terjadinya dekubitus sehingga perawat dapat menetapkan dan melaksanakan intervensi untuk pencegahan (Kottner 2009). Menurut Jaul (2010), instrumen yang paling banyak digunakan serta direkomendasikan dalam mengkaji resiko terjadinya dekubitus antara lain: Skala Norton, Braden, dan Skala Waterlow.

Tindakan keperawatan dalam upaya pencegahan secara dini terjadinya dekubitus di Rumah Sakit adalah menjaga tekanan permukaan tetap stabil (Elkin et al, 2003). Tekanan kapiler normal 12–32 mmHg, sehingga tekanan diatas 32 mmHg meningkatkan tekanan interstitial yang berdampak pada penurunan oksigenasi (Dini, et al., 2006). Salah satu tindakan untuk menjaga tekanan permukaan dengan metode penataan tempat tidur. Kekuatan gaya geser dan gesekan pada tempat tidur tidak bisa dipisahkan dari adanya tekanan, karena gaya tersebut merupakan komponen integral dari pengaruh tekanan pada pasien (Malone & McInnes, 2000). Penelitian yang di lakukan oleh Sumara (2013) penggunaan metode *bed making an occupied bed* lipat sudut 90° mempunyai tekanan permukaan lebih rendah di bandingkan dengan metode tali sudut.

Dukungan permukaan (*support surfaces*), digunakan untuk mengelola tekanan eksternal pada tonjolan tulang, berdasarkan ketatnya (kencangnya) lembar seprei atau *linen* dapat menyebabkan dekubitus (Matsuo et al, 2011). Kekuatan dari seprei ini bisa membuat kulit teriritasi (Bloomfield et al, 2008). Mekanisme timbulnya dekubitus ini berawal dari adanya tekanan permukaan yang intensif dan lama, sehingga toleransi jaringan berkurang (Bryant, 2000). Dengan adanya tekanan permukaan atau desakan pada kulit yang terus - menerus, sehingga

menyebabkan suplai darah yang menuju kulit terputus dan jaringan akan mati (Bryant & Denise, 2007). Dari ulasan diatas peneliti tertarik meneliti tentang pengaruh penataan tempat tidur lipat sudut 90° terhadap kejadian dekubitus derajat I pada pasien tirah baring.

Metodologi Penelitian

Desain penelitian ini adalah *quasy experiment post-test only with control group*. Teknik pengambilan sampel menggunakan *accidental sampling* dengan jumlah sampel 34 responden, terdiri dari 2 kelompok yaitu kelompok perlakuan diberikan penataan tempat tidur lipat sudut 90° dan kelompok kontrol diberikan metode tali sudut, kedua kelompok dilakukan evaluasi selama 5 hari. Instrumen yang digunakan adalah derajat

dekubitus berdasarkan *European Pressure Ulcer Advisory Panel* dan *National Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP & NPUAP)*. Analisis yang digunakan adalah *fisher's exact test* dan regresi logistik berganda.

Hasil dan Pembahasan Penelitian

Analisis Univariat dan Uji Homogenitas

Sebelum dilakukan analisa data, telah dilakukan uji homogenitas dengan menggunakan *levene's test* untuk melihat kesetaraan atau homogenitas antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Berdasarkan tabel 1 dibawah didapatkan hasil *p-value* untuk semua variabel menunjukkan nilai $p > 0.05$, maka dapat disimpulkan antara variabel kelompok perlakuan dan kontrol homogen.

Tabel 1. Karakteristik responden dan uji homogenitas kelompok perlakuan dan kontrol di Ruang ICU/ICCU dan IMC Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta (N = 34).

