

SKRIPSI

**EFEKTIFITAS MASASE DENGAN LOSION DAN BEDAK
TERHADAP PENCEGAHAN ULKUS DEKUBITUS PADA
PASIEN STROKE DI IRNA WIJAYA KUSUMA
RSU Dr. SOEDONO MADIUN**

PENELITIAN QUAST EXPERIMENT

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**



Oleh :

BAMBANG WIDARTO

NIM : 010830375 B

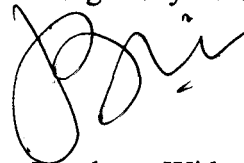
**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2010**



SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun.

Surabaya,
Yang Menyatakan

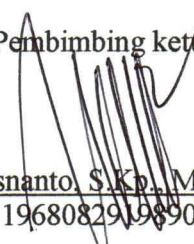


Bambang Widarto
NIM. 010830375B

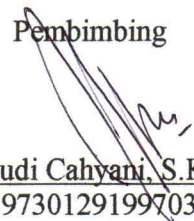
SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
Tanggal 15 Februari 2010

Oleh

Pembimbing ketua


Kusnanto, S.Kp., M.Kes
NIP. 196808291989031002

Pembimbing


Kurnia Budi Cahyani, S.Kep., Ns
NIP. 197301291997032003

Mengetahui
Dean
Wakil Dekan I




Yuni Sufyanti Arief, S.Kp., M.Kes
NIP. 197806062001122001

Telah diuji

Pada tanggal 17 Februari 2010

PANITIA PENGUJI

Ketua : Esty Yunitasari S.Kp., M.Kes
NIP. 197706172003122002

()

Anggota : 1. Kusnanto, S.Kp., M.Kes
NIP. 196808291989031002

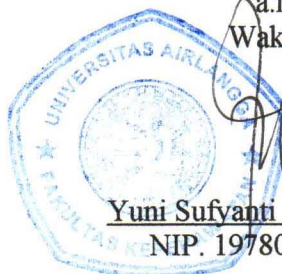
()

2. Mira Triharini, S.Kp., M.Kep
NIP. 132 320 711

()

Mengetahui

Wakil Dekan
Wakil Dekan I



Yuni Sufyanti Arief, S.Kp., M.Kes
NIP. 197806062001122001

MOTTO

Permudahlah (segala urusan), jangan dipersulit dan ajaklah dengan baik, jangan menyebabkan orang menjauh. (HR. Bukhari)

Barangsiapa meringankan beban kehidupan duniawi bagi saudaranya, niscaya Allah akan meringankan beban kehidupannya di akherat kelak (HR. Muslim)

Allah senantiasa menolong hamba Nya selama ia selalu menolong saudaranya (HR. Ahmad)

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan bimbinganNya kami dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Efektifitas Masase Dengan Losion Dan Bedak Terhadap Pencegahan Ulkus Dekubitus Pada Pasien Di Irna Wijaya Kusuma Rsu Dr. Soedono Madiun” Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada pada program studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersama ini perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. DR. Nursalam, M.Nurs (Hons) selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan
2. Yuni Sufyanti Arief, S.Kp., M.Kes selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan
3. Dr. Dodo Anondo, MPH selaku Direktur RSU Dr. Soedono Madiun yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan
4. Kusnanto, S.Kp., M.Kes sebagai dosen pembimbing ketua yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan dalam pembuatan proposal sampai selesainya penulisan skripsi.

5. Kurnia Budi Cahyani S.Kep., Ns. sebagai dosen pembimbing anggota yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan dalam pembuatan proposal sampai selesainya penulisan skripsi.
6. Bapak, Ibu, Isteri dan anak tercinta yang telah ikhlas memberi dukungan moril maupun materiil selama penulis menempuh studi.
7. Rekan-rekan PSIK Angkatan XI B dan pihak lain yang telah membantu selama penelitian dan penyusunan skripsi.

Dalam penyusunan skripsi ini saya sudah berusaha semaksimal mungkin untuk menyatukan ide dan kemampuan, banyak berkonsultasi dan membaca pustaka, namun disadari bahwa masih terdapat kekurangan dalam skripsi ini, sehingga saya mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan skripsi ini.

Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi perawat pada umumnya dan bagi saya pada khususnya.

Abstract

Effectiveness Of Massage With Lotion And Powder Against Decubitus Ulcer
Prevention In IRNA Wijaya Kusuma Dr. Soedono Hospital At Madiun

Bambang Widarto

Problem of pressure ulcer becomes good serious enough problem in progressive country or developing country, because causes the increase of treatment fee, slow the rehabilitation program to the patient, burden primary disease and threaten patient life. Researcher wants to do the prevention of pressure ulcer by comparing massage effectiveness with lotion and comparing massage with powder.

Research design used was the Control Group pre-test post-test design. Samples in this study as many as 20 respondents who were divided into two groups. Independent variable is the massage with lotion and powder, dependent variable is the dekubitus ulcer. The sampling technique in this study conducted in purposive sampling.

Research result based Wilcoxon Signed Rank Test to the massage treatment with lotion for pre test and post test are gotten $p = 0,006$ it means lotion massage have difference between pre test group and post test group. It massage treatment with powder pre test group an post test are gotten $p = 0,160$ it means powder massage have not difference between pre test group and post test group. The tes result of U mann Whitney to the influence of lotion and powder massage to the post test group are gotten $p = = 0,080$ it means there are not the real difference between lotion massage treatment with powder.

Further research focused on skin care to prevent ulcers decubitus using massage with virgin coconut oil.

Key word : pressure ulcer, lotion massage, powder massage

DAFTAR ISI

Halaman sampul dalam.....	i
Halaman Pernyataan	ii
Lembar Persetujuan	iii
Penetapan Panitia Penguji.....	iv
Motto.....	v
Halaman ucapan terima kasih	vi
Halaman abstrak.....	viii
Daftar isi.....	ix
Daftar tabel.....	xi
Daftar gambar	xii
Daftar lampiran.....	xiii
Bab 1 : PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan umum	4
1.3.2 Tujuan kKhusus	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Manfaat teoritis	5
1.4.2 Manfaat praktis	5
Bab 2 : TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Konsep Ulkus Dekubitus	6
2.1.1 Definisi ulkus dekubitus	6
2.1.2 Etiologi ulkus dekubitus	7
2.1.3 Faktor resiko terjadinya ulkus dekubitus.....	7
2.1.4 Mekanisme terjadinya ulkus dekubitus.....	11
2.1.5 Stadium ulkus dekubitus.....	15
2.1.6 Pencegahan ulkus dekubitus	17
2.2 Konsep Masase	23
2.2.1 Definisi masase	23
2.2.2 Model masase.....	23
2.2.3 Teknik masase pada ulkus dekubitus.....	24
2.2.4 Kontra indikasi tindakan masase	25
2.3 Losion dan Bedak	25
2.3.1 Losion.....	25
2.3.2 Bedak.....	27
Bab 3 : KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS	28
3.1 Kerangka Konseptual	28
3.2 Hipotesis Penelitian	30

Bab 4 : METODE PENELITIAN	31
4.1 Rancangan Penelitian.....	31
4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Teknik Sampling	32
4.2.1 Populasi.....	32
4.2.2 Sampel.....	32
4.2.3 Besar Sampel	33
4.2.4 Teknik Sampling.....	34
4.3 Variabel dan Definisi Operasional.....	34
4.3.1 Variabel independen	34
4.3.2 Variabel dependen	35
4.3.3 Definisi operasional	35
4.4 Instrumen Penelitian	37
4.5 Waktu dan Tempat.....	37
4.6 Prosedur Pengumpulan Data	37
4.7 Kerangka Operasional.....	38
4.8 Analisis Data.....	39
4.9 Masalah Etika.....	39
4.10 Keterbatasan.....	40
 Bab 5 : HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	 41
5.1 Hasil Penelitian.....	41
5.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian	41
5.1.2 Data umum	42
5.1.3 Data khusus	45
5.2 Pembahasan.....	48
 Bab 6 : KESIMPULAN DAN SARAN	 52
6. 1 Kesimpulan	52
6. 2 Saran	53
 Daftar Pustaka.....	 54

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Skala prediksi ulkus dekubitus dari Braden.....	18
Tabel 4.1 Tabel definisi operasional variabel yang diteliti.....	35
Tabel 5.1 Perlakuan masase dengan losion untuk pre tes dan pos tes	46
Tabel 5.2 Perlakuan masase dengan bedak untuk pre tes dan pos tes	47
Tabel 5.3 Pengaruh masase losion dan bedak terhadap kelompok pos tes	48

DAFTAR GAMBAR

1. Gambar 2.1 Skema konseptual tentang etiologi ulkus dekubitus	7
2. Gambar 2.2 Stadium satu ulkus dekubitus.....	15
3. Gambar 2.3 Stadium dua ulkus dekubitus	16
4. Gambar 2.4 Stadium tiga ulkus dekubitus	16
5. Gambar 2.5 Stadium empat ulkus dekubitus	17
6. Gambar 2.6 Masase punggung.....	24
7. Gambar 3.1 Kerangka Konseptual.....	28
8. Gambar 4.1 Kerangka operasional.....	38
9. Gambar 5.1 Distribusi responden berdasarkan umur pada pasien stroke dengan resiko ulkus dekubitus.....	42
10. Gambar 5.2 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin pada pasien stroke dengan resiko ulkus dekubitus	42
11. Gambar 5.3 Distribusi responden berdasarkan pekerjaan pada pasien stroke dengan resiko ulkus dekubitus.....	43
12. Gambar 5.4 Distribusi responden berdasarkan riwayat penyakit pada pasien stroke dengan resiko ulkus dekubitus	44
13. Gambar 5.5 Distribusi responden berdasarkan riwayat merokok pada pasien stroke dengan resiko ulkus dekubitus	44

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat permohonan bantuan fasilitas pengumpulan data	57
Lampiran 2 Surat izin pengambilan data.....	58
Lampiran 3 Surat keterangan telah melakukan penelitian.....	59
Lampiran 4 Lembar Permohonan Menjadi Responden.....	60
Lampiran 5 Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	61
Lampiran 6 Lembar Kuesioner Data Responden.....	62
Lampiran 7 Lembar Penilaian Skala Braden	64
Lampiran 8 Lembar Observasi Kondisi Kulit Pasien Sebelum dan Sesudah Dilakukan Masase Dengan Losion Dan Masase Dengan Bedak.....	66
Lampiran 9 Standar Operasional Prosedur Masase dengan Losion.....	67
Lampiran 10 Standar Operasional Prosedur Masase dengan Bedak	68
Lampiran 11 Pengolahan data dan Print-Out Uji Statistik.....	69

BAB 1
PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Masalah ulkus dekubitus menjadi problem yang cukup serius baik di negara maju maupun di negara berkembang, karena mengakibatkan meningkatnya biaya perawatan, memperlambat program rehabilitasi bagi penderita, memperberat penyakit primer dan mengancam kehidupan pasien (Hidayat, 1990). Ulkus dekubitus ini sering terjadi pada pasien dengan tirah baring lama di rumah sakit (*Mayo Clinic*, 2007). Area utama keperawatan untuk mencegah terjadinya ulkus dekubitus adalah perawatan kulit yang meliputi higienis dan perawatan kulit topikal; pencegahan mekanik dan pendukung untuk permukaan, yang meliputi pemberian posisi, penggunaan tempat tidur dan kasur terapeutik (Potter, 2006). Perawatan kulit topikal menurut *Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR)* dengan memberikan losion untuk menjaga epidermis terlubrikasi dan menjaga kelembaban. Bedak adalah lubrikan kering yang membantu mengurangi friksi (Potter, 2006). Masase meningkatkan penyerapan agen topikal (Jacoeb, 2009). *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)* hanya merekomendasikan penggunaan masase dengan losion untuk pencegahan ulkus dekubitus (NPUAP, 2006). Sepanjang pengetahuan peneliti masase dengan bedak belum pernah dijumpai sehingga efektivitas masase dengan bedak masih belum jelas.

Menurut Mukti (2005) insidensi dan prevalensi terjadinya dekubitus di Amerika tergolong masih cukup tinggi dan perlu mendapatkan perhatian dari

kalangan tenaga kesehatan khususnya perawat. Berdasarkan epidemiologi di Amerika didapatkan insidensi terjadinya dekubitus bervariasi, tapi secara umum dilaporkan bahwa 0,4-38% terjadi saat perawatan akut, 2,2-23% terjadi pada perawatan jangka panjang dan 0-17 % saat perawatan di rumah atau *home care* (Reddy, 2006). Penelitian Purwaningsih (2001) terdapat 40 pasien tirah baring parsial dan total di lima ruang perawatan dewasa Rumah Sakit Dr. Sardjito Yogyakarta didapatkan 16 orang atau 40% mengalami dekubitus. Menurut Kirman (2008) biaya pengobatan satu ulkus dekubitus yang besar adalah 70.000 dolar . Biaya selama satu tahun adalah 5 samapai 8,5 juta dollar, dengan biaya rumah sakit sekitar 2,2 sampai 3,5 juta dolar. Evaluasi dari group besar penderita dinyatakan sepertiga pasien dengan ulkus dekubitus meninggal selama perawatan di rumah sakit, setengahnya meninggal setelah dirawat dirumah selama 12 bulan. Secara umum pasien meninggal karena penyakit primer tetapi ulkus dekubitus mungkin merupakan faktor yang menyumbang terjadinya kematian. (Kirman, 2008). Komplikasi dari ulkus dekubitus yang meningkatkan mortalitas disebabkan *osteomyelitis, bacteraemia atau septicaemia* (Grey, 2006). Selama bulan Januari sampai dengan Juni 2009 pasien yang dirawat di instalansi wijaya kusuma adalah 3197 pasien. Jenis penyakit pada pasien tirah baring di IRNA Wijaya Kusuma yang terbanyak adalah *Cerebro Vascular Desases/ stroke* jumlah pasien sebanyak 288 pasien, 40% (120 orang) merupakan pasien tirah baring dan 6% (7 orang) dari pasien tirah baring tersebut terkena ulkus dekubitus. Di RSU Dr. Soedono pencegahan ulkus dekubitus dengan cara mengganti posisi pasien setiap 2 jam dan pemberian bedak.

Berbagai faktor mempunyai kontribusi untuk penyebab terjadinya ulkus

dekubitus, akan tetapi tekanan adalah penyebab utama terjadinya iskemia dan hasil akhirnya adalah nekrosis jaringan. Tenaga robekan dan gesekan memperburuk tekanan dan merupakan komponen penting mekanisme terjadinya ulkus dekubitus. Tekanan, gesekan robekan akan menyebabkan oklusi mikrosirkulasi sehingga terjadi iskemia, yang mana akan terjadi inflamasi dan anoksia jaringan. Anoksia jaringan akan menyebabkan kematian sel, nekrosis dan ulserasi. Berbagai macam jaringan mempunyai resiko mengalami kematian akibat penekanan, jaringan otot adalah yang rusak pertama kali karena meningkatnya kebutuhan oksigen dan kebutuhan metabolik yang lebih tinggi. Perubahan *irreversible* mungkin terjadi bila penekanan terjadi selama 2 jam tanpa adanya perbaikan tekanan. Kulit dapat menahan terjadinya iskemi akibat tekanan langsung selama 12 jam. Terjadinya ulserasi melalui kerusakan kulit. Kerusakan yang signifikan pada otot dibawahnya mungkin sudah terjadi yang menyebabkan pembentukan ulserasi dengan bentuk kerucut terbalik. Pemulihan aliran darah pada jaringan yang iskemik atau disebut reperfusi, baru-baru ini diusulkan sebagai penyebab kerusakan yang lebih besar, yang menyebabkan ulkus menjadi lebih besar dan kronis. Mekanisme yang tepat dari reperfusi iskemik belum diketahui sepenuhnya. Produksi mediator inflamasi yang berkelanjutan dan *reactive oxygen species* selama proses reperfusi mempunyai peran terhadap kronisitas ulkus dekubitus (Kirman, 2008). Pada jaringan sehat masase mempunyai efek yang menguntungkan yaitu mendorong terjadinya hiperemia sebagai konsekuensi pelepasan histamin, meningkatkan kelembutan kulit, pengistirahatan otot, meningkatkan aktifitas parasimpatis, menurunkan edema dan mengaktifkan *mast cell*. (Duiemel, 2008).

