

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Lanjut Usia

##### 2.1.1 Definisi Lanjut Usia

Lanjut usia merupakan sebuah perjalanan hidup bagi mereka yang telah melalui tahap perkembangan usia lanjut. Bukan terjadi secara tiba-tiba namun melalui proses alami yang sudah ditakdirkan oleh Yang Maha Esa. Pengertian lansia sendiri sangat beragam. Menurut UU No.13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lansia bahwa lansia adalah individu yang telah memasuki usia diatas 60 tahun. Setiap individu pasti mengalami proses yang disebut dengan proses menua (*ageing process*) yaitu berkurangnya secara pelahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri sehingga fungsi normalnya terganggu sehingga mudah terserang infeksi. Menjadi tua bukanlah suatu penyakit melainkan suatu menurunnya fungsi pertahanan tubuh dari dalam maupun luar tubuh. (Azizah, 2014)

##### 1.1.2 Batasan Lanjut Usia

Menurut WHO dalam Azizah (2014) lansia terbagi menjadi 4 periode :

1. Usia pertengahan (*middle age*) yaitu usia 45-59 tahun
2. Lanjut usia (*elderly*) yaitu usia 60-74 tahun
3. Lanjut usia tua (*old*) yaitu usia 75-90 tahun
4. Dan usia sangat tua (*very old*) yaitu usia diatas 90 tahun

### 1.1.3 Perubahan Yang Terjadi Pada Lanjut Usia

Menurut Azizah (2014), perubahan yang sering terjadi pada lansia yaitu:

#### 1. Perubahan Fisik

##### a. Sistem Indra

##### 1) Sistem Pendengaran

Pada lansia dapat terganggunya sistem pendengaran (presbiakusis) karena menurunnya kemampuan telinga dalam terhadap bunyi yang keras atau suara dan nada yang tinggi, menurunnya kemampuan ini terjadi pada 50% lansia diatas usia 60 tahun.

##### 2) Gangguan pada ketajaman penglihatan

Disebabkan oleh :

- a) Presbiop
- b) Kelainan lensa mata (refleksi lensa mata kurang)
- c) Katarak
- d) Glaukoma
- e) Radang saraf mata

##### b. Sistem integumen

Pada lansia sangat umum ditemukan kulit mengalami kendur, dan keriput. Kulit akan kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan berbecak. Hal ini disebabkan oleh atrofi glandula sebacea dan glandula sudoritera, timbul pigmen yang dikenal dengan *liver spot*.

c. Sistem Musculoskeletal

Menurunnya fleksibilitas lansia mengakibatkan timbulnya nyeri, serta hambatan dalam beraktifitas sehari-hari. Hal ini terjadi karena bentangan yang tidak teratur pada kulit, tendon, tulang, kartilago, dan jaringan pengikat. Pada lansia, kepadatan tulang menjadi berkurang dan tipis serta terjadi penurunan jumlah dan ukuran pada otot. Di samping itu pada sekitar sendi seperti tendon, ligamen, dan fasia mengalami penurunan elastisitas dan daya lentur.

d. Sistem Kardiovaskuler

Pada lanjut usia massa jantung menjadi bertambah, ventrikel kiri mengalami hipertrofi sehingga kemampuan peregangan jantung menjadi berkurang. Dan kapasitas paru menjadi menurun sebagai akibat dari konsumsi oksigen pada tingkat maksimum. Arteri yang mengalami perubahan kehilangan elastisitasnya yang dapat menyebabkan peningkatan nadi dan tekanan sistolik pada darah

e. Pencernaan dan Metabolisme

Pada sistem pencernaan terjadi kemunduran yang nyata. Penyebab utamanya merupakan periodontal disease yang dapat terjadi setelah usia 30 tahun. Pada lambung, menurunnya sensitifitas rasa lapar, asam lambung menjadi menurun, serta waktu pengosongan menjadi menurun. Peristaltik usu menjadi lemah sehingga biasanya terjadi konstipasi. Perlu diketahui pada lansia liver(hati) makin mengecil dan tempat penyimpanannya menjadi menurun. Jadi peningkatan efek

samping, overdosis perlu diwaspadai sehingga dosis obat yang diberikan pada lansia harus lebih kecil daripada orang dewasa.

f. Sistem Perkemihan

Pada sistem perkemihan mengalami kemunduran laju filtrasi, ekskresi dan reabsorpsi oleh ginjal. Hal ini memberikan efek bagi lansia yang mengkonsumsi obat, mereka kehilangan kemampuan untuk mengekskresikan obat. Selain itu pada lansia banyak berkemih pada malam hari, sehingga inkontinensia urine meningkat. (Surini dan Utomo, 2003 dalam Azizah, 2014)

g. Sistem Saraf

Penuaan menyebabkan penurunan persepsi dan sensori dan respon motorik. Hal ini dapat mengganggu dalam koordinasi keseimbangan, kekuatan otot dan reflek, perubahan postur serta peningkatan waktu reaksi. Hal ini dapat dicegah dengan latihan keseimbangan serta olahraga yang teratur .

h. Sistem Reproduksi

Pada sistem reproduksi lansia mengalami penurunan. Hal ini ditandai dengan menyempitnya ovari dan uterus . pada laki-laki, testis masih bisa memproduksi spermatozoa, meskipun adanya penurunan secara berarti. Sedangkan pada wanita selaput vagina menjadi menurun, permukaannya menjadi halus serta sekresi menjadi berkurang. (Watson, 2003 dalam Azizah, 2014)

## 2. Perubahan kognitif

### a. Perubahan *memory* (daya ingat)

Pada lansia, perubahan daya ingat adalah paling yang mengalami penurunan. Pada ingatan jangka panjang (*long term memory*) tidak mengalami banyak perubahan, namun pada ingatan jangka pendek (*short term memory*) 0-10 menit memburuk.