Variabel	Perlakuan		Kontrol		Total		P value
	n	%	n	%	n	%	
Usia							
≥ 60 tahun	7	41.2	10	58.8	17	50	1.000
< 60 tahun	10	58.8	7	41.2	17	50	
Jenis penyakit							
Kronis	8	47.1	9	52.9	17	50	1.000
Akut	9	52.9	8	47.1	17	50	
Riwayat merokok							
Merokok	9	52.9	9	52.9	18	52.9	1.000
Tidak merokok	8	47.1	8	47.1	16	47.1	
Tingkat resiko dekubitus							
Resiko tinggi	11	64.7	14	82.4	25	73.5	0.228
Resiko menengah	5	29.4	2	11.8	7	20.6	
Resiko rendah	1	5.9	1	5.9	2	5.9	
Suhu tubuh							
> 37.5° C	1	5.9	1	5.9	2	5.9	1.000
≤ 37.5° C	16	94.1	16	94.1	32	94.1	

*) *levene's test*

Analisis Bivariat

Pengaruh penataan tempat tidur lipat sudut 90° terhadap kejadian dekubitus derajat I pada pasien tirah baring

Hasil analisis pengaruh penataan tempat tidur lipat sudut 90° dengan kejadian dekubitus didapatkan sebanyak 7 (41.2%) responden pada kelompok kontrol mengalami dekubitus derajat I, sedangkan pada kelompok perlakuan terdapat 1 (5.9%) responden yang terjadi dekubitus

derajat I. Hasil uji statistik dengan menggunakan *fisher's exact test* diperoleh nilai $p = 0.039$ (< 0.05) maka H_0 ditolak, dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh yang signifikan antara penataan tempat tidur lipat sudut 90° dengan kejadian dekubitus derajat I pada pasien tirah baring. Didapatkan juga nilai $OR=11.200$ (1.193 - 105.132), artinya responden yang diberikan perlakuan penataan tempat tidur lipat sudut 90° dapat menurunkan 11 kali kejadian dekubitus derajat I dibandingkan dengan responden yang diberikan metode tali sudut.

Tabel 2. Pengaruh penataan tempat tidur terhadap kejadian dekubitus derajat I di Ruang ICU/ICCU dan IMC Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta (N = 34).

No	Variabel bebas	Variabel terikat				Total	OR 95% CI	p-value	
		Terjadi dekubitus		Tidak terjadi dekubitus					
		f	%	F	%				
1	Lipat sudut 90°	1	5.9	16	94.1	17	100	11.200 (1.193-105.132)	0,039
2	Tali sudut	7	41.2	10	58.8	17	100		

*) Fisher's exact

Salah satu tindakan untuk menjaga tekanan permukaan yaitu dengan metode penataan tempat tidur. Penataan tempat tidur lipat sudut 90° adalah mengganti alat tenun yang kotor dengan membuat sudut seprei 90° pada setiap sudut matras/kasur tempat tidur pasien tanpa memindahkan pasien yang bertujuan untuk memberikan perasaan senang kepada pasien, untuk mencegah terjadinya dekubitus, dan memelihara kebersihan dan kerapian (Ely, 2011). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Sumara (2013) tekanan permukaan (*interface pressure*) pada metode *bed making an occupied bed* lipat sudut 90° lebih rendah dan stabil dibandingkan dengan metode tali sudut.

Penataan tempat tidur (*bed making*) berkaitan dengan tekanan, gaya geser dan gesek (*shear dan friction*). Kekuatan gaya geser dan gesekan pada tempat tidur tidak bisa dipisahkan dari adanya tekanan,

karena gaya tersebut merupakan komponen integral dari pengaruh tekanan pada pasien (Malone & McInnes, 2000). Penelitian yang dilakukan oleh Lahmann & Kottner, (2011) didapatkan hasil tekanan, gaya geser dan gesek (*shear and friction*) sebagai penyebab kuat untuk terjadinya kejadian dekubitus. Penelitian yang dilakukan oleh Cox, (2010) yang meneliti tentang skor skala braden terhadap kejadian dekubitus, didapatkan hasil penurunan mobilitas, *shear & friction* menjadi faktor penyebab untuk terjadinya kejadian dekubitus.

Penataan tempat tidur lipat sudut 90° tidak hanya berpengaruh terhadap membantu menurunkan tekanan permukaan (*interface pressure*), akan tetapi berpengaruh juga dalam mengurangi gaya geser dan gesekan (*shear and friction*) yang dapat mengurangi terjadinya kejadian dekubitus.