Angka kejadian dekubitus masih tinggi, biaya perawatan yang cukup tinggi serta peran dekubitus dalam menyumbang penyebab kematian maka peneliti ingin meneliti bagaimana pencegahan yang efektif agar tidak timbul ulkus dekubitus. Pencegahan dekubitus antara lain penggunaan alat penurun tekanan, intervensi perawatan seperti pemeriksaan kulit, masase dengan losion, nutrisi dan mobilitas (Shahin, 2009). Masih perlunya penelitian yang mengungkapkan manfaat masase maka peneliti ingin melakukan penelitian pencegahan ulkus dekubitus dengan membandingkan efektivitas masase dengan losion dibandingkan masase dengan bedak.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah efektivitas tindakan masase dengan losion dan bedak dalam mencegah terjadinya ulkus dekubitus pada pasien stroke di IRNA Wijaya Kusuma Rumah Sakit Dr. Soedono Madiun.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menjelaskan efektivitas masase dengan losion dan bedak terhadap pencegahan ulkus dekubitus pada pasien stroke di IRNA Wijaya Kusuma Rumah Sakit Dr. Soedono Madiun.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi perubahan warna kulit pasien tirah baring dengan stroke sebelum dan sesudah tindakan masase dengan losion dan bedak

2. Mengidentifikasi kondisi kelembaban kulit pasien tirah baring dengan stroke sebelum dan sesudah tindakan masase dengan losion dan bedak
3. Mengidentifikasi suhu kulit pasien tirah baring dengan stroke sebelum dan sesudah tindakan masase dengan losion dan bedak
4. Membandingkan masase dengan losion dan masase dengan bedak dalam mencegah ulkus dekubitus.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Sebagai masukan dalam pengembangan kebutuhan *personal hygiene* serta kebutuhan rasa aman dan nyaman.dari 14 komponen asuhan keperawatan dasar (*basic nursing care*) oleh Virginia Henderson.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi perawat

Sebagai bahan masukan perawat untuk lebih meningkatkan asuhan keperawatan terutama untuk pencegahan ulkus dekubitus.

2. Bidang Perawatan

sebagai bahan masukan dan pertimbangan bidang perawatan untuk menentukan standar operasional prosedur yang berkaitan dengan pencegahan ulkus dekubitus.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Ulkus Dekubitus

2.1.1 Definisi Ulkus Dekubitus

Ulkus dekubitus atau luka baring adalah tipe ulkus dekubitus. Terminologi ulkus dekubitus, luka baring, dan ulkus dekubitus sering dipertukarkan. Istilah ulkus dekubitus berasal dari bahasa latin *decumbere* yang berarti berbaring. Penggunaan ulkus dekubitus dinilai kurang tepat untuk menggambarkan ulkus dekubitus ini karena ulkus dekebitus tidak hanya terjadi pada pasien yang berbaring tetapi bisa pada pasien yang menggunakan kursi roda atau protesa. Nama lain dari ulkus dekubitus adalah *bed ridden, bedridden, bed rest injury, bedrest injury, air-filled beds, air-filled sitting device, low-airloss bed, low air-loss bed, air-fluidized bed, chronic ulceration, pressure ulceration, dan decubitus ulceration* (Revis Jr, 2008)

Menurut *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)* tahun 1989, ulkus dekubitus adalah suatu daerah tertekan yang tidak nyeri dengan batas yang tegas, biasanya batas penonjolan tulang, yang mengakibatkan terjadi iskemik, kematian sel dan nekrosis jaringan. (*As an area of unrelieved pressure over a defined area, usually over a bony prominence, resulting in ischemia, cell death, and tissue necrosis*) (Salcido, 2006).

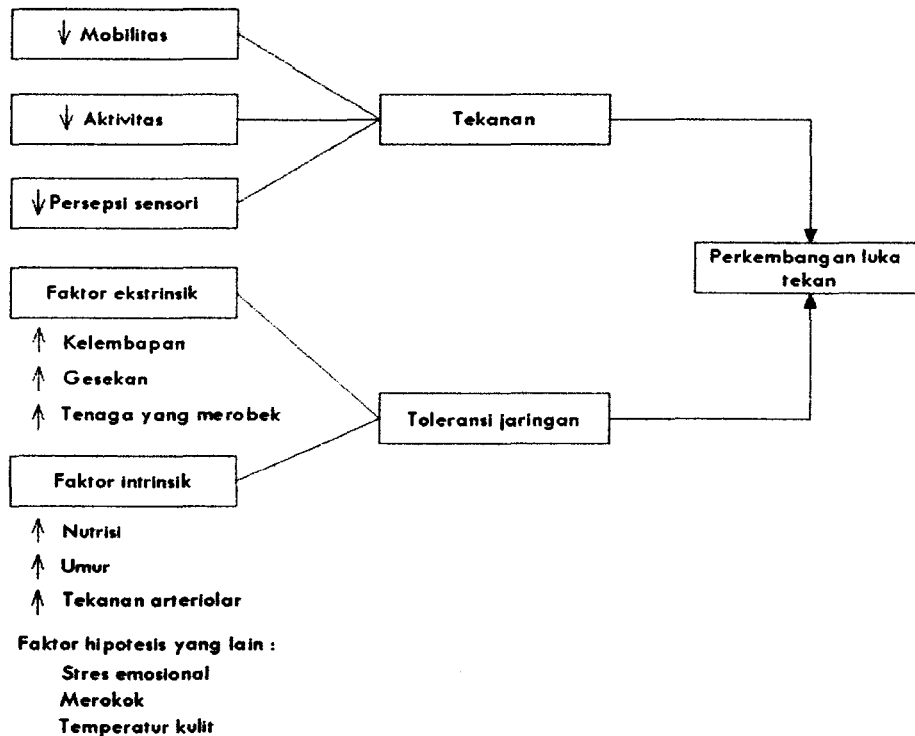
2.1.2 Etiologi Ulkus Dekubitus

Menurut Romanelli (2006) ulkus dekubitus bisa disebabkan oleh karena :

- 1) Tekanan
- 2) Robekan
- 3) Gesekan
- 4) Kelembaban kulit

2.1.3 Faktor Resiko Terjadinya Ulkus Dekubitus

Menurut Braden dan Bergstrom (2000) dalam Sari (2007) Faktor resiko untuk terjadinya ulkus dekubitus dapat dilihat pada gambar 2.1 dibawah ini:



Gambar 2.1 Skema konseptual tentang etiologi ulkus dekubitus dihubungkan dengan faktor resiko

Uraian dari gambar skema konseptual tentang etiologi ulkus dekubitus dihubungkan dengan faktor resiko yaitu:

1) Mobilitas dan aktivitas

Mobilitas adalah kemampuan untuk mengubah dan mengontrol posisi tubuh, sedangkan aktivitas adalah kemampuan untuk berpindah. Pasien yang berbaring terus menerus ditempat tidur tanpa mampu untuk merubah posisi beresiko tinggi untuk terkena ulkus dekubitus. Imobilitas adalah faktor yang paling signifikan dalam kejadian ulkus dekubitus. Penelitian yang dilakukan Suriadi (2003) di salah satu rumah sakit di Pontianak juga menunjukkan bahwa mobilitas merupakan faktor yang signifikan untuk perkembangan ulkus dekubitus.

2) Penurunan sensori persepsi

Pasien dengan penurunan sensori persepsi akan mengalami penurunan untuk merasakan sensari nyeri akibat tekanan diatas tulang yang menonjol. Bila ini terjadi dalam durasi yang lama, pasien akan mudah terkena ulkus dekubitus.

3) Kelembaban

Kelembapan yang disebabkan karena inkontinensia dapat mengakibatkan terjadinya maserasi pada jaringan kulit. Jaringan yang mengalami maserasi akan mudah mengalami erosi. Selain itu kelembapan juga mengakibatkan kulit mudah terkena pergesekan (*friction*) dan perobekan jaringan (*shear*). Inkontinensia alvi lebih signifikan dalam perkembangan ulkus dekubitus daripada inkontinensia urin karena adanya bakteri dan enzim pada feses dapat merusak permukaan kulit.

4) Tenaga yang merobek (*shear*)

Merupakan kekuatan mekanis yang meregangkan dan merobek jaringan, pembuluh darah serta struktur jaringan yang lebih dalam yang berdekatan dengan tulang yang menonjol. Contoh yang paling sering dari tenaga yang merobek ini adalah ketika pasien diposisikan dalam posisi semi fowler yang melebihi 30 derajat. Pada posisi ini pasien bisa merosot kebawah, sehingga mengakibatkan tulangnya bergerak kebawah namun kulitnya masih tertinggal. Ini dapat mengakibatkan oklusi dari pembuluh darah, serta kerusakan pada jaringan bagian dalam seperti otot, namun hanya menimbulkan sedikit kerusakan pada permukaan kulit.

5) 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.

6) Nutrisi

Hipoalbuminemia, kehilangan berat badan, dan malnutrisi umumnya diidentifikasi sebagai faktor predisposisi untuk terjadinya ulkus dekubitus. Menurut penelitian Guenter (2000) stadium tiga dan empat dari ulkus dekubitus pada orangtua berhubungan dengan penurunan berat badan, rendahnya kadar albumin, dan intake makanan yang tidak mencukupi.

7) Usia

Pasien yang sudah tua memiliki resiko yang tinggi untuk terkena ulkus dekubitus karena kulit dan jaringan akan berubah seiring dengan penuaan.

Penuaan mengakibatkan kehilangan otot, penurunan kadar serum albumin, penurunan respon inflamatori, penurunan elastisitas kulit, serta penurunan kohesi antara epidermis dan dermis. Perubahan ini berkombinasi dengan faktor penuaan lain akan membuat kulit menjadi berkurang toleransinya terhadap tekanan, gesekan, dan tenaga yang merobek. Berkurangnya aktifitas sel epidermis pada kulit lansia akan menambah waktu pembentukan sel epidermis sepertiga waktu dari waktu normal. sebagai contoh, pada orang dewasa pembentukan sel epitel terjadi dalam waktu sekitar 20 hari, setelah berusia 50 tahun pembentukan epitel terjadi dalam waktu sekitar 30 hari (Potter, 2006).

8) Tekanan arteriolar yang rendah

Tekanan arteriolar yang rendah akan mengurangi toleransi kulit terhadap tekanan sehingga dengan aplikasi tekanan yang rendah sudah mampu mengakibatkan jaringan menjadi iskemia. Studi yang dilakukan oleh Nancy Bergstrom (1992) menemukan bahwa tekanan sistolik dan tekanan diastolik yang rendah berkontribusi pada perkembangan ulkus dekubitus.

9) Stress emosional

Depresi dan stress emosional kronik misalnya pada pasien psikiatrik juga merupakan faktor resiko untuk perkembangan dari ulkus dekubitus. Peningkatan kadar serum kortisol dicurigai karena meningkatnya stress. Allman (1991) dan Braden (1988) menemukan bahwa peningkatan serum kortisol berhubungan dengan berkembangnya ulkus dekubitus (Chuan, 2001).

10) Merokok

Nikotin yang terdapat pada rokok dapat menurunkan aliran darah dan

memiliki efek toksik terhadap endotelium pembuluh darah.

11) Temperatur kulit

Menurut hasil penelitian Sugama (1992) peningkatan temperatur merupakan faktor yang signifikan dengan resiko terjadinya ulkus dekubitus.

2.1.4 Mekanisme terjadinya ulkus dekubitus

Ulkus dekubitus dapat terbentuk karena ada beberapa faktor yang mempengaruhinya. Allman (1989), Anthony (1992) dan Brand (1976) membagi mekanisme terbentuknya ulkus dekubitus berdasarkan faktor yang mempengaruhinya menjadi patomekanikal dan patofisiologi. Menurut Salcido tahun 2006 terbentuknya ulkus dekubitus antara lain :

1) Tekanan yang lama

Faktor yang paling penting dalam pembentukan ulkus dekubitus adalah tekanan yang tidak terasa nyeri. Kosiak (1991) mengemukakan bahwa tekanan yang lama yang melampaui tekanan kapiler jaringan pada jaringan yang iskemik akan mengakibatkan terbentuknya ulkus dekubitus. Hal ini karena tekanan yang lama akan mengurangi asupan oksigen dan nutrisi pada jaringan tersebut sehingga akan menyebabkan iskemik dan hipoksia kemudian menjadi nekrosis dan ulserasi.

Pada keadaan iskemik, sel-sel akan melepaskan substansi H yang mirip dengan histamine. Adanya substansi H dan akumulasi metabolit seperti kalium, adenosine diphosphat (ADP), hidrogen dan asam laktat akan menyebabkan dilatasi pembuluh darah. Reaksi kompensasi sirkulasi akan tampak sebagai hiperemia dan reaksi tersebut masih efektif bila tekanan dihilangkan sebelum periode kritis terjadi yaitu 1-2 jam. Suatu penelitian

histologis memperlihatkan bahwa tanda-tanda kerusakan awal terjadi di dermis antara lain berupa dilatasi kapiler dan vena serta edema dan kerusakan sel-sel endotel. Selanjutnya akan terbentuk perivaskuler infiltrat, agregat platelet yang kemudian berkembang menjadi hemoragik perivaskuler. Hal yang menarik, pada tahap awal ini, di epidermis tidak didapatkan tanda-tanda nekrosis oleh karena sel-sel epidermis memiliki kemampuan untuk bertahan hidup pada keadaan tanpa oksigen dalam jangka waktu yang cukup lama. Selain itu, perubahan patologis oleh karena tekanan eksternal tersebut terjadi lebih berat pada lapisan otot daripada pada lapisan kulit dan subkutaneus. Hal ini sesuai dengan pernyataan Daniel dkk (1981) yang mengemukakan bahwa iskemia primer terjadi pada otot dan kerusakan jaringan kulit terjadi kemudian sesuai dengan kenaikan besar dan lamanya tekanan .

Pada tahun 1930, Land melakukan mikroinjeksi pada cabang arteriol dari kapiler pada jari manusia untuk mempelajari tekanan darah kapiler. Dia melaporkan bahwa tekanan darah arteriol sekitar 32 mmHg, tekanan darah pada midkapiler sebesar 22 mmHg dan tekanan darah pada venoul sebesar 12 mmHg. Tekanan pada arteriol dapat meningkat menjadi 60 mmHg pada keadaan hiperemia.