Analisis Multivariat

Pengaruh faktor perancu (*confounding*) terhadap kejadian dekubitus derajat I pada pasien tirah baring

Tabel 3. Pengaruh faktor perancu (*confounding*) terhadap kejadian dekubitus derajat I pada pasien tirah baring

Variabel	Kejadian dekubitus derajat I				Total		OR (95% CI)	p-value
	Terjadi dekubitus		Tidak terjadi dekubitus					
	f	%	f	%	f	%		
Usia								
1. ≥ 60	5	29.4	12	70.6	17	100	0.349	0.411
2. < 60	3	17.7	14	82.4	17	100	(0.028 – 4.290)	
Suhu tubuh								
1. > 37.5	1	50.0	1	50.0	2	100	0.263	0.488
2. ≤ 37.5	7	21.9	25	78.1	32	100	(0.006 – 11.432)	
Jenis penyakit								
1. Kronis	5	29.4	12	70.6	17	100	0.374	0.318
2. Akut	3	17.6	14	82.4	17	100	(0.054 – 2.574)	
Riwayat merokok								
1. Merokok	4	22.2	14	77.8	18	100	0.465	0.560
2. Tidak merokok	4	25.5	12	75.0	16	100	(0.035 – 6.110)	
Tingkat resiko dekubitus								
1 Resiko tinggi	7	28.8	18	72.0	25	100	4.080 (0.123 – 135.100)	0.431
2 Resiko menengah	0	0	7	100	7	100		
3 Resiko rendah	1	50	1	50	2	100		

*) Regresi logistik berganda

Usia

Hasil analisis pengaruh antara usia dengan kejadian dekubitus diperoleh sebanyak 5 (29.4%) dari usia responden ≥ 60 tahun mengalami dekubitus derajat I dan 12 (70.6%) tidak mengalami dekubitus. Pada usia < 60 tahun 3 (17.7%) yang mengalami dekubitus derajat I dan 14 (82.4%) tidak mengalami dekubitus derajat I. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0.411$ (> 0.05), dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan kejadian dekubitus derajat I antara responden yang usianya ≥ 60 tahun dengan yang usianya < 60 tahun. Dari hasil analisis diperoleh juga nilai $OR=0.349$ (0.028 – 4.290) artinya adalah responden yang usianya ≥ 60 tahun memiliki tingkat insidensi 0.349 kali untuk terjadi dekubitus derajat I dibandingkan

dengan responden yang usianya < 60 tahun.

Pasien yang sudah tua memiliki resiko tinggi untuk terjadi dekubitus karena kulit dan jaringan akan berubah seiring dengan proses penuaan (Sussman & Jensen, 2007). Menurut Potter & Perry, (2006) 60% - 90% dekubitus dialami oleh pasien dengan usia 65 tahun keatas. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Manzano, et al (2010) untuk rata-rata usia yang terjadi dekubitus adalah pada usia 60 tahun. Penelitian yang dilakukan oleh Suriadi, et al (2007) yang melihat faktor resiko terhadap kejadian dekubitus bahwa usia pasien yang rentan untuk terjadi dekubitus adalah rata-rata pada usia 50 tahun.

Penelitian ini sama dengan yang dilakukan oleh Suriadi, et al (2007)

menyatakan tidak ada hubungan yang signifikan antara usia dengan kejadian dekubitus ditunjukkan dengan nilai $p = 0.34 (> 0.05)$. Penelitian yang dilakukan oleh Handayani, (2010) tidak ada hubungan yang signifikan antara usia dengan kejadian dekubitus ditunjukkan dengan nilai $p = 0.500 (> 0.05)$. penelitian yang dilakukan oleh Tarihoran, (2010) juga didapatkan tidak ada hubungan yang signifikan antara usia dengan kejadian dekubitus ditunjukkan dengan nilai $p = 0.412 (> 0.05)$. Pada penelitian yang dilakukan oleh peneliti, kejadian dekubitus tidak hanya terjadi pada usia yang lebih dari 60 tahun akan tetapi usia dibawah 60 tahun juga bisa terjadi dekubitus ditunjukkan data hasil penelitian sebanyak 5 (29.4%) dari usia responden ≥ 60 tahun mengalami dekubitus derajat I. Pada usia < 60 tahun 3 (17.7%) yang mengalami dekubitus derajat I.

Jenis Penyakit (Diagnosa Medis)

Hasil analisis pengaruh antara jenis penyakit dengan kejadian dekubitus derajat I, diperoleh data sebanyak 5 (29.4%) responden yang menderita penyakit kronis mengalami dekubitus, dan 12 (70,6%) tidak mengalami dekubitus derajat I. Responden dengan penyakit akut mengalami kejadian dekubitus sebanyak 3 (17.6%), dan tidak terjadi dekubitus sebanyak 14 (82.4%). Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0.318 (> 0.05)$, dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan kejadian dekubitus derajat I antara responden yang mengalami penyakit kronis dan akut . Dari hasil analisis diperoleh nilai $OR=0.374 (0.054 - 2.574)$, artinya adalah responden yang mengalami penyakit kronis memiliki tingkat insidensi 0.374 kali untuk terjadi dekubitus derajat I dibandingkan dengan yang mengalami penyakit akut.

Australian Wound Management Association (AWMA, 2012) menyebutkan penyakit kronis sebagai salah satu faktor ekstrinsik terjadinya dekubitus. Penyakit kronis dapat mempengaruhi perfusi jaringan, dimana penyakit dan kondisi tersebut dapat mengakibatkan kerusakan

pengiriman oksigen ke jaringan. Ada beberapa penyakit yang dapat menyebabkan resiko terjadinya dekubitus, diantaranya adalah diabetes mellitus, kanker, penyakit pada pembuluh darah arteri, penyakit kardiopulmonar, lymphoedema, gagal ginjal, tekanan darah rendah, abnormalitas sirkulasi serta anemia. Penelitian yang dilakukan oleh Utomo, et al (2012) menyatakan diagnosa medis yang beresiko terjadi dekubitus adalah dengan kasus neurologis sebanyak 80% diikuti kasus ortopedik dan endokrin, sedangkan berdasarkan Suriadi, (2007) diagnosa medis yang beresiko dan terjadi dekubitus ditemukan pada pasien dengan penyakit stroke, diabetes mellitus, post operasi, dan pasien dengan infark miokard. Pada penelitian yang dilakukan oleh Manzano, et al (2010) didapatkan hasil diagnosa medis yang terjadi dekubitus adalah pada pasien dengan gangguan neurology, gastrointestinal, cardiology, gagal nafas, dan pada pasien dengan shock septic.

Penelitian ini sama dengan yang dilakukan oleh Manzano, et al (2010) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara diagnosa medis dengan kejadian dekubitus ditunjukkan dengan nilai $p = 0.37 (> 0.05)$, sedangkan menurut Frankel, et al (2007) mengatakan faktor yang beresiko terhadap kejadian dekubitus adalah pasien yang mempunyai riwayat penyakit diabetes melitus, *spinal cord injury*, *insufficiency renal*, dan usia > 60 tahun.

Riwayat Merokok

Hasil analisis pengaruh riwayat merokok dengan kejadian dekubitus derajat I, diperoleh data sebanyak 4 (22.2%) responden yang merokok mengalami dekubitus, dan 14 (77,8%) tidak mengalami dekubitus derajat I. Responden yang tidak merokok mengalami kejadian dekubitus sebanyak 4 (25.0%), dan tidak terjadi dekubitus sebanyak 12 (75.0%). Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0.560 (> 0.05)$, dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan kejadian

dekubitus derajat I antara responden yang merokok dan tidak merokok.

Merokok mungkin sebuah prediktor terbentuknya dekubitus, insiden dekubitus lebih tinggi pada perokok dibandingkan dengan yang bukan perokok. Afinitas hemoglobin dengan nikotin dan meningkatnya radikal bebas diduga sebagai penyebab resiko terbentuknya dekubitus pada perokok (Bryant, 2007). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Suriadi, et al (2007) tentang faktor resiko perkembangan dekubitus haemoglobin yang tinggi dapat menyebabkan untuk terjadinya kejadian dekubitus.

Penelitian yang dilakukan oleh Tarihoran, (2010) juga ditemukan tidak ada perbedaan yang signifikan proporsi kejadian dekubitus antara responden dengan riwayat merokok dengan yang tidak merokok dengan hasil uji statistik nilai $p = 1.000 (> 0.05)$. Penelitian ini juga sama dengan yang dilakukan oleh Handayani, (2010) dengan hasil uji statistik $p = 0.586 (> 0.05)$ yang artinya tidak ada perbedaan yang signifikan antara usia dengan kejadian dekubitus derajat I pada responden yang merokok dan yang tidak merokok. Meskipun dalam penelitian secara statistik tidak terdapat pengaruh, akan tetapi jika dilihat dari hasil analisis nilai $OR=0.465 (0.035 - 6.110)$, artinya adalah responden yang merokok memiliki tingkat insidensi 0.465 kali untuk terjadi dekubitus dibandingkan dengan yang tidak merokok.