Tekanan menyebabkan aklusi mikrosirkulasi sehingga terjadi iskemia, yang mana akan terjadi inflamasi dan anoksia jaringan. Anoksia jaringan akan menyebabkan kematian sel, nekrosis dan ulserasi. Berbagai macam jaringan mempunyai resiko mengalami kematian akibat penekanan, jaringan otot adalah yang rusak pertama kali karena meningkatnya

kebutuhan oksigen dan kebutuhan metabolik yang lebih tinggi. Perubahan *irreversible* mungkin terjadi bila penekanan terjadi selama 2 jam tanpa adanya perbaikan tekanan. Kulit dapat menahan terjadinya iskemi akibat tekanan langsung selama 12 jam. Terjadinya ulserasi melalui kerusakan kulit. Kerusakan yang signifikan pada otot dibawahnya mungkin sudah terjadi yang menyebabkan pembentukan ulserasi dengan bentuk kerucut terbalik. Pemulihan aliran darah pada jaringan yang iskemik atau disebut reperfusi, baru-baru ini diusulkan sebagai penyebab kerusakan yang lebih besar, yang menyebabkan ulkus menjadi lebih besar dan kronis. Mekanisme yang tepat dari reperfusi iskemik belum diketahui sepenuhnya. Produksi mediator inflamasi yang berkelanjutan dan *reactive oxygen species* selama proses reperfusi mempunyai peran terhadap kronisitas ulkus dekubitus (Kirman, 2008).

2) Tekanan antar Permukaan

Menurut NPUAP tekanan antar permukaan adalah tekanan tegak lurus setiap unit daerah antara tubuh dan permukaan sandaran. Tekanan antar permukaan dipengaruhi oleh kekakuan dan komposisi jaringan tubuh, bentuk geometrik tubuh yang bersandar dan karakteristik pasien. Russ (1991) menyatakan bahwa tekanan antar permukaan yang melebihi 32 mmHg akan menyebabkan mudahnya penutupan kapiler dan iskemik.

Faktor yang juga berpengaruh terhadap tekanan antar permukaan adalah kolagen. Pada penderita sklerosis amiotropik lateral risiko untuk terjadinya ulkus dekubitus berkurang karena adanya penebalan kulit dan peningkatan kolagen dan densitasnya (Seiitsu, 1988; Watanebe, 1987).

3) Posisi

Brand (1976) dan Reichel (1958) menjelaskan bahwa gerakan anguler dan vertikal atau posisi setengah berbaring akan mempengaruhi jaringan dan pembuluh darah daerah sacrum sehingga berisiko untuk mengalami kerusakan. Penggunaan tempat tidur yang miring seperti pada bedah kepala dan leher akan meningkatkan tekanan luncuran sehingga memudahkan terjadinya ulkus dekubitus (Defloor, 2000).

4) Gesekan

Menurut Makebulst (1983), gesekan adalah gaya antar dua permukaan yang saling berlawanan. Gesekan dapat menjadi faktor untuk terjadinya ulkus dekubitus karena gesekan antar penderita dengan sandarannya akan menyebabkan trauma makroskopis dan mikroskopis. Kelembaban, maserasi dan kerusakan jaringan akan meningkatkan tekanan pada kulit.

5) Imobilitas

Seorang penderita immobil pada tempat tidurnya secara pasif dan berbaring diatas kasur busa maka tekanan daerah sakrum akan mencapai 60-70 mmHg dan daerah tumit mencapai 30-45 mmHg. Lindan dkk menyebutkan bahwa pada pasien posisi telentang, tekanan eksternal 40-60 mmHg merupakan tekanan yang paling berpotensi untuk terbentuk ulkus pada daerah *sacrum*, *maleolus lateralis* dan oksiput. Sedangkan pada pasien posisi telungkup, thoraks dan genu mudah terjadi ulkus pada tekanan 50 mmHg. Pada pasien posisi duduk, mudah terjadi ulkus bila tekanan berkisar 100 mmHg terutama pada *tuberositas ischii*. Tekanan akan menimbulkan

daerah iskemik dan bila berlanjut terjadi nekrosis jaringan kulit.

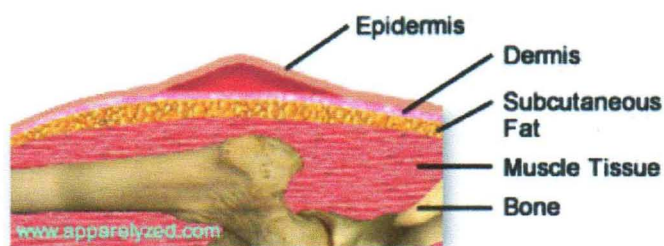
Pada penderita dengan paralisis, kelainan neurologi, atau dalam anestesi yang lama, syaraf aferen tidak mampu untuk memberikan sistem balik sensoromotor. Akibatnya, tanda-tanda tidak menyenangkan dari daerah yang tertekan tidak diterima, sehingga tidak melakukan perubahan posisi.

2.1.5 Stadium ulkus dekubitus

Menurut Joyce Black et all tahun 2007, ulkus dekubitus dibagi atas empat stadium yaitu :

1. Stadium Satu

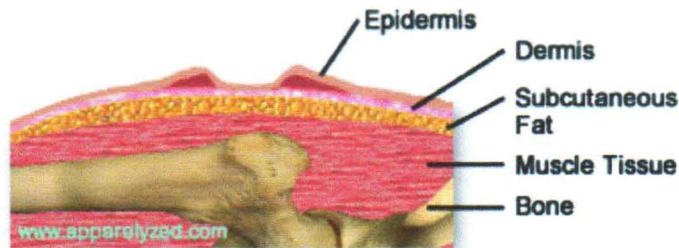
Adanya perubahan dari kulit yang dapat diobservasi. Apabila dibandingkan dengan kulit yang normal, maka akan tampak salah satu tanda sebagai berikut : perubahan temperatur kulit (lebih dingin atau lebih hangat), perubahan konsistensi jaringan (lebih keras atau lunak), perubahan sensasi (gatal atau nyeri). Pada orang yang berkulit putih, luka mungkin kelihatan sebagai kemerahan yang menetap. Sedangkan pada yang berkulit gelap, luka akan kelihatan sebagai warna merah yang menetap, biru atau ungu.



Gambar 2.2 Stadium satu ulkus dekubitus

2. Stadium Dua

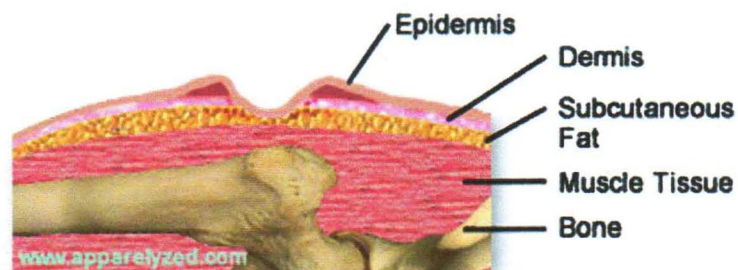
Hilangnya sebagian lapisan kulit yaitu epidermis atau dermis, atau keduanya. Cirinya adalah lukanya superficial, abrasi, melepuh, atau membentuk lubang yang dangkal.



Gambar 2.3 Stadium dua ulkus dekubitus

3. Stadium Tiga

Hilangnya lapisan kulit secara lengkap, meliputi kerusakan atau nekrosis dari jaringan subkutan atau lebih dalam, tapi tidak sampai pada fascia. Luka terlihat seperti lubang yang dalam

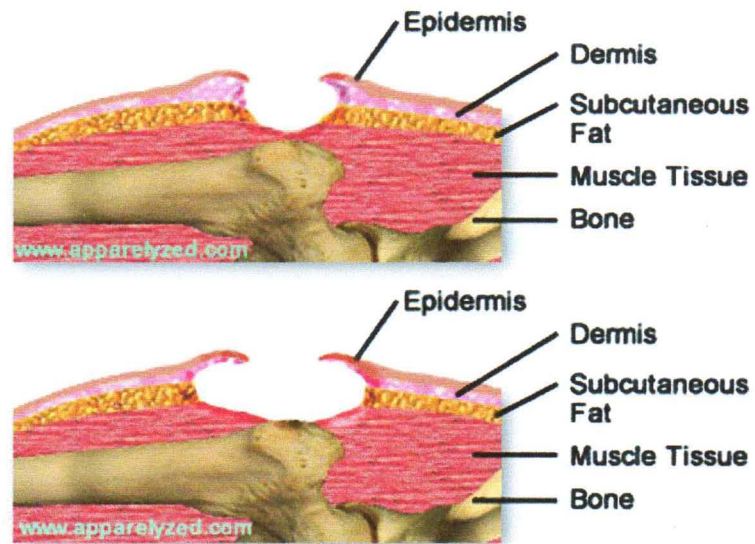


Gambar 2.4 Stadium tiga ulkus dekubitus

4. Stadium Empat

Hilangnya lapisan kulit secara lengkap dengan kerusakan yang luas, nekrosis jaringan, kerusakan pada otot, tulang atau tendon. Adanya

lubang yang dalam serta saluran sinus juga termasuk dalam stadium IV dari ulkus dekubitus.



Gambar 2.5 Stadium empat ulkus dekubitus

2.1.6 Pencegahan ulkus dekubitus

Menurut Sari tahun 2007 pencegahan pasien dengan ulkus dekubitus dapat dilakukan dengan :

1. Kaji resiko individu terhadap kejadian ulkus dekubitus

Pengkajian resiko ulkus dekubitus seharusnya dilakukan pada saat pasien memasuki RS dan diulang dengan pola yang teratur atau ketika ada perubahan yang signifikan pada pasien, seperti pembedahan atau penurunan status kesehatan.

Tabel 2.1 Skala prediksi ulkus dekubitus dari Braden.

				Tanggal	
Persepsi Sensorik	1. terbatas total Tidak berespon (tidak merintih, menyentak, atau merenggut) pada stimulasi nyeri akibat kurangnya kesadaran atau sedasi ATAU Keterbatasan kemampuan untuk merasakan nyeri pada pada sebagian besar permukaan tubuh	2. Sangat Terbatas Berespon hanya pada stimulus nyeri. Tidak dapat mengomunikasikan ketidaknyamanan kecuali dengan cara merintih atau gelisah ATAU Mempunyai gangguan sensorik yang membatasi kemampuan untuk merasakan nyeri atau ketidaknyamanan pada separuh permukaan tubuh	3. Sedikit terbatas Berespon pada perintah verbal, tapi tidak selalu dapat mengkomunikasikan ketidaknyamanan atau harus dibantu membalikkan tubuh. ATAU Mempunyai gangguan sensorik yang membatasi kemampuan merasakan nyeri atau ketidaknyamanan pada 1 atau 2 sisi ekstremitas	4. Tidak ada gangguan Berespon pada perintah verbal. Tidak ada penurunan sensorik yang akan membatasi kemampuan untuk merasakan atau mengungkapkan nyeri atau ketidaknyamanan	
Kelembaban	1. Kelembaban yang konstan Kulit dijaga agar tetap lembab hamper secara konstan oleh perspirasi, urine dll. Kelembaban diketahui setiap kali bergerak atau membalikkan tubuh	2. Sangat lembab Kulit sering lembab tetapi tidak selalu lembab. Alat tenun harus diganti sedikitnya satu kali tiap waktu dinas.	3. kadang-kadang lembab Kulit kadang-kadang lembab, memerlukan penggantian alat tenun ekstra satu kali sehari	4. Jarang lembab Kulit biasanya kering, alat tenun hanya diganti sesuai jadwal.	

Aktifitas	1. Tirah baring Terbatas diatas tempat tidur.	2. Di atas kursi Mampu berjalan dengan keterbatasan yang tinggi atau tidak mampu berjalan. Tidak dapat menopang berat badannya sendiri dan atau harus dibantu pindah ke atas kursi atau kursi roda	3. kadang-kadang berjalan Kadang-kadang berjalan pada siang hari, tapi hanya untu jarak yang sangat dekat, dengan atau tanpa bantuan. Sebagian besar waktu dihabiskan diatas tempat tidur atau kursi.	4. Sering berjalan Berjalan diluar kamar sedikitnya 2 kali sehari dan di dalam kamar sedikitnya 1 kali tiap 2 jam selama jam berjaga.	
Mobilisasi	1. Imobilisasi total Tidak dapat melakukan perubahan posisi tubuh ekstremitas tanpa bantuan walaupun hanya sedikit.	2. Sangat ternatas Kadang-kadang melakukan perubahan kecil pada posisi tubuh dan ekstremitas tapi tidak ampu melakukan perubahan yang sering dan berarti secara mandiri	3. Agak terbatas Sering melakukan perubahan kecil pada posisi tubuh dan ekstremitas secara mandiri.	4. tidak terbatas Melakukan perubahan posisi yang bermakna dan sering tanpa bantuan	

Nutrisi	<p>1. Sangat buruk Tidak pernah makan makanan lengkap. Jarang makan lebih dari 1/3 porsi makanan yang diberikan. Tiap ahri asupan protein (daging atau susu) 2 kali atau kurang. Kurang minum. Tidak makan suplemen makanan cair. ATAU Puasa dan atau minum air bening atau mendapat infuse lebih dari 5 hari.</p>	<p>2. Mungkin kurang Jarang makan makanan lengkap dan umumnya makan kira-kira hanya ½ porsi makanan yang diberikan . Asupan protein, daging dan susu hanya 3 kali sehari. Kadang-kadang mau makan suplemen. ATAU Menerima kurang dari jumlah optimum makanan cair atau sonde.</p>	<p>3. Cukup Makan lebih dari ½ porsi makanan yang diberikan. Makan protein (daging, susu) sebanyak 4 kali setiap hari. Kadang-kadang menolak makanan, tapi biasa mau makan suplemen yang diberikan. ATAU Diberikan makanan melalui sonde atau regimen nutrisi parenteral yang mungkin dapat memenuhi sebagian kebutuhan nutrisi.</p>	<p>4. Baik Makan setiap makanan yang diberikan. Tidak pernah menolak makanan. Biasa makan 4 kali atau lebih dengan pemberian daging atau susu. Kadang-kadang makan diantara jam makan. Tidak memerlukan suplemen.</p>	
Friksi dan gesekan	<p>1. Masalah Memerlukan bantuan yang sedang sampai maksimum untuk bergerak. Tidak mampu mengangkat tanpa terjatuh. Seringkali terjatuh keatas tempat tidur atau kursi, sering membutuhkan maksimum untuk mengatur posisi kembali. Kejang, kontraktur, atau agitasi yang menyebabkan friksi yang terus menerus.</p>	<p>2. masalah yang berpotensi Bergerak dengan lemah dan membutuhkan bantuan minimum. Selama bergerak mungkin menyentuh alas tidur, kursi, alat pengikat, atau alat lain. Sebagian besar mampu mempertahankan posisi yang relatif baik diatas kursi atau tempat tidur tapi kadang-kadang jatuh kebawah.</p>	<p>3. Tidak ada masalah Bergerak diatas tempat tidur dan kursi secara mandiri dan mempunyai otot yang cukup kuat untuk mengangkat sesuatu sambil bergerak. Mampu mempertahankan posisi yang baik diatas tempat tidur atau kursi.</p>		
Total nilai					

Keterangan:

Total skor dari braden 23. Resiko terjadi ulkus dekubitus bila skor kurang dari 16, dengan rincian :

risiko rendah = 15-16

risiko sedang = 13-14,

risiko tinggi = 12 atau kurang

2. Identifikasi kelompok kelompok yang beresiko tinggi terhadap kejadian ulkus dekubitus. Orangtua dengan usia lebih dari 60 tahun, bayi dan neonatal, pasien injuri tulang belakang adalah kelompok yang mempunyai resiko tinggi terhadap kejadian ulkus dekubitus

3. Kaji keadaan kulit secara teratur

Pengkajian kulit setidaknya sehari sekali

Kaji semua daerah diatas tulang yang menonjol setidaknya sehari sekali

Kulit yang kemerahan dan daerah diatas tulang yang menonjol

4. Kaji Status Mobilitas

Untuk pasien yang lemah, lakukanlah perubahan posisi. Ketika menggunakan posisi lateral, hindari tekanan secara langsung pada daerah trochanter. Bila ingin memposisikan pasien pada posisi lateral, maka posisikanlah pasien pada posisi lateral inklin 30 , posisi ini memungkinkan distribusi tekanan pada daerah yang lebih luas. Untuk menghindari ulkus dekubitus didaerah tumit, gunakanlah bantal yang diletakan dibawah kaki bawah. Bantal juga dapat digunakan pada daerah berikut untuk mengurangi kejadian ulkus dekubitus

5. Minimalkan terjadinya tekanan.

Hindari menggunakan kasa yang berbentuk donat di tumit. Perawat dirumah sakit di Indonesia masih sering menggunakan donat yang dibuat dari kasa atau balon untuk mencegah ulkus dekubitus. Menurut hasil penelitian Sanada (1998) ini justru dapat mengakibatkan region yang kontak dengan kasa donat menjadi iskemia.

Rendahkan kepala tempat tidur 1 jam setelah makan, bila tidak mungkin karena kondisi pasien, maka kajilah daerah sakral lebih sering

6. Kaji dan minimalkan terhadap pergesekan (*friction*) dan tenaga yang merobek (*shear*) Bersihkan dan keringkan kulit secepat mungkin setelah episode inkontinensia. Kulit yang lembab mengakibatkan mudahnya terjadi pergesaran dan perobekan jaringan. Pertahankan kepala tempat tidur pada posisi 30 atau dibawah 30 derajat untuk mencegah pasien merosot yang dapat mengakibatkan terjadinya perobekan jaringan

7. Kaji inkontinensia

Kelembapan yang disebabkan oleh inkontinensia dapat menyebabkan maserasi. Lakukanlah latihan untuk melatih kandung kemih (*bladder training*) pada pasien yang mengalami inkontinesia. Hal lain yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya ulkus dekubitus adalah :

Bersihkan setiap kali lembab dengan pembersih dengan PH seimbang.

Hindari menggosok kulit dengan keras karena dapat mengakibatkan trauma pada kulit. Pembersih perianal yang mengandung antimikroba topikal dapat digunakan untuk mengurangi jumlah mikroba didaerah kulit perianal

8. Gunakan air yang hangat atau sabun yang lembut untuk mencegah kekeringan pada kulit. Kulit orangtua lebih kecil toleransinya dari efek kekeringan karena sabun dan air panas
9. Berikan losion pada pasien setelah dimandikan untuk mengembalikan kelembaban kulit.
10. Bila pasien menggunakan diaper, pilihlah diaper yang memiliki daya serap yang baik, untuk mengurangi kelembapan kulit akibat inkontinensia.

2.2 Konsep Masase

2.2.1 Definisi masase

Masase adalah pijatan atau sentuhan untuk memberikan kenyamanan yang bertujuan meredakan ketegangan, merilekskan pasien dan meningkatkan sirkulasi (WHO, 2005)

2.2.2 Model masase

Menurut Asmadi (2008) beberapa model masase diantaranya adalah:

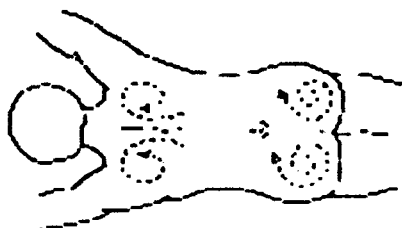
1. Remasan, yaitu mengusap otot bahu yang dikerjakan secara bersama-sama.
2. Selang-seling tangan, yaitu memijat punggung dengan tekanan pendek, cepat, dan bergantian tangan.
3. Gesekan, yaitu memijat punggung dengan ibu jari, gerakannya memutar sepanjang tulang punggung dari sakrum ke bahu.
4. Eflurasi, yaitu memijat punggung dengan kedua tangan, tekanan lebih halus dengan gerakan ke atas untuk membantu aliran balik vena.

5. Petriasi, yaitu menekan punggung secara horizontal, pindah tangan dengan arah berlawanan, menggunakan gerakan meremas.
6. Tekanan menyikat, yaitu secara menekan punggung dengan ujung-ujung jari.

2.2.2 Teknik masase pada ulkus dekubitus

Eflurasi digunakan untuk mencegah ulkus dekubitus dan dilakukan dengan tekanan sedang agar tidak merusak jaringan. Teknik eflurasi dilakukan dua kali dalam sehari efektif dalam mencegah perkembangan ulkus dekubitus (Duimel, 2008).

Waktu terbaik untuk memberi masase punggung adalah setelah mandi atau sebelum pasien tidur. Pertama cuci tangan Anda. Kemudian tuangkan losion ke tangan dan hangatkan dengan menggenggamnya selama beberapa detik sebelum memulai masase. Sekarang, dengan menggunakan gerakan sirkular, masase bagian tengah punggung bawah pasien. Kemudian tekan ke arah atas dan masase area di atas belahan bahu kiri dan kanan, sekali lagi dengan menggunakan gerakan sirkular. Kemudian tekan ke arah bawah dan akhiri dengan menggunakan masase krista iliaka, otot besar dari bokong kanan dan kiri. Ulangi proses ini selama tiga sampai lima menit, dan kemudian bersihkan losion yang tersisa di kulit dengan handuk. (WHO, 2005)



Gambar 2.6 Masase punggung. (WHO, 2005)

2.2.3 Kontra indikasi tindakan masase

Masase mempunyai kontraindikasi bila ada jaringan yang meradang atau ketika berisiko untuk sel-sel ganas menyebar di sepanjang kulit atau melalui getah bening atau aliran darah (*limfangitis, melanoma maligna*) meningkat. Masase juga kontraindikasi bila pasien cenderung perdarahan (*ecchymosis*), memiliki gangguan pada sistem sirkulasi (*plebitis, atherosclerosis*) (Duimel, 2008)

2.3 Losion dan Bedak

Kulit manusia yang sehat tidak akan lecet. Tetapi ada kondisi-kondisi abnormal yang menyebabkan kulit menjadi lecet, misalnya pasien yang harus berbaring banyak di tempat tidur, karena tekanan dan gesekan yang terus menerus dapat membengkak dan lecet. Untuk mencegahnya diperlukan preparat pelindung seperti preparat pelumas kulit, masase kulit, serbuk pelindung berbentuk *massaging oil, massaging cream* atau serbuk (Tranggono, 2007).

2.3.1 Losion (Pelembab)

Pelembab adalah suatu bahan yang kompleks untuk mempertahankan kadar air pada stratum korneum lebih dari 10% dari kadar air total dalam lapisan kulit (Wasitaatmadja, 1997).

Stratum korneum jika kekurangan air akan menurun elastisitas jaringannya sehingga kulit menjadi kering dan pecah-pecah. Retak-retak pada stratum korneum akan mudah dimasuki oleh bahan-bahan asing seperti kotoran dan mikroorganisme sehingga akan menimbulkan iritasi dan peradangan (Tranggono, 2007)

Pelembab mencegah penguapan air dari kulit dengan cara :

1. Menutup permukaan kulit dengan minyak
2. Memberikan humektan yaitu zat yang mengikat air air dari udara dan dalam kulit
3. Membentuk sawar terhadap kehilangan air dengan memberikan zat hidrofilik yang menyerap air

Contoh formula pelembab menurut Wasitaatmadja (1997) yaitu:

Gliserol monostearat	14,0
Lanolin	0,20
Setil alkohol	0,20
Spermaseti	0,50
Minyak almond	0,80
Minyak olive	0,80
Gliserin	0,50
Air	56,0
Parvum dan preservatif	secukupnya

Gliserin merupakan humektan standar yang biasa dipakai produk *body lotion* yang berfungsi untuk mengikat air, mencegah air menguap dari kulit dengan jalan membuat lapisan tipis di permukaan kulit (Jacoeb, 2009).

Losion mengandung Zinc ($ZnCO_3$) mempunyai peranan yang penting sebagai *antipruritic* dan *antiseptic* yang berguna untuk mencegah infeksi (Wikipedia, 2009).

2.3.2. Bedak

Bedak bersifat menyerap cairan, mendinginkan dan mengurangi gesekan. Bahan bedak yang dapat digunakan adalah seng-oksida yang bersifat antiseptik dan proteksi mekanis, serta magnesium silikat yang bersifat mengeringkan dan lubrikasi. Seng-oksida 98% dan feri-oksida 1% disebut bedak kalamis yang bersifat antipruritus (Daili, 2005).

Contoh formula bedak menurut Tranggono (2007) yaitu

Zinc oxide	19,0
Titanium dioxide	4,0
Magnesium stearat	4,0
Talcum	65,0
Magnesium carbonate	5,0
Coloring agent	2,0
Perfume	1,0

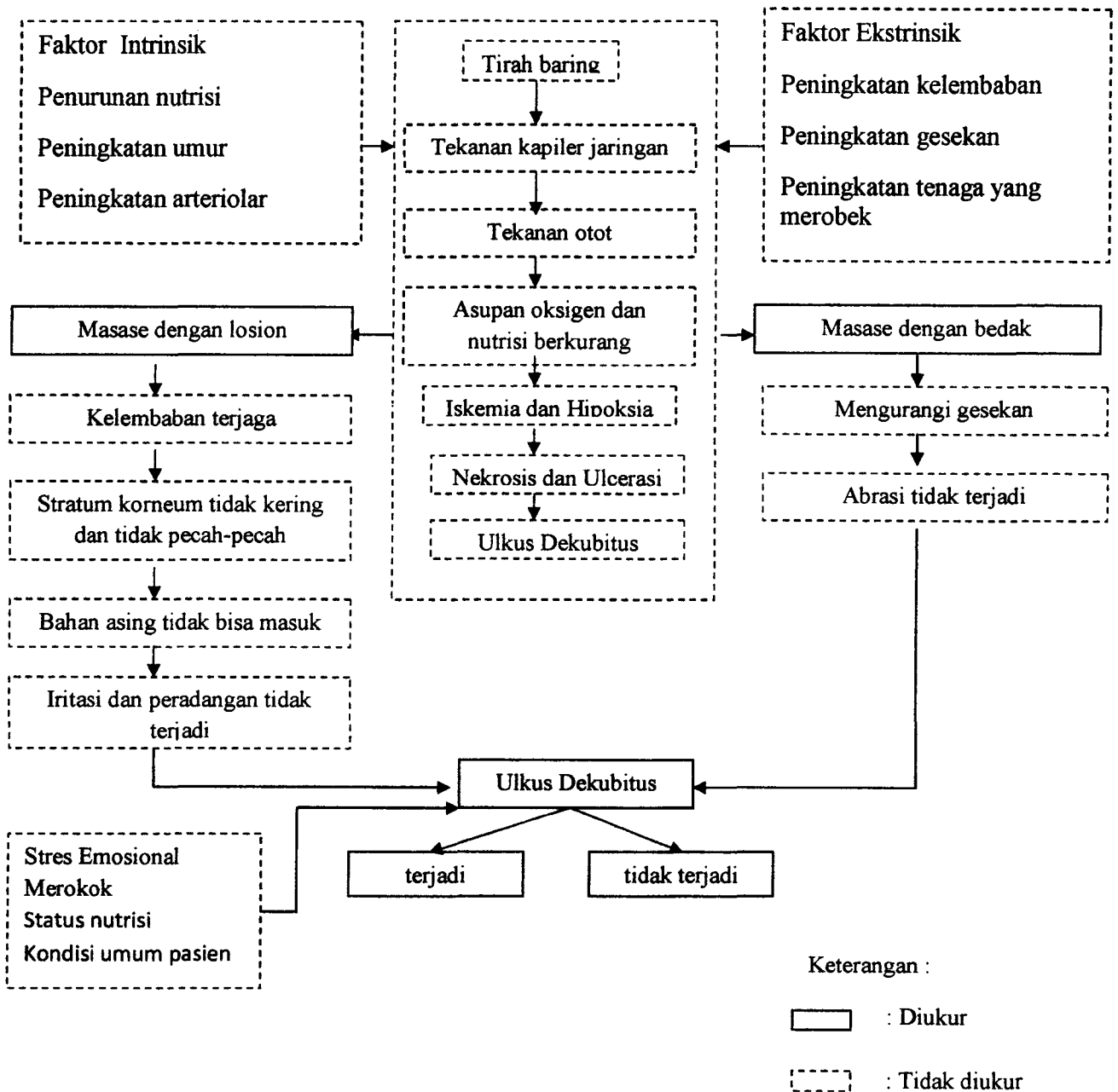
Bedak daya lekatnya kurang baik sehingga mudah berterbangan, dan mudah terhisap hidung pemakai (Daili, 2005)

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL
DAN HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual efektifitas lotion dan bedak terhadap pencegahan ulkus dekubitus pada pasien dengan penurunan kesadaran

Tekanan yang lama yang melampaui tekanan kapiler jaringan pada jaringan yang iskemik akan mengakibatkan terbentuknya ulkus dekubitus. Hal ini karena tekanan yang lama akan mengurangi asupan oksigen dan nutrisi pada jaringan tersebut sehingga akan menyebabkan iskemik dan hipoksia kemudian menjadi nekrosis dan ulserasi (Salcido, 2006)

Faktor yang mempengaruhi durasi dan intensitas tekanan diatas tulang yang menonjol adalah imobilitas, inaktivitas, dan penurunan sensori persepsi. Sedangkan faktor yang mempengaruhi toleransi jaringan dibedakan menjadi dua yaitu faktor ekstrinsik dan faktor intrinsik. Faktor intrinsik yaitu faktor yang berasal dari pasien yang terdiri dari peningkatan usia, penurunan nutrisi dan peningkatan tekanan artriolar. Faktor ekstrinsik yaitu faktor - faktor dari luar yang mempunyai efek deteriorasi pada lapisan eksternal dari kulit (Sari, 2007). Faktor ekstrinsik yaitu faktor - faktor dari luar yang mempunyai efek deteriorasi pada lapisan eksternal dari kulit (Sari, 2007). Faktor ekstrinsik penyebab dekubitus yaitu adanya peningkatan kelembaban, peningkatan gesekan adanya tenaga yang merobek. 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 (Sari, 2007).

Masase adalah pijatan atau sentuhan untuk memberikan kenyamanan yang bertujuan meredakan ketegangan, merilekskan pasien dan meningkatkan sirkulasi (WHO, 2005)

Losion adalah suatu bahan yang kompleks untuk mempertahankan kadar air pada stratum korneum lebih dari 10% dari kadar air total dalam lapisan kulit. Stratum korneum jika kekurangan air akan menurun elastisitas jaringannya sehingga kulit menjadi kering dan pecah-pecah. Retak-retak pada stratum korneum akan mudah dimasuki oleh bahan-bahan asing seperti kotoran dan mikroorganisme sehingga akan menimbulkan iritasi dan peradangan (Tranggono, 2007)

3.2 Hipotesis Penelitian

Masase dengan losion lebih efektif dibandingkan dengan masase dengan bedak dalam mencegah ulkus dekubitus pada pasien stroke di IRNA Wijaya Kusuma RSUD Dr. Soedono Madiun.