Tingkat Resiko Dekubitus

Hasil analisis pengaruh antara tingkat resiko dekubitus berdasarkan skala braden dengan kejadian dekubitus derajat I, responden dengan tingkat resiko tinggi yang mengalami dekubitus derajat I sebanyak 7 (28.8%), resiko menengah tidak ada yang mengalami kejadian dekubitus, dan resiko rendah 1 (50.0%) responden yang mengalami kejadian dekubitus derajat I. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0.431 (> 0.05)$ dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan kejadian dekubitus derajat I

antara responden yang memiliki tingkat resiko tinggi, resiko menengah dan resiko rendah. Dari hasil analisis diperoleh nilai $OR=4.080 (0.123 - 135.100)$, artinya adalah responden yang mengalami tingkat resiko tinggi memiliki tingkat insidensi 4.080 kali untuk terjadi dekubitus derajat I dibandingkan dengan yang tingkat resiko menengah dan rendah.

Karakteristik responden berdasarkan tingkat resiko dekubitus diukur dengan menggunakan skala braden yang sudah terbukti validitas dan reliabilitasnya dengan kategori resiko tinggi, menengah dan resiko rendah. Pada Skala Braden terdiri dari 6 sub skala faktor resiko terhadap kejadian dekubitus diantaranya adalah : persepsi sensori, kelembaban, aktivitas, mobilitas, nutrisi, pergeseran dan gesekan. Nilai total berada pada rentang 6 sampai 23, nilai rendah menunjukkan resiko tinggi terhadap kejadian dekubitus (Braden dan Bergstrom, 1989). Apabila skor yang didapat mencapai ≤ 16 , maka dianggap resiko tinggi mengalami dekubitus (Jaul, 2010). Berdasarkan beberapa hasil penelitian tentang validitas instrumen pengkajian resiko dekubitus antara lain untuk skala Braden di ruang ICU mempunyai sensitivitas 83% dan spesifitas 90% dan di *nursing home* mempunyai sensitivitas 46% dan spesifitas 88%, sedangkan di unit *orthopedic* mempunyai sensitivitas 64% dan spesifitas 87%, dan di unit *Cardiotorasic* mempunyai sensitivitas 73% dan spesifitas 91% (Bell J, 2005).

Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh fernandes & Caliri, (2008) didapatkan hasil semakin tinggi resiko kejadian dekubitus berdasarkan pengukuran tingkat resiko dekubitus menggunakan skala braden, maka semakin tinggi juga angka kejadian dekubitus, akan tetapi kejadian dekubitus juga bisa terjadi pada pasien yang memiliki tingkat resiko menengah bahkan yang tingkat resiko rendah juga ada yang terjadi dekubitus dengan nilai $p = 0.015 (< 0.05)$, artinya ada hubungan yang signifikan antara tingkat resiko kejadian dekubitus dengan kejadian dekubitus. Penelitian yang dilakukan oleh Shahin, et al (2008) juga mengatakan ada

hubungan yang signifikan antara skor braden dengan kejadian dekubitus. Berbeda juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Handayani, (2010) didapatkan hasil nilai $p = 0.007 (< 0.05)$, artinya ada perbedaan kejadian dekubitus derajat I pada responden dengan tingkat resiko yang tinggi, menengah dan rendah. Semakin tinggi tingkat resiko kejadian dekubitus yang diukur dengan menggunakan skala braden maka angka kejadian dekubitus juga tinggi.

Temperatur / Suhu Tubuh

Hasil analisis pengaruh antara suhu tubuh dengan kejadian dekubitus derajat I, diperoleh data sebanyak 1 (50.0%) responden yang suhu tubuhnya di atas 37.5°C mengalami dekubitus, dan 1 (50,0%) tidak mengalami dekubitus derajat I. Responden yang suhu tubuhnya $\leq 37.5^{\circ}\text{C}$ mengalami kejadian dekubitus sebanyak 7 (21.9%), dan tidak terjadi dekubitus sebanyak 25 (78.1%). Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0.488 (> 0.05)$, dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan kejadian dekubitus derajat I antara responden yang memiliki suhu tubuh di atas 37.5°C dan $\leq 37.5^{\circ}\text{C}$. Dari hasil analisis diperoleh nilai $OR=0.263 (0.006 - 11.432)$, artinya adalah responden yang suhu tubuhnya $> 37.5^{\circ}\text{C}$ memiliki tingkat insidensi 0.263 kali untuk terjadi dekubitus dibandingkan dengan yang suhu tubuhnya di bawah $\leq 37.5^{\circ}\text{C}$.

Berdasarkan *Australian Wound Management Association (AWMA, 2012)* Setiap terjadi peningkatan metabolisme akan menaikkan 1 derajat Celcius dalam temperatur jaringan. Dengan adanya peningkatan temperatur ini akan beresiko terhadap iskemik jaringan. Selain itu dengan menurunnya elastisitas [kulit](#), akan tidak toleran terhadap adanya gaya gesekan dan pergerakan sehingga akan mudah mengalami kerusakan [kulit](#).

Penelitian yang dilakukan oleh Nijs, et al (2009) menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara suhu tubuh dengan kejadian dekubitus. Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Suriadi, (2007) didapatkan bahwa adanya

hubungan yang bermakna antara suhu tubuh dengan terjadinya dekubitus.

Kesimpulan

Ada pengaruh yang signifikan antara penataan tempat tidur lipat sudut 90° dengan kejadian dekubitus derajat I, sehingga penataan tempat tidur lipat sudut 90° lebih baik dari metode tali sudut dalam menurunkan tingkat kejadian dekubitus.

Daftar Pustaka

- Australian Wound Management Association. (2012). *Pan Pacific Clinical Practice Guideline for The Prevention and Management of Pressure Injury*. Australian : Cambridge Media Osborne Park.
- Ayello, E. A. (2007). Predicting pressure ulcer risk. *Try this: best practices in nursing care to older adults. AJN*, 107(11), 45-47.
- Bell, J. (2005). Are Pressure Ulcer Grading And Risk Assessment Tools Useful?. *Wounds UK*, 1(2), 62.
- Bloomfield, J., Pegram, A., & Jones, A. (2008). Recommended Procedure For Bedmaking In Hospital. *Nursing Standard*, 22(23), 41.
- Braden, B. J., & Bergstrom, N. (1989). Clinical utility of the Braden Scale for predicting pressure sore risk. *Advances in Skin & Wound Care*, 2(3), 44-51.
- Bryant, R. A. (2007). *Acute and Chronic Wounds Nursing Management, Second Edition*. Missouri, St. Louis : Mosby Inc.
- Cox, J. (2011). Predictors of pressure ulcers in adult critical care patients. *American journal of critical care*, 20(5), 364-375.
- Dini, V., Bertone, M. S., & Romanelli, M. (2006). Prevention And Management Of Pressure Ulcers. *Dermatologic Therapy*, 19(6), 356-364.