BAB 4
METODE PENELITIAN

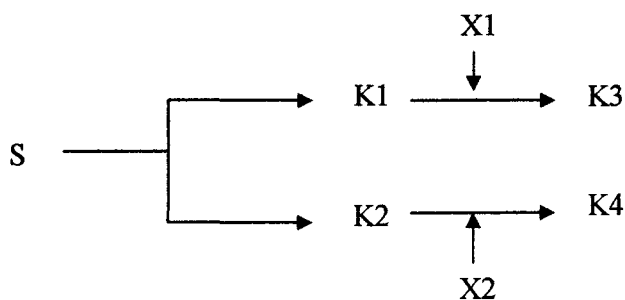
BAB 4

METODE PENELITIAN

Metode penelitian adalah suatu metode pemilihan dan perumusan masalah serta hipotesis untuk memberikan gambaran mengenai metode dan teknik yang hendak digunakan dalam melakukan suatu penelitian (Tjokronegoro, 1999). Dalam bab ini akan diuraikan tentang : (1) rancangan penelitian, (2) Populasi, Sampel, Teknik Sampling dan Besar Sampel, (3) Variabel dan Definisi Operasional, (4) Instrumen, (5) Waktu dan Tempat, (6) Prosedur Pengumpulan Data, (7) Kerangka operasional, (8) Analisis data, (9) Etik Penelitian, (10) Keterbatasan

4.1 Rancangan penelitian

Jenis penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah *quasy-experiment*. Disebut *quasy-experiment* yaitu jenis eksperimen yang mempunyai kelompok kontrol, tetapi tidak dapat berfungsi sepenuhnya untuk mengontrol variable-variabel luar yang mempengaruhi eksperimen (Sugiyono, 2009). Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Control Group pre-test post-test design*.



Keterangan :

- S : Pasien di IRNA Wijaya Kusuma dengan tirah baring
- K1. : Pasien sebelum diberi masase dengan losion
- K2. : Pasien sebelum diberi masase dengan bedak
- X1 : Intervensi masase dengan losion
- X2 : Intervensi masase dengan bedak
- K3. : Pasien sesudah diberi masase dengan losion
- K2. : Pasien sesudah diberi masase dengan bedak

4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel, dan Teknik Sampling**4.2.1 Populasi**

Populasi adalah keseluruhan subyek penelitian yang akan diteliti (Notoatmodjo, 2002). Populasi pada penelitian ini adalah semua pasien yang dirawat di ruang WK C dan WK D IRNA Wijaya Kusuma rumah sakit Dr. Soedono Madiun pada bulan Januari 2010.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih untuk studi tertentu anggota sampel disebut subyek (Yani, 2007). Pengertian sampel menurut Nursalam (2008) adalah bagian dari populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subyek penelitian melalui sampling. Dari data tentang populasi di atas akan diseleksi kriteria sampel yang terdiri dari kriteria inklusi dan kriteria eksklusi. Sampel pada penelitian ini ditentukan berdasarkan kriteria inklusi yaitu karakteristik umum subyek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau oleh peneliti (Nursalam, 2008).

1) Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

1. Pengukuran skala Braden dengan skor kurang dari atau sama dengan 12
2. Pasien stroke
3. Mendapat pengobatan yang sama untuk terapi saraf tepi
4. Usia lebih dari 50 tahun
5. Pasien tirah baring hari pertama
6. Mendapatkan nutrisi asupan nutrisi yang sama

2) Kriteria eksklusi pada penelitian ini ditetapkan dengan mengeluarkan atau menghilangkan subyek dari penelitian karena berbagai sebab dengan kata lain tidak layak untuk diteliti atau tidak memenuhi kriteria inklusi pada saat penelitian berlangsung (Nursalam, 2008). Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

1. Skala Braden skor lebih dari 16
2. Pasien dengan komplikasi Diabetes Melitus
3. Kontra indikasi tindakan masase

4.2.3 Besar Sampel

Roscoe dalam buku *Researc Methods For Bussines* memberikan saran tentang ukuran sampel untuk penelitian eksperimen sederhana yang menggunakan kelompok eksperimen dan kelompok kontrol, maka jumlah sampel masing-masing kelompok antara 10 sampai dengan 20 (Sugiyono, 2009). Besar sampel dihitung dengan rumus sebagai berikut :

$$n = \frac{N.Z\alpha^2.p.q}{d^2(N-1) + z^2.p.q}$$

$$n = \frac{10.(1,96)^2.0,5.0,5}{0,05^2(10-1) + (1,96)^2 0,5.0,5}$$

$$n = 9,7$$

$$n = 10$$

Keterangan :

n : Perkiraan besar sampel

N : Perkiraan besar populasi

z : Nilai standar normal untuk $\alpha = 0,01$ maka $z = 1,96$

p : Perkiraan proporsi, jika tidak diketahui dianggap 50 %

q : $1 - p$

d : Tingkat kesalahan yang dipilih ($d = 0,05$)

Dalam penelitian ini perkiraan besar sampel adalah 10 responden kelompok perlakuan dan 10 responden untuk kelompok pembandingan.

4.2.4 Teknik Sampling

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan secara *purposive sampling*. Pengambilan sampel secara *purposive* didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri (Notoatmodjo, 2002). Sampel yang diambil dalam penelitian ini sesuai dengan kriteria inklusi.

4.3 Variabel dan Definisi Operasional :

4.3.1 Variabel independen

Variabel independen (variabel bebas) adalah variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel dependen (Sugiyono, 2009). Dalam penelitian ini variabel independennya adalah masase dengan losion dan bedak.

4.3.2 Variabel dependen

Variabel dependen (variabel tergantung) adalah variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat, karena adanya variabel bebas (Sugiyono, 2009). Dalam penelitian ini variabel dependennya adalah ulkus dekubitus

4.3.3 Definisi Operasional

Menurut Nursalam (2008), definisi operasional adalah pemberian arti atau makna pada masing-masing variabel berdasarkan karakteristik masing-masing variabel untuk kepentingan akurasi, komunikasi, dan replikasi agar memberikan pemahaman yang sama kepada setiap orang mengenai variabel-variabel yang dirumuskan dalam suatu penelitian.

Tabel 4.1 Tabel definisi operasional variabel yang diteliti

Variable	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala data	Skor
Variabel independen:					
masase dengan losion	Memberikan gosokan secara merata pada punggung klien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tempat pemberian punggung pasien 2. Lama masase 3 sampai 5 menit 3. Waktu : dilakukan 2 kali sehari, pagi dan sore setelah mandi 			
masase dengan bedak	Memberikan gosokan secara merata pada punggung klien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tempat pemberian punggung pasien 2. Lama masase 3 sampai 5 menit 3. Waktu : dilakukan 2 			

		kali sehari, pagi dan soresetelah mandi			
Variable dependen: Ulkus dekubitus	kerusakan kulit yang terjadi akibat kekurangan aliran darah dan iritasi pada kulit yang menutupi tulang yang menonjol, dimana kulit tersebut mendapatkan tekanan dari tempat tidur, kursi roda, gips, pembidaian atau benda keras lainnya dalam jangka panjang	<p>Derajat I : iskemik, hyperemia yang kembali walaupun tahanan dilepas, indurasi tidak ada</p> <p>Derajat II : kemerahan menetap, ada oedema, terdapat indurasi, lepuh (blister), terjadi erosi</p> <p>Derajat III : ada lesi terbuka dan lubang sampai jaringan subkutan, fasia terlihat di dasar ulkus</p> <p>Derajat IV : nekrosis meluas melewati fasiadan dapat mencapai tulang. Bisa terjadi periostitis, osteotitis, osteomielitis.</p>	Observasi terstruktur berdasar skala braden	Ordinal	<p>Skor 4 (baik): <input type="checkbox"/> kulit utuh tidak ada luka, <input type="checkbox"/> tidak lembab, <input type="checkbox"/> suhu kulit normal</p> <p>Skor 3 (cukup): <input type="checkbox"/> kulit utuh tidak ada luka, <input type="checkbox"/> kondisi lembab, <input type="checkbox"/> suhu kulit normal</p> <p>Skor 2 (kurang): <input type="checkbox"/> Kulit utuh tidak ada luka, <input type="checkbox"/> kondisi lembab, <input type="checkbox"/> suhu kulit meningkat</p> <p>Skor 1 (sangat kurang): <input type="checkbox"/> Kulit nampak kemerahan <input type="checkbox"/> kondisi lembab, <input type="checkbox"/> suhu kulit meningkat</p>

4.4 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data pasien dengan resiko tinggi ulkus dekubitus dan stadium ulkus dekubitus menggunakan observasi terstruktur.

4.5 Waktu dan Tempat

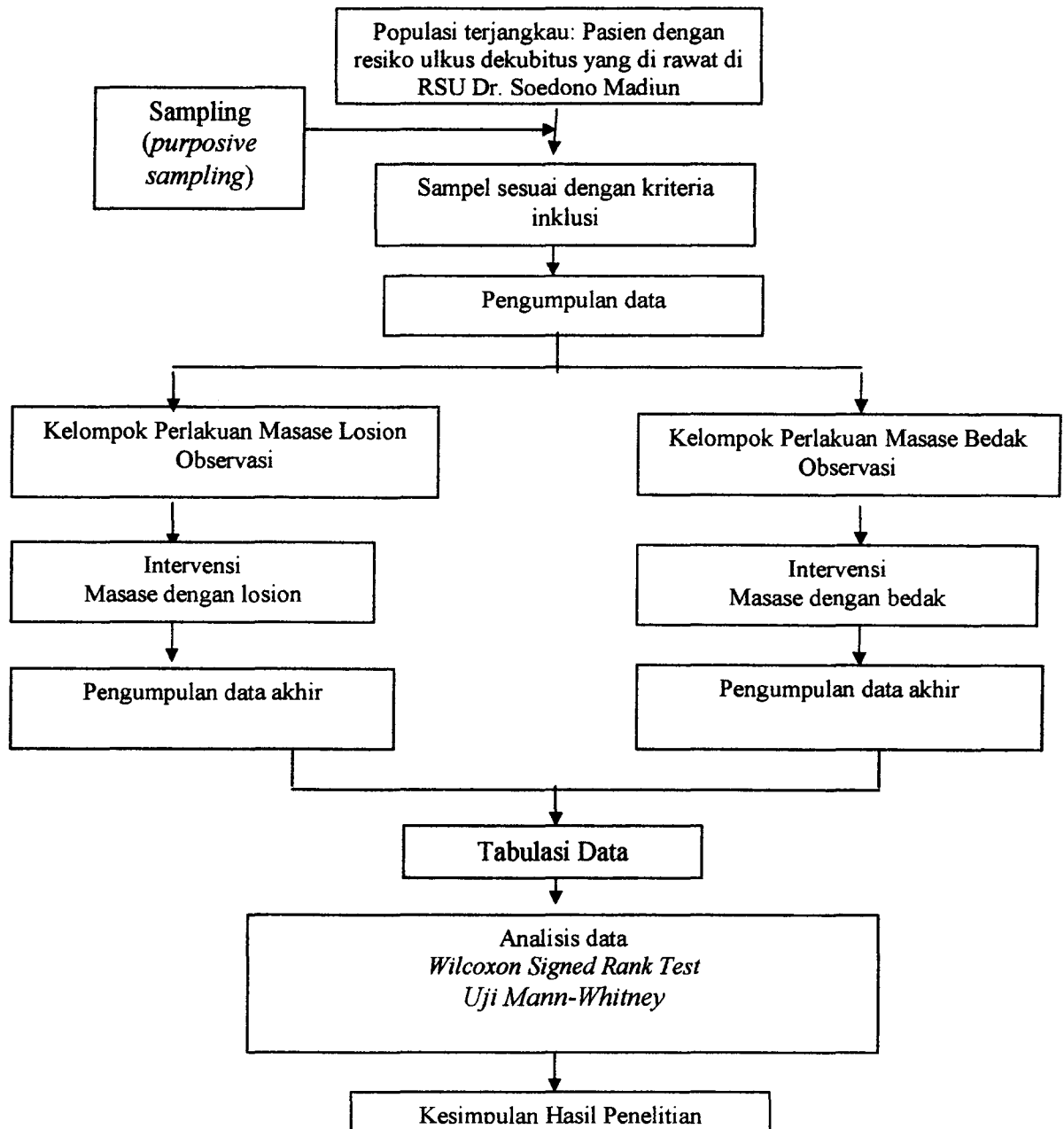
Penelitian ini akan dilakukan di IRNA Wijaya Kusuma RSUD Dr. Soedono Madiun. Penelitian ini dilakukan pada bulan Januari 2010.

4.6 Prosedur Pengumpulan Data

Responden pada penelitian ini diambil dari pasien stroke yang dirawat di ruang WK C dan WK D IRNA Wijaya Kusuma rumah sakit Dr. Soedono Madiun pada bulan Januari 2010. Responden dibagi menjadi dua kelompok, kelompok perlakuan masase dengan losion dan kelompok perlakuan masase dengan bedak. Sampel sesuai dengan kriteria inklusi dan diambil secara acak. Dilakukan observasi awal sesuai dengan kriteria skala braden dengan skor kurang atau sama dengan 12, responden diberi perlakuan oleh peneliti berupa pemberian masase dengan losion atau bedak setiap habis mandi pagi dan sore hari. Masase dengan losion dan bedak dilakukan selama 3 – 5 menit. Hari pertama setelah pemberian losion atau bedak peneliti melakukan observasi, observasi dilakukan ketika akan mandi pada pagi hari (setelah 24 jam). Selanjutnya dilakukan hal yang sama pada hari kedua sampai dengan hari ketiga.

4.7 Kerangka Operasional

Berisi tentang operasioanalisis dari variable penelitian. Dalam penelitian ini melakukan identifikasi indikator-indikator variable sehingga dapat diukur secara empiris.



Gambar 4.1 Kerangka operasional efektifitas masase dengan losion dan bedak terhadap pencegahan ulkus dekubitus

4.8 Analisis Data

Pada penelitian ini setelah data terkumpul, kemudian dilakukan tabulasi data, dan analisis data dengan menggunakan *Wilcoxon Signed Rank Test* dan *Uji Mann-Whitney*.

Wilcoxon Signed Rank Test digunakan untuk menguji hipotesis komparatif dua sample yang berkorelasi bila datanya berbentuk ordinal. Uji ini untuk mengetahui perbedaan masase dengan losion sebelum dan sesudah perlakuan, serta masase dengan bedak sebelum dan sesudah perlakuan.

Uji Mann-Whitney digunakan untuk menguji hipotesis komparatif dua sampel independen bila datanya berbentuk ordinal. Uji ini untuk mengetahui perbedaan kejadian dekubitus antara perlakuan masase dengan losion dan masase dengan bedak.

4.9 Etik Penelitian

Peneliti memohon ijin kepada pihak terkait sebelum penelitian dilakukan. Penelitian akan dimulai dengan melakukan beberapa prosedur yang berhubungan dengan etika penelitian meliputi :

1. *Informed Consent*

Informed Consent merupakan lembar persetujuan yang diberikan kepada responden yang akan diteliti yaitu yang akan mendapatkan intervensi masase dengan losion dan masase dengan bedak. Peneliti memberikan penjelasan maksud dan tujuan penelitian serta dampak yang mungkin terjadi selama pengumpulan data. Jika responden bersedia, maka mereka harus

menandatangani surat persetujuan penelitian. Peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak responden untuk menolak.