- Elkin MK, Perry AG, Potter PA. (2003) *Nursing Interventions and Clinical Skills*. Third Edition. Mosby, St Louis MO.
- Ely, A. (2011). *Penuntun Praktikum Keterampilan Kritis I*. Jakarta: Salemba Medika.
- Fernandes, L. M., & Caliri, M. H. L. (2008). Using the Braden and Glasgow scales to predict pressure ulcer risk in patients hospitalized at intensive care units. *Revista latino-americana de enfermagem*, 16(6), 973-978.
- Frankel, H., Sperry, J., & Kaplan, L. (2007). Risk factors for pressure ulcer development in a best practice surgical intensive care unit. *The American surgeon*, 73(12), 1215-1217.
- Handayani, R. S., Irawaty, D., & Panjaitan, R. U. (2011). Pencegahan Luka Tekan Melalui Pijat Menggunakan Virgin Coconut Oil. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 14(3).
- Hopkins, B., Hanlon, M., Yauk, S., Sykes, S., Rose, T., & Cleary, A. (2000). Reducing Nosocomial Pressure Ulcers In An Acute Care Facility. *Journal of Nursing Care Quality*, 14(3), 28-36.
- Jaul, E. (2010). Assessment And Management Of Pressure Ulcers In The Elderly. *Drugs & Aging*, 27(4), 311-325.
- Kottner, J., Dassen, T., & Tannen, A. (2009). Inter-And Intrarater Reliability Of The Waterlow Pressure Sore Risk Scale : A Systematic Review. *International Journal of Nursing Studies*, 46(3), 369-379.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S.J. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan, Konsep, Proses & Praktik*. Edisi 7, Volume 2. Penerjemah Wahyuningsih, E., Yulianti, D., Yuningsih, Y., Lusyana, A. Jakarta. EGC.
- Lahmann, N. A., & Kottner, J. (2011). Relation between pressure, friction and pressure ulcer categories: a secondary data analysis of hospital patients using CHAID methods. *International journal of nursing studies*, 48(12), 1487-1494.
- Malone & McInnes. (2000). Clinical Practice Guidelines. Pressure Ulcer risk assesment and prevention. London: Royal College of Nursing.
- Manzano, F., Navarro, M. J., Roldán, D., Moral, M. A., Leyva, I., Guerrero, C. & Granada UPP Group. (2010). Pressure ulcer incidence and risk factors in ventilated intensive care patients. *Journal of critical care*, 25(3), 469-476.
- Matsuo, J, Sugama, J, Okuwa, M, Konya, C, Sanada, H. (2011). *Effects On Air Mattress Pressure Redistribution Caused By Differences In Bed Making*.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2014). *Pressure Ulcer Category/Staging Illustrations*.
- Nijs, N., Toppets, A., Defloor, T., Bernaerts, K., Milisen, K., & Van Den Berghe, G. (2009). Incidence and risk factors for pressure ulcers in the intensive care unit. *Journal of clinical nursing*, 18(9), 1258-1266.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2006). *Buku Ajar Fundamental : Konsep, Proses, Dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2010). *Fundamental Keperawatan*. (Buku 3, Edisi 7). Penerjemah Fitriani, D.N., Tampubolon, O., Diba, F. Jakarta: Salemba Medika.
- Perry, D., Borchet, K., Patel, B., Burke, S., & Chick, K. (2012). Pressure ulcer prevention and treatment protocol. *Inst Clin Syst Improv*.
- Reddy, M., Gill, S. S., & Rochon, P. A. (2006). Preventing pressure ulcers: a systematic review. *Jama*, 296(8), 974-984.
- Shahin, E. S., Dassen, T., & Halfens, R. J. (2008). Pressure ulcer prevalence in intensive care patients: a cross-sectional study. *Journal of evaluation in clinical practice*, 14(4), 563-568.
- Sumara, R. (2013). Efektivitas Metode Bed Making : An Occupied Bed

- Terhadap Tekanan Interface. *Tesis Universitas Muhammadiyah Yogyakarta*.
- Suriadi, Sanada, H., Sugama, J., Kitagawa, A., Thigpen, B., Kinoshita, S., & Murayama, S. (2007). Risk factors in the development of pressure ulcers in an intensive care unit in Pontianak, Indonesia. *International wound journal*, 4(3), 208-215.
- Sussman, C., & Bates-Jensen, B. M. (Eds.). (2007). *Wound Care: A Collaborative Practice Manual*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Stephen & Haynes, J. (2006). Implementing The NICE Pressure Ulcer Guideline. *British Journal Of Community Nursing*, 11(9), S16-8.
- Tarihoran, D. E. T. A. U., Sitorus, R., & Sukmarini, L. (2010). Penurunan Kejadian Luka Tekan Grade I (Non Blanchable Erythema) Pada Klien Stroke Melalui Posisi Miring 30 Derajat. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 13(3).
- Utomo, W., Dewi, Y. I., & Abdurrasyid, T. (2014). Efektifitas Nigella Sativa Oil Untuk Mencegah Terjadinya Ulkus Dekubitus Pada Pasien Tirah Baring Lama. *Jurnal Ners Indonesia*, 2(2), 151-157.
- Van Rijswijk, L., & Braden, B. J. (1999). Pressure ulcer patient and wound assessment: an AHCPR clinical practice guideline update. *Ostomy/wound management*, 45(1A Suppl), 56S-67S.