2. *Anonymity*

Kerahasiaan identitas responden harus dijaga. Peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden dengan tidak mempublikasikan nama responden.

3. *Confidentiality*

Kerahasiaan informasi yang diberikan responden dijamin oleh peneliti.

4.10 Keterbatasan

Ada beberapa keterbatasan dalam penelitian ini:

1. Instrumen yang digunakan untuk pengumpulan data dimodifikasi sendiri oleh peneliti sehingga validitas dan reliabilitasnya masih perlu diuji lebih lanjut.
2. Beberapa variabel perancu diantaranya adalah status nutrisi, stress emosional, riwayat merokok, kondisi secara umum pasien tidak dapat dikendalikan.
3. Tekanan dalam memijat tidak sama ukurannya
4. Ada faktor yang tidak bisa dikontrol diantaranya adalah cara memandikan ada yang dengan sabun, dan hanya dengan diseka.
5. Tidak menggunakan random sehingga sebaran tidak sama.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan disajikan serta dibahas hasil penelitian tentang "Efektifitas Masase Dengan Losion Dan Bedak Terhadap Pencegahan Ulkus Dekubitus Di Ruang Wijaya Kusuma RSUD Dr. Soedono Madiun". Pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan mulai dari tanggal 15 Januari 2010 sampai dengan 6 Februari 2010 di ruang Wijaya kusuma RSUD Dr. Soedono Madiun . Data diperoleh dari 20 responden sesuai dengan kriteria inklusi, 10 responden kelompok perlakuan masase dengan losion dan 10 responden kelompok perlakuan masase dengan bedak. Data yang diperoleh akan disajikan dalam bentuk tabel, grafik dan narasi.

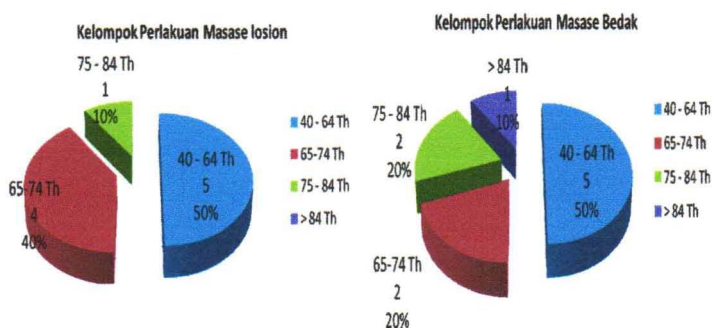
5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Instalasi Wijaya kusuma terbagi menjadi empat unit, yaitu ruang WK A, WK B, WK C, dan WK D. Berdasarkan laporan tahun 2009 didapatkan kasus stroke 581 pasien, kasus penyakit ginjal kronis 581, diabetes melitus 232 pasien, kasus muskuloskeletal 66 pasien, kasus gagal jantung 108 pasien. BOR rata-rata 85 dan LOS rata-rata 6 hari.

5.1.2 Data umum

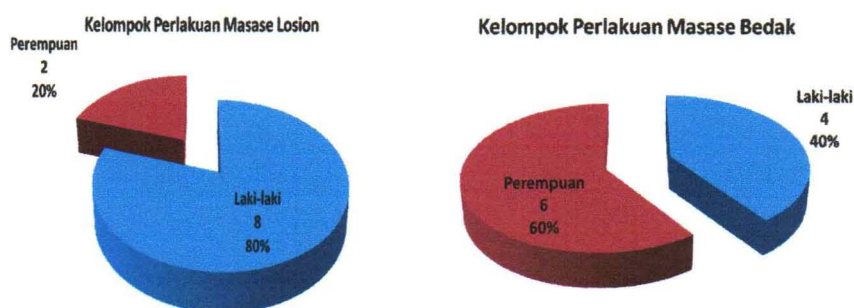
1) Karakteristik responden berdasarkan umur



Gambar 5.1 Distribusi responden berdasarkan umur pada pasien dengan resiko ulkus dekubitus

Pada gambar 5.1 pasien dengan resiko dekubitus terbanyak antara umur 40 – 64 tahun sebanyak 10 orang dengan rincian 5 orang (50%) pada kelompok perlakuan masase dengan losion dan 5 orang (50%) kelompok perlakuan masase dengan bedak. Data tersebut menunjukkan bahwa pasien dengan resiko ulkus dekubitus didominasi oleh pasien dengan umur lebih dari 40 tahun.

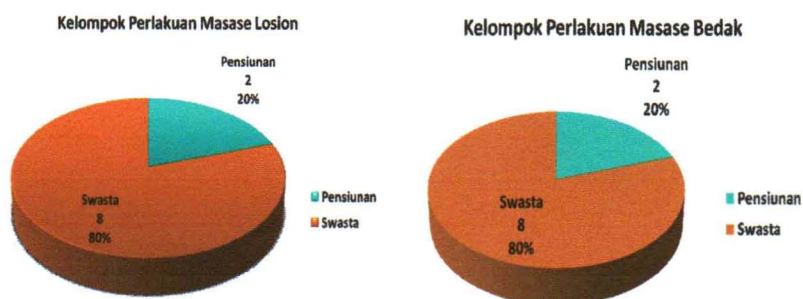
2) Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin



Gambar 5.2 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin pada pasien dengan resiko ulkus dekubitus

Pada gambar 5.2 menunjukkan data pasien dengan resiko ulkus dekubitus 12 orang pada laki-laki, 8 orang (80%) pada kelompok perlakuan masase dengan losion dan 4 orang (40%) pada kelompok perlakuan masase bedak. Data tersebut menggambarkan bahwa pasien dengan resiko ulkus dekubitus didominasi pasien laki-laki.

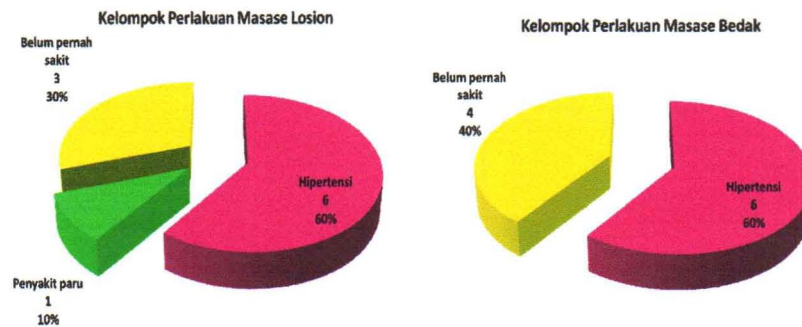
3) Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan



Gambar 5.3 Distribusi responden berdasarkan pekerjaan pada pasien stroke dengan resiko ulkus dekubitus

Pada gambar 5.3 menunjukkan data pasien berdasarkan pekerjaan yaitu 16 orang pekerja swasta, 8 orang (80%) pada pada masing-masing kelompok perlakuan.

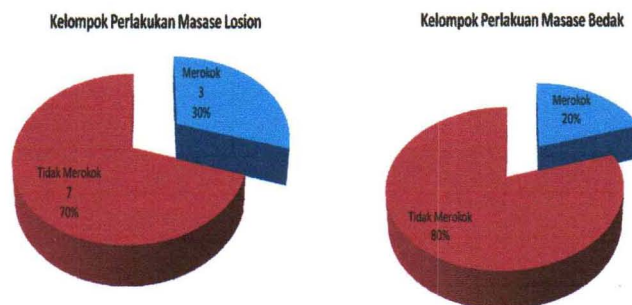
4) Karakteristik responden berdasarkan riwayat penyakit yang diderita



Gambar 5.4 Distribusi responden berdasarkan riwayat penyakit pada pasien dengan resiko ulkus dekubitus

Pada gambar 5.4 menunjukkan pasien dengan resiko ulkus dekubitus 12 orang mempunyai riwayat hipertensi, masing-masing kelompok perlakuan sejumlah 6 orang (60%). Responden dengan resiko ulkus dekubitus didominasi oleh pasien dengan riwayat tidak merokok.

5) Karakteristik responden berdasarkan riwayat merokok



Gambar 5.5 Distribusi responden berdasarkan riwayat merokok pada pasien dengan resiko ulkus dekubitus

Pada gambar 5.5 menunjukkan 15 orang mempunyai riwayat tidak merokok, 7 orang (70%) pada kelompok perlakuan masase dengan losion dan 8 orang (80%) pada kelompok perlakuan masase bedak. Data ini menggambarkan pasien dengan resiko ulkus dekubitus didominasi oleh pasien dengan riwayat tidak merokok.

5.1.3 Data khusus

Pada bagian ini akan disajikan hasil observasi kulit sebelum dan sesudah dilakukan intervensi berupa masase dengan losion dan masase dengan bedak pada pasien stroke dengan resiko dekubitus yang dirawat di ruang Wijaya Kusuma RSUD Dr. Soedono Madiun.

1) Kelompok perlakuan masase dengan losion



Gambar 5.6 Distribusi responden menurut kondisi kulit sebelum dan sesudah tindakan masase dengan losion

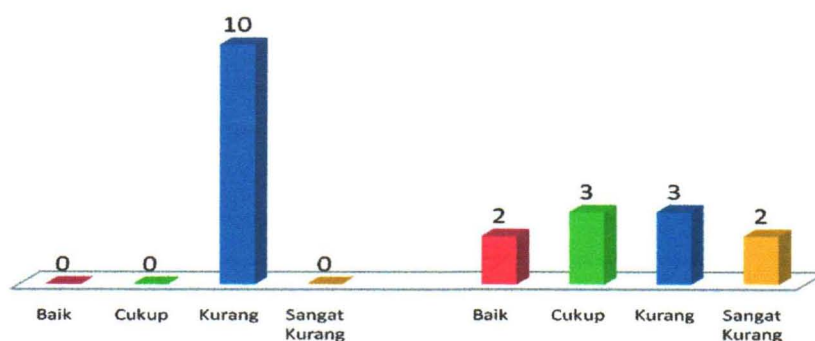
Dari gambar 5.6 diatas diketahui bahwa sebelum dilakukan tindakan pencegahan dekubitus 10 responden (100%) mempunyai keadaan kulit kurang (skor 2). Sesudah diberikan tindakan masase dengan losion didapatkan hasil 4 responden (40%) keadaan kulit baik, 5 responden (50%) keadaan kulit cukup, 1 responden (10%) keadaan kurang.

Tabel 5.1 Perlakuan masase dengan losion untuk pre tes dan pos tes

Resp.	Masase Losion	
	Pre tes	Pos tes
1	2	3
2	2	2
3	2	3
4	2	3
5	2	4
6	2	3
7	2	4
8	2	4
9	2	3
10	2	4
Mean	2,00	3,30
SD	0,00	0,675
Probabilitas(p)		0,006

Tabel diatas menggambarkan adanya perubahan keadaan kulit antara sebelum dan sesudah perlakuan masase dengan losion dalam pencegahan ulkus dekubitus. Uji statistik yang dilakukan dengan SPSS 14 menggunakan uji analisis dari Wilcoxon didapatkan signifikansi adalah $0,006 < 0,05$ berarti masase losion mempunyai perbedaan yang nyata antara kelompok pre tes dan kelompok pos tes

2) Kelompok perlakuan masase dengan bedak



Gambar 5.7 Distribusi responden menurut kondisi kulit sebelum dan sesudah tindakan masase dengan bedak

Dari gambar 5.6 diatas diketahui bahwa sebelum dilakukan tindakan pencegahan dekubitus 10 responden (100%) mempunyai keadaan kulit kurang (skor 2). Sesudah diberikan tindakan masase dengan bedak didapatkan hasil 2 responden (20%) keadaan kulit baik, 3 responden (30%) keadaan kulit cukup, 3 responden (30%) keadaan kulit kurang dan 2 responden (20%) kedaan kulit sangat kurang.

Tabel 5.2 Perlakuan masase dengan bedak untuk pre tes dan pos tes

Resp.	Masase Bedak	
	Pre tes	Pos tes
1	2	4
2	2	2
3	2	2
4	2	2
5	2	1
6	2	3
7	2	3
8	2	3
9	2	1
10	2	4
Mean	2,00	2,50
SD	0,00	1,080
Probabilitas(p)		0,160

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa hasil perhitungan dengan uji Wilcoxon didapat signifikansi adalah $0,160 > 0,05$ berarti masase bedak tidak berbeda nyata antara kelompok pretest dan kelompok pos tes.

- 3) Perbandingan tindakan masase dengan losion dan bedak terhadap pencegahan ulkus dekubitus

Tabel 5.3 Pengaruh masase losion dan bedak terhadap kelompok pos tes

No	Pos tes	
	Masase Losion	Masase Bedak
1	3	4
2	2	2
3	3	2
4	3	2
5	4	1
6	3	3
7	4	3
8	4	3
9	3	1
10	4	4
	Mean (untuk 20 sampel)	2,90
	SD	0,968
	Probabilitas (p)	0,080

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa analisis menggunakan uji statistik U Mann Whitney diperoleh nilai $p = 0,080$ atau probabilitas di atas $0,05$ ($0,080 > 0,05$), berarti tidak ada perbedaan yang nyata antara perlakuan masase losion dengan bedak.

5.2 Pembahasan

Responden dengan resiko ulkus dekubitus didominasi oleh pasien dengan umur lebih dari 40 tahun. Umur 40 – 64 dalam konsep tumbuh kembang termasuk dalam dewasa menengah yang ditandai dengan adanya perubahan-perubahan fisik. Pasien dengan umur lebih dari 50 tahun memiliki resiko yang tinggi untuk terkena ulkus dekubitus karena kulit dan jaringan akan berubah seiring dengan penuaan. Penuaan mengakibatkan kehilangan otot, penurunan kadar serum albumin, penurunan respon inflamatori, penurunan elastisitas kulit,

serta penurunan kohesi antara epidermis dan dermis. Perubahan ini berkombinasi dengan faktor penuaan lain akan membuat kulit menjadi berkurang toleransinya terhadap tekanan, gesekan, dan tenaga yang merobek. Berkurangnya aktifitas sel epidermis pada kulit lansia akan menambah waktu pembentukan sel epidermis sepertiga waktu dari waktu normal. Sebagai contoh, pada orang dewasa pembentukan sel epitel terjadi dalam waktu sekitar 20 hari, setelah berusia 50 tahun pembentukan epitel terjadi dalam waktu sekitar 30 hari (Potter, 2006)

Responden dengan resiko ulkus dekubitus didominasi pasien laki-laki. Hal ini menunjukkan bahwa laki-laki lebih rentan terjadi dekubitus kemungkinan bisa disebabkan laki-laki sebagai penanggung jawab keluarga mempunyai beban fisik dan mental yang ditanggung lebih berat daripada wanita, juga emosi dan gaya hidup laki-laki lebih bebas dan tidak terkendali. Dalam keadaan sakit hal ini akan menyebabkan terjadinya depresi dan stress emosional. Depresi dan stress emosional kronik misalnya pada pasien psikiatrik juga merupakan faktor resiko untuk perkembangan dari ulkus dekubitus. Peningkatan kadar serum kortisol dicurigai karena meningkatnya stress. Allman (1991) dan Braden (1988) menemukan bahwa peningkatan serum kortisol berhubungan dengan berkembangnya ulkus dekubitus (Chuan, 2001).

Responden dengan resiko dekubitus mempunyai latar belakang pekerja swasta yang mempunyai stressor tinggi karena kesibukannya mencari penghasilan. Dalam keadaan sakit hal ini akan menyebabkan terjadinya depresi dan stress emosional disebabkan karena tidak adanya penghasilan yang menetap. Depresi dan stress emosional merupakan faktor resiko untuk perkembangan dari ulkus dekubitus.

Responden dengan resiko terbesar terkena ulkus dekubitus mempunyai riwayat hipertensi. Pada penelitian ini sesuai dengan kriteria inklusi difokuskan pada pasien dengan stroke. Pada penderita dengan paralisis, dan kelainan neurologi, syaraf aferen tidak mampu untuk memberikan sistem balik sensorimotor. Akibatnya, tanda-tanda tidak menyenangkan dari daerah yang tertekan tidak diterima, sehingga tidak melakukan perubahan posisi. Pasien yang berbaring terus menerus ditempat tidur tanpa mampu untuk merubah posisi beresiko tinggi untuk terkena ulkus dekubitus.

Responden dengan resiko terkena ulkus dekubitus mempunyai riwayat tidak merokok. Meskipun merokok selalu identik dengan laki-laki, tetapi dalam penelitian ini tidak semua responden laki-laki merokok. Bila dalam perawatan pasien dengan resiko ulkus dekubitus ditemukan riwayat merokok perlu observasi kulit pasien lebih intensif dikarenakan rokok mengandung nikotin yang dapat menurunkan aliran darah dan memiliki efek toksik terhadap endotelium pembuluh darah.

Hasil uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* terhadap kelompok perlakuan masase dengan losion menunjukkan keadaan kulit sebelum dan sesudah tindakan ada perbedaan yang nyata. Perbedaan keadaan kulit terdapat pada kelembaban kulit pasien. Meskipun kondisi ruangan yang satu blok terdiri dari sepuluh tempat tidur menyebabkan ruangan panas dan mudah berkeringat. Losion berfungsi untuk mengikat air, mencegah air menguap dari kulit dengan jalan membuat lapisan tipis di permukaan kulit. Keadaan kulit pasien menunjukkan perbaikan skor observasi, hal ini sesuai teori perawatan kulit topikal menurut *Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR)* dengan memberikan

losion untuk menjaga epidermis terlubrikasi dan menjaga kelembaban. *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) hanya merekomendasikan penggunaan masase dengan losion untuk pencegahan ulkus dekubitus (NPUAP, 2006).

Pada kelompok perlakuan masase dengan bedak hasil uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* menunjukkan tidak ada perbedaan antara sebelum dan sesudah perlakuan. Perawatan untuk mencegah ulkus dekubitus diantaranya adalah melakukan pengkajian awal resiko ulkus dekubitus, melakukan perubahan posisi, perawatan kulit, meminimalkan tekanan dengan kasur angin, dan pengkajian keadaan kulit secara teratur. Diruangan IRNA wijaya kusuma belum semua tindakan pencegahan ulkus dekubitus dijalankan karena adanya keterbatasan alat dan tenaga. Hal lain kemungkinan disebabkan oleh sifat bedak yang daya lekatnya kurang baik sehingga mudah berterbangan. Hal ini belum mendukung sifat bedak yang menyerap cairan, mendinginkan dan lubrikan kering yang membantu mengurangi friksi (Potter, 2006)

Dalam penelitian ini uji statistik *Uji Mann-Whitney* didapatkan menunjukkan tidak ada perbedaan yang nyata dari dua kelompok perlakuan masase dengan losion dan masase dengan bedak. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh losion dan bedak dengan komposisi yang sama mempunyai efektifitas yang sama meskipun bentuk sediaan berbeda. Didalam hipotesis peneliti memperkirakan bahwa masase dengan losion lebih baik dalam pencegahan terjadinya dekubitus didasarkan pada rekomendasi dari NPUAP dan AHCPR.

BAB 6
KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan dibahas kesimpulan serta saran dari hasil penelitian tentang efektifitas masase dengan losion dan bedak terhadap pencegahan ulkus dekubitus.

6.1 Kesimpulan

Dari penelitian 20 responden di IRNA Wijaya dapat disimpulkan bahwa :

- 1) Responden yang diberikan perlakuan masase dengan losion tidak terjadi perubahan warna kulit kemerahan pada daerah punggung, pada responden yang diberi tindakan masase dengan bedak terjadi perubahan warna kulit kemerahan.
- 2) Responden yang diberikan perlakuan masase dengan losion kelembaban kulit responden lebih terjaga yang ditunjukkan dengan adanya peningkatan skor pada observasi, pada responden yang diberi tindakan dengan bedak meskipun ada peningkatan skor observasi tetapi tidak signifikan.
- 3) Responden yang diberikan perlakuan masase dengan losion tidak terjadi peningkatan temperatur kulit, pada responden yang diberi masase dengan bedak jumlah responden dengan peningkatan suhu tidak ada perubahan pada pre dan pos tes.
- 4) Pemberian masase dengan losion lebih efektif dalam pencegahan ulkus dekubitus dibandingkan pemberian masase dengan bedak.

6.2 Saran

1. Bagi perawat RSUD Dr. Soedono Madiun

Untuk meningkatkan peran perawat sebagai pendidik dalam menjelaskan kepada keluarga dengan pasien yang beresiko ulkus dekubitus agar memberikan losion sebagai salah satu cara pencegahan ulkus dekubitus.

2. Bidang Perawatan RSUD Dr. Soedono Madiun

Sebagai bahan pertimbangan pembuatan standar operasional prosedur dan Satuan Acara Pembelajaran (SAP) terhadap pencegahan ulkus dekubitus agar LOS di Instalasi Wijaya Kusuma RSUD Dr. Soedono madiun tidak memanjang.



DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S., (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta : PT Rineka Cipta
- Asmadi, (2008). *Teknik Prosedural Keperawatan: Konsep Dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta : Salemba Medika..
- Editorial, (2008). *Watel Oil Emulsion Kandungan Pelembab Paling Mutakhir* <http://www.berita8.com/> Tanggal 2 April 2009 jam 22.00
- Brockopp, D., (2000). *Dasar-Dasar Riset Keperawatan, Ed. 2*. Jakarta : EGC
- Chuan, T C., (2001). *Prediction and Prevention of Pressure Ulcers in Adults*. Singapore : Moh Nursing Clinical Practice Guidelines
- Daili, E S S., (2005) *Penyakit Kulit Yang Umum Di Indonesia : Sebuah Panduan Bergambar*. Jakarta : Pt Medical Multimedia Indonesia
- Dempsey, P A., (2002). *Riset Keperawatan: Buku ajar dan Latihan*. Jakarta : EGC.
- Duimel, P. Inge, GP et all., (2008) *The Effects of Massage as a Method to Prevent Pressure Ulcers. A Review of the Literature*. http://www.owm.com/files/docs/OWM_2008 Tanggal 2 April 2009 jam 22.00.
- Grey, J E., (2006). *ABC of wound healing Pressure ulcers*. Bmj Volume 332 Page 475.
- Mukti, E N., (2005). *Penelusuran hasil penelitian tentang intervensi keperawatan dalam pencegahan terjadinya luka dekubitus pada orang dewasa*. <http://fik.ui.ac.id/152.118.148.220/>. Tanggal 2 April 2009 jam 22.00.
- Hidayat, D., (1990). *Ulkus dekubitus*. CDK No. 84, hal 33.
- Jacob, T N A., (2009) *Dermatoterapi Topikal* <http://www.repository.ui.ac.id/dokumen/lihat/2472.pdf>. Tanggal 2 Agustus 2009 jam 22.00.
- Joanna Briggs Institute, (2008) *Pressure ulcer – prevention of pressere related dama..* [http://www. Joannabriggs.edu.au](http://www.Joannabriggs.edu.au). Tanggal 2 April 2009 jam 22.00.
- Joanna Briggs Institute, (2007). *Topical skin care in aged care facilities ge.* <http://www. Joannabriggs.edu.au>. Tanggal 2 April 2009 jam 22.00.
- Kirman,C N., (2008). *Pressure Ulcers, Nonsurgical Treatment and Principles*. <http://www.emedicine.com> Tanggal 2 April 2009 jam 22.00.

- Lyder, (2003). *Pressure Ulcer Prevention and Management*. JAMA : Vol. 289 No. 2
- Harms, R W., (2007). *Bedsore (pressure sores)*. [http: www.mayoclinic.com](http://www.mayoclinic.com) Tanggal 2 April 2009 jam 22.00.
- Mills, E J., (2004) *Nursing Procedures, 4th Edition*. Lippincott Williams & Wilkins
- Morisson, M J., (2004). *Manajemen Luka*. Jakarta:EGC, hal 73 – 91.
- Nancy, A S., *Predicting Pressure Ulcer* http://www.nursingcenter.com/prodev/ce_article.asp?tid=751548 Tanggal 2 April 2009 jam 22.00.
- Notoatmodjo, S., (2002). *Metodologi Penelitian Kesehatan. Cet. ke-2*, Januari. Jakarta : Rineka Cipta.
- NPUAP. (2006). *Pressure Ulcer Prevention Points*. <http://www.npuap.org>. Tanggal 2 April 2009 jam 22.00.
- Pershall, LD. (2008). *Decubitus Ulcer Information and Stages of Wounds*. from URL:<http://expertpages.com> Tanggal 2 April 2009 jam 22.00.
- Potter, PA. (2006). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik. Volume 2, Edisi 4*. Jakarta : EGC.
- Reddy, M. et all., (2006). *Preventing Pressure Ulcer: A Systematic Review*. JAMA Vol. 296, No. 8.
- Revis Jr, D R., (2008). *Decubitus Ulcer*. Available from URL: www.emedicine.com Tanggal 2 April 2009 jam 22.00.
- Romanelli, M., (2006) *Science and practice of Pressure ulcer Management*. London : Springer, hal 01 – 85
- Salcido, R., (2006). *Pressure Ulcers and Wound Care*. Available from URL: www.emedicine.com Tanggal 2 April 2009 jam 22.00.
- Sari, Y., (2007). *Luka tekan (Pressure ulcer) Penyebab dan Pencegahan*. <http://www.inna-ppni.or.id/index.php?name=News&file=print&sid=126>. Tanggal 2 April 2009 jam 22.00.
- Setiawan, N., (2005) *Pengolahan Dan Analisis Data. Materi Diklat Metodologi Penelitian Sosial Parung Bogor. 25 – 27 Mei 2005*

- Shahin, S M, et all., (2009). *Pressure Ulcer Prevention in Intensive Care Patients: Guidelines and Practice*. Journal of Evaluation in Clinical Practice. Volume 15 Issue 2, Pages 370 - 374
- Snetzer, (2002). *Keperawatan Medikal Bedah Brunner dan Sudarth*. Jakarta; EGC, hal 406 – 407
- Sugiyono, (2009). *Statistika untuk Penelitian*. Bandung; CV. Alfabeta.
- Suriadi, (2009). *Manajemen Luka Dekubitus (Pressure Ulcer/Sore)*. <http://woundostomy.blogspot.com/2009/02/manajemen-luka-dekubituspressure.htm>. Tanggal 2 April 2009 jam 22.00.
- Tranggono, R I., Latifah, F., (2007). *Buku Pegangan Ilmu Pengetahuan Kosmetik*. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama.
- Thomas, D R., (2001). *Prevention and treatment of pressure ulcers: What works? What doesn't?* Dalam *Cleveland Clinic Journal Of Medicine*. Volume 68 Number 8 Agustus 2001. <http://www.ccjm.org>. Tanggal 2 April 2009 jam 22.00.
- Tjokronegoro, (1999). *Metodologi Penelitian Bidang Kedokteran*. Jakarta: Badan Penerbit FKUI
- Wasitaatmadja, S M., (1997). *Penuntun Ilmu Kosmetik Medik*. Jakarta : Penerbit universitas Indonesia (UI-Press)
- WHO, (2005). *Pedoman Perawatan Pasien*. Jakarta : EGC.
- Wikipedia, (2009). *Calamine*. http://en.wikipedia.org/wiki/Main_Page. Tanggal 2 April 2009 jam 22.00.
- Yani, A., (2007). *Buku Ajar Riset Keperawatan*. Jakarta; EGC



LAMPIRAN



UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257
Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail : dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, 07 Januari 2010

Nomor : 28 /H3.1.12/PPd/2010
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan
Data Penelitian Mahasiswa PSIK – FKp Unair**

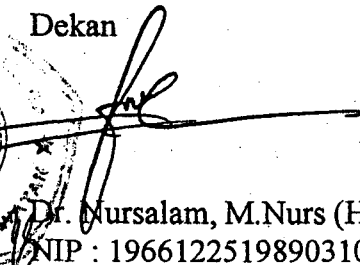
Kepada Yth.
Direktur RSUD Dr. Soedono Madiun
di –
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa PSIK Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data penelitian sebagai bahan penyusunan skripsi, adapun proposal terlampir.

Nama : Bambang Widarto
NIM : 010830357B
Judul Penelitian : Efektifitas Masase dengan Losion dan Bedak Terhadap
Pencegahan Ulkus Dekubitus pada Pasien di IRNA
Wijaya Kusuma RSUD Dr. Soedono Madiun
Tempat : IRNA Wijaya Kusuma RSUD Dr. Soedono Madiun

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Dekan

Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)
NIP : 196612251989031004

Tembusan:

1. Ka.Bid. Pendidikan & Penelitian RSUD Dr. Soedono Madiun
2. Ka. Bid. Pelayanan Keperawatan RSUD Dr. Soedono Madiun
3. Ka. Instalasi IRNA Wijaya Kusuma RSUD Dr. Soedono Madiun



**PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. SOEDONO**

Jl. Dr. Sutomo No. 59 Telp. (0351) 454657, 464325 Fax. (0351) 458054
MADIUN 63116

Madiun, 14 Januari 2010

Kepada

Nomor : 423.4 / 287 / 307 / 2010
Sifat : Segera
Lampiran : -
Perihal : Jawaban Permohonan
Ijin Pengambilan Data Penelitian

Yth. Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga
di -

SURABAYA

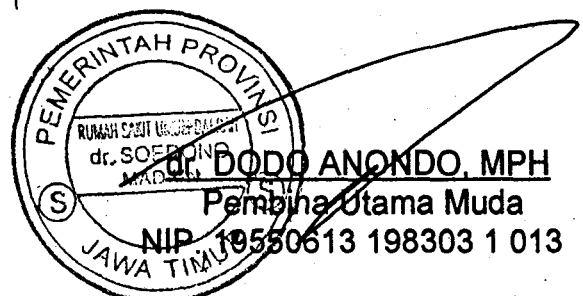
Menjawab surat Saudara nomor : 28 / H3.1.12/ PPd/ 2010 tanggal 07 Januari 2010, perihal permohonan bantuan fasilitas pengambilan data penelitian bagi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan FKp. Universitas Airlangga Surabaya, an. Bambang Widarto, NIM. 010830357B, dengan judul skripsi " Efektifitas Masase Dengan Losion Dan Bedak Terhadap Pencegahan Ulkus Dekubitus Pada Pasien Di IRNA Wijaya Kusuma " yang akan dilaksanakan di RSUD dr. Soedono Madiun, pada prinsipnya dapat disetujui untuk dilaksanakan.

Adapun persyaratan bagi mahasiswa yang melaksanakan penelitian adalah sebagai berikut:

1. Melakukan studi pendahuluan di tempat penelitian
2. Mempresentasikan proposal ke bidang Diklit. sesuai judul yang akan diteliti
3. Menetapkan tanggal pencarian data
4. Alokasi tempat penelitian : IRNA Wijaya Kusuma RSUD dr. Soedono Madiun
5. Jumlah responden sesuai dengan sampel yang sudah ditentukan.
6. Mentaati ketentuan yang berlaku di RSUD dr. Soedono Madiun
7. Menjaga tata tertib, keamanan, kebersihan dan kesopanan selama melaksanakan pengambilan data untuk penelitian.
8. Menyerahkan laporan hasil penulisan skripsi ke bidang Diklit. segera setelah penelitian selesai.

Demikian untuk menjadikan periksa.

4 DIREKTUR RSUD dr. SOEDONO MADIUN





**PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. SOEDONO**

Jl. Dr. Sutomo No. 59 Telp. (0351) 454657, 464325 Fax. (0351) 458054
MADIUN 63116

SURAT KETERANGAN

Nomor : 423.4/ /FD/ 1307/2010

Yang bertanda tangan dibawah ini :

N a m a : dr. DODO ANONDO, MPH
N I P : 19550613 198303 1 013
Pangkat/Golongan : Pembina Utama Muda / IVc
Jabatan : Direktur RSUD dr. Soedono Madiun

Menerangkan :

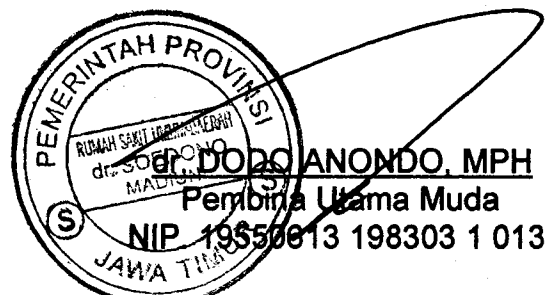
N a m a : BAMBANG WIDARTO
No. Mhs : 01083060357B
Mahasiswa : Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga Surabaya

Telah melaksanakan Penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedono Madiun di IRNA Wijaya Kusuma B mulai tanggal 15 Januari – 6 Februari 2010, dengan judul penelitian : “ Efektifitas Masase Dengan Losion Dan Bedak Terhadap Pencegahan Ulkus Dekubitus Pada Pasien Di IRNA Wijaya Kusuma yang dilaksanakan di Rumah Sakit Umum dr. Soedono Madiun Tahun 2010”.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan seperlunya.

MADIUN, Februari 2010

DIREKTUR RSUD dr. SOEDONO MADIUN



dr. DODO ANONDO, MPH

Pembina Utama Muda

NIP. 19550613 198303 1 013

Lampiran 4**LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Assalamualaikum Wr. Wb.

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Bambang Widarto

NIM : 010830375 B

Adalah mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, akan melakukan penelitian dengan judul :

“Efektifitas Tindakan Masase Dengan Losion Dan Bedak Dalam Pencegahan Ulkus Dekubitus Pada Pasien Di Rumah Sakit Dr. Soedono Madiun.”

Untuk maksud di atas, maka saya mohon dengan hormat kepada Bapak / Ibu untuk mengizinkan keluarga Bapak / Ibu menjadi responden dalam penelitian ini :

- 1) Menjelaskan efektifitas masase dengan losion dan bedak terhadap pencegahan ulkus dekubitus pada pasien di Rumah Sakit Dr. Soedhono Madiun..
- 2) Kesiediaan Bapak / Ibu untuk menandatangani *informed consent*
- 3) Identitas keluarga Bapak / Ibu akan dirahasiakan sepenuhnya oleh peneliti.
- 4) Kerahasiaan informasi yang diberikan Bapak / Ibu dijamin oleh peneliti karena hanya kelompok data tertentu saja yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.

Atas perhatian dan Partisipasi Bapak / Ibu sekalian saya ucapkan terima kasih.

Wassalamualaikum Wr. Wb.

Surabaya, 2009

Hormat saya,

Bambang Widarto

Lampiran 5**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan mengizinkan keluarga saya untuk menjadi peserta / responden penelitian yang dilakukan oleh Bambang Widarto mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang berjudul :

**“Efektifitas Tindakan Masase Dengan Losion Dan Bedak Dalam
Pencegahan Ulkus Dekubitus Pada Pasien Di Rumah Sakit Dr. Soedono
Madiun”**

Persetujuan ini saya buat dengan sadar dan tanpa paksaan dari siapapun.
Demikian pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Madiun,.....2009

Yang menyetujui,

(.....)

Kode Responden :

Lampiran 6**LEMBAR KUESIONER DATA RESPONDEN****Petunjuk pengisian:**

- Diisi oleh pasien/keluarga pasien
- Berilah tanda contreng (✓) pada jawaban yang dianggap benar
- Jangan memberi tanda apapun pada kotak disebelah kanan

Kode pasien

Diagnosa

Di isi oleh petugas

1) Umur Pasien

1. 40-64 tahun
2. 65-74 tahun
3. 75-84 tahun
4. > 84 tahun

2) Jenis kelamin pasien

1. Laki-laki
2. Perempuan

3) Pekerjaan pasien

1. PNS
2. TNI
3. POLRI
4. Pensiunan
5. Swasta

4) Riwayat penyakit yang pernah diderita

- 1. Jantung
- 2. Hipertensi
- 3. Diabetes
- 4. Stroke
- 5. Penyakit paru
- 6. Liver
- 7. Gangguan jiwa
- 8. Belum pernah sakit

5) Kebiasaan merokok

- 1. Merokok
- 2. Tidak merokok

Lampiran 7

LEMBAR PENILAIAN SKALA BRADEN

UNTUK MENILAI RESIKO KEJADIAN ULKUS DEKUBITUS

Kode Pasien :

					Tanggal
Persepsi Sensorik	1. terbatas total <input type="checkbox"/> Tidak berespon (tidak merintih, menyentak, atau merenggut)	2. Sangat Terbatas <input type="checkbox"/> Berespon hanya pada stimulus nyeri.	3. Sedikit terbatas <input type="checkbox"/> Berespon pada perintah verbal, tapi tidak selalu dapat mengkomunikasikan	4. Tidak ada gangguan <input type="checkbox"/> Berespon pada perintah verbal. Tidak ada penurunan sensorik	
Kelembaban	1. Kelembaban yang konstan <input type="checkbox"/> Kulit dijaga agar tetap lembab hamper secara konstan oleh perspirasi, urine dll. <input type="checkbox"/> Kelembaban diketahui setiap kali bergerak atau membalikkan tubuh	2. Sangat lembab <input type="checkbox"/> Kulit sering lembab tetapi tidak selalu lembab. <input type="checkbox"/> Alat tenun harus diganti sedikitnya satu kali tiap waktu dinas.	3. kadang-kadang lembab <input type="checkbox"/> Kulit kadang-kadang lembab, memerlukan penggantian alat tenun ekstra satu kali sehari	4. Jarang lembab <input type="checkbox"/> Kulit biasanya kering, alat tenun hanya diganti sesuai jadwal.	
Aktifitas	1. Tirah baring <input type="checkbox"/> Terbatas diatas tempat tidur.	2. Di atas kursi <input type="checkbox"/> Mampu berjalan dengan keterbatasan yang tinggi	3. kadang-kadang berjalan <input type="checkbox"/> Kadang-kadang berjalan hanya untu jarak yang sangat dekat	4. Sering berjalan <input type="checkbox"/> Berjalan diluar kamar sedikitnya 2 kali sehari	
Mobilisasi	1. Imobilisasi total <input type="checkbox"/> Tidak dapat melakukan perubahan posisi	2. Sangat terbatas <input type="checkbox"/> Kadang-kadang melakukan perubahan kecil	3. Agak terbatas <input type="checkbox"/> Sering melakukan perubahan kecil pada posisi tubuh dan ekstremitas secara mandiri.	4. tidak terbatas <input type="checkbox"/> Melakukan perubahan posisi yang bermakna dan sering tanpa bantuan	
Nutrisi	1. Sangat buruk <input type="checkbox"/> Tidak pernah	2. Mungkin kurang <input type="checkbox"/> Jarang makan	3. Cukup <input type="checkbox"/> Makan lebih dari ½ porsi	4. Baik <input type="checkbox"/> Makan setiap makanan yang	

	<p>makan makanan lengkap.</p> <p><input type="checkbox"/> 1/3 porsi makanan yang diberikan.</p> <p><input type="checkbox"/> protein 2 kali atau kurang.</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak makan suplemen</p> <p><input type="checkbox"/> Puasa</p> <p><input type="checkbox"/> infuse lebih dari 5 hari.</p>	<p>makanan lengkap</p> <p><input type="checkbox"/> ½ porsi makanan yang diberikan .</p> <p><input type="checkbox"/> Asupan protein, 3 kali sehari.</p> <p><input type="checkbox"/> Kadang-kadang mau makanan suplemen.</p> <p><input type="checkbox"/> makanan cair atau sonde kurang</p>	<p>makanan yang diberikan.</p> <p><input type="checkbox"/> Makan protein 4 kali setiap hari.</p> <p><input type="checkbox"/> mau makan suplemen yang diberikan.</p> <p><input type="checkbox"/> makanan melalui sonde atau regimen nutrisi</p>	<p>diberikan.</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak memerlukan suplemen.</p>	
Friksi dan gesekan	<p>1. Masalah</p> <p><input type="checkbox"/> Memerlukan bantuan yang sedang sampai maksimum untuk bergerak.</p>	<p>2. masalah yang berpotensi</p> <p><input type="checkbox"/> Bergerak dengan lemah dan membutuhkan bantuan minimum.</p>	<p>3. Tidak ada masalah</p> <p><input type="checkbox"/> Bergerak diatas tempat tidur dan kursi secara mandiri</p>		
Total nilai					

Keterangan :

- a. risiko rendah = 15-16
- b. risiko sedang = 13-14,
- c. risiko tinggi = 12 atau kurang

Lampiran 8

LEMBAR OBSERVASI

KONDISI KULIT PASIEN SEBELUM DAN SESUDAH DILAKUKAN

MASASE DENGAN LOSION DAN MASASE DENGAN BEDAK

No kode responden Skor

Tanggal observasi

Lama perlakuan

Masase dengan losion Sebelum Sesudah

Masase dengan bedak Sebelum Sesudah

No	Kondisi kulit	Ya	Tidak	Skor
1	Kondisi kulit lembab			
2	Suhu kulit meningkat			
3	Kulit nampak kemerahan dan atau bengkak			
4	Kulit mengalami lecet, lepuh			
5	Kulit mengalami luka/ulkus dan atau terdapat jaringan nekrosis			

Keterangan:

- Skor 4 (baik) : kulit utuh tidak ada luka, tidak lembab, suhu kulit normal
- Skor 3 (cukup) : kulit utuh tidak ada luka, kondisi lembab, suhu kulit normal
- Skor 2 (kurang) : Kulit utuh tidak ada luka, kondisi lembab, suhu kulit meningkat
- Skor 1 (sangat kurang): Kulit nampak kemerahan

Lampiran 9**Standar Operasional Prosedur****Masase dengan Losion****(WHO, 2005)**

Masase dengan Losion :

1. Perawat cuci tangan.
2. Tuangkan losion ke telapak tangan
3. Hangatkan dengan menggenggamnya selama beberapa detik sebelum memulai masase.
4. Dengan menggunakan gerakan melingkar, masase bagian tengah punggung bawah pasien.
5. Tekan ke arah atas dan masase area di atas belahan bahu kiri dan kanan, sekali lagi dengan menggunakan gerakan melingkar.
6. Tekan ke arah bawah dan akhiri dengan menggunakan masase krista iliaka, otot besar dari bokong kanan dan kiri.
7. Ulangi proses ini selama tiga sampai lima menit
8. Bersihkan losion yang tersisa di kulit dengan handuk.

Lampiran 10

Standar Operasional Prosedur

Masase dengan Bedak

Masase dengan Bedak :

1. Perawat cuci tangan.
2. Tuangkan bedak ke telapak tangan
3. Hangatkan dengan menggenggamnya selama beberapa detik sebelum memulai masase.
4. Dengan menggunakan gerakan melingkar, masase bagian tengah punggung bawah pasien.
5. Tekan ke arah atas dan masase area di atas belahan bahu kiri dan kanan, sekali lagi dengan menggunakan gerakan melingkar.
6. Tekan ke arah bawah dan akhiri dengan menggunakan masase krista iliaka, otot besar dari bokong kanan dan kiri.
7. Ulangi proses ini selama tiga sampai lima menit

Lampiran 11

Raw Data

1. Kelompok perlakuan masase losion

Kode pasien	Data Umum					Data Khusus			
	Umur	Jenis kelamin	Pekerjaan	Riwayat penyakit	Kebiasaan merokok	Pre tes	Pos tes		
							Hr 1	Hr 2	Hr 3
1	61	2	6	8	2	2	2	3	
2	67	1	5	8	1	2	2	2	
3	70	2	6	2	2	2	3	3	
4	53	1	6	2	1	2	3	3	
5	54	1	6	2	2	2	3	3	
6	55	1	6	8	1	2	3	3	
7	71	1	6	5	2	2	2	3	
8	67	1	6	2	2	2	3	3	
9	75	1	5	2	2	2	2	3	
10	61	1	6	2	2	2	3	3	

2. Kelompok perlakuan masase bedak

Kode pasien	Data Umum					Data Khusus			
	Umur	jenis kelamin	Pekerjaan	Riwayat penyakit	Kebiasaan merokok	Pre tes	Pos tes		
							Hr 1	Hr 2	Hr 3
1	62	2	6	2	2	2	3	3	4
2	70	2	6	2	2	2	2	2	2
3	80	2	6	2	2	2	2	2	2
4	90	2	6	8	2	2	2	2	2
5	82	2	6	2	2	2	1	1	1
6	61	1	5	2	2	2	2	2	3
7	56	1	6	8	1	2	2	2	3
8	55	1	6	8	1	2	3	3	3
9	70	2	5	8	2	2	2	2	1
10	64	2	6	2	2	2	3	3	4

Pretest – Post Test Masase Losion

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
PRETEST	10	2.00	.000	2	2
HARI3	10	3.30	.675	2	4

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
HARI3 - PRETEST Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
Positive Ranks	9 ^b	5.00	45.00
Ties	1 ^c		
Total	10		

a. HARI3 < PRETEST

b. HARI3 > PRETEST

c. PRETEST = HARI3

Test Statistics^b

	HARI3 - PRETEST
Z	-2.739 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.006

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Pretest – Post Test Masase Bedak

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
PRETEST	10	2.00	.000	2	2
BEDAKHR3	10	2.50	1.080	1	4

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
BEDAKHR3 - PRETEST Negative Ranks	2 ^a	3.00	6.00
Positive Ranks	5 ^b	4.40	22.00
Ties	3 ^c		
Total	10		

a. BEDAKHR3 < PRETEST

b. BEDAKHR3 > PRETEST

c. PRETEST = BEDAKHR3

Test Statistics^b

	BEDAKHR3 - PRETEST
Z	-1.406 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.160

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Post Test Masase Losion - Bedak

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
HR3LSBDK	20	2.90	.968	1	4
KELOMPOK	20	1.50	.513	1	2

Mann-Whitney Test

Ranks

	KELOMPOK	N	Mean Rank	Sum of Ranks
HR3LSBDK	loison	10	12.70	127.00
	bedak	10	8.30	83.00
	Total	20		

Test Statistics^b

	HR3LSBDK
Mann-Whitney U	28.000
Wilcoxon W	83.000
Z	-1.751
Asymp. Sig. (2-tailed)	.080
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.105 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: KELOMPOK