### b. IQ (*intelligent Quocient*)

Dalam kemampuan menyusun kata, pengetahuan umum, keterampilan yang praktis yang biasa disebut dengan *crystallized intelligent* masih stabil. Sedangkan fungsi intelektual atau biasa disebut *fluid intelligent* seperti mengingat daftar, kecepatan menemukan kata, menyelesaikan masalah, kecepatan berespon mengalami kemunduran.

### c. Kemampuan belajar

Lanjut usia yang sehat dan tidak mengalami demensia masih memiliki kemampuan belajar yang baik. Bahkan di negara industri maju mendirikan *university of the third age* khusus untuk lansia.

### d. Kemampuan pemahaman (*comprehension*)

Kemunduran pemahaman pada lansia didukung oleh konsentrasi dan fungsi pendengaran yang juga mengalami kemunduran. Maka dalam hal ini, agar tidak timbul salah paham dalam komunikasi maka diadakannya kontak mata sehingga mereka dapat lebih memahami maksud dari orang lain.

e. Pemecahan masalah (*problem solving*)

Banyak hal yang dulunya masalah dapat lebih mudah dipecahkan menjadi terhambat karena menurunnya fungsi indra pada lansia. Disamping itu menurunnya daya ingat, pemahaman, dan lain-lain juga menjadi faktor pemicu.

f. Kebijaksanaan (*wisdom*)

Pada lansia semakin bijaksana dalam menghadapi permasalahan, hal ini didukung dari aspek tingkat kematangan kepribadian serta pengalaman hidup yang sudah dijalani

g. Motivasi

Motivasi dapat bersumber dari fungsi kognitif yang mendorong manusia untuk belajar dan rasa ingin tahu serta fungsi afektif yang lebih menekankan perasaan dan kebutuhan individu untuk mencapai tingkat emosional tertentu. (Azizah, 2014)

### 3. Perubahan spiritual

Spiritualitas pada lansia bersifat universal, intrinsik, dan merupakan proses individu yang berkembang melalui proses kehidupan. Pada lanjut usia mereka cenderung tidak terlalu takut terhadap konsep dan realitas kematian. Pada tahap perkembangan lansia merasakan dan sadar akan kematian. (Azizah, 2014)

#### 4. Perubahan psikososial

##### a. Pensiun

Usia wajib pensiun bervariasi contoh pada pegawai negeri sipil pada usia 65 tahun, sedangkan pegawai federal sampai usia 70 tahun. Pada industri swasta biasanya antara 50-70 tahun. (Potter dan Perry, 2004 dalam Azizah, 2014)

Pada seseorang yang mengalami pensiun mengalami beberapa kehilangan penghasilan atau finansial, kehilangan status terutama pada seseorang yang sebelumnya berada pada jabatan tinggi, kehilangan teman yang sebelumnya sering dijumpai, serta kehilangan kegiatan atau rutinitas yang biasa dijalani. Seseorang yang telah mengalami pensiun, kehidupannya harus diisi dengan kegiatan yang bersifat praktis dan terlihat hasilnya dalam menghadapi masa tua sehingga mereka tidak menganggap dirinya tidak berguna, menganggur, serta tidak punya penghasilan.

##### b. Perubahan Aspek Kepribadian

Menurut (Kuntjoro, 2002 dalam Azizah, 2014) kepribadian lanjut usia dibagi menjadi 5 yaitu:

- 1) Tipe kepribadian konstruktif (*construction personality*)
- 2) Tipe kepribadian mandiri (*independent personality*)
- 3) Tipe kepribadian tergantung (*dependent personality*)
- 4) Tipe kepribadian defensif

5) Tipe kepribadian kritik diri (*self hate personality*)

c. Perubahan Dalam Peran Sosial di Masyarakat

Dalam perubahan fungsi indra pada lansia sehingga sering menimbulkan keterasingan. Hal ini dapat dicegah dengan mengajak lansia melakukan aktivitas hingga lansia merasa diterima dalam masyarakat.

d. Perubahan Minat

Lansia mengalami perubahan minat yaitu diantaranya minat terhadap diri makin bertambah, minat terhadap penampilan semakin berkurang, dan minat terhadap uang semakin bertambah. Serta kebutuhan terhadap kegiatan rekreasi tidak berubah hanya cenderung menyempit. Untuk itu sangat penting bagi lansia untuk menjaga kebugaran tubuhnya agar tetap sehat secara fisik.

### **5. Penurunan Fungsi Dan Potensi Seksual**

Pada wanita sering kali berkaitan dengan masa menopause, yang berarti penurunan fungsi seksual. walaupun sebenarnya, kebutuhan biologis setiap orang selama masih sehat dan masih memerlukan dapat dijalankan terus secara wajar dan teratur. Adanya kelelahan atau kebosanan, pasangan hidup yang telah meninggal, dan disfungsi seksual karena perubahan hormonal misalnya stres, depresi, pikun mengakibatkan fungsi dan potensi seksual mengalami perubahan. (Azizah, 2014)

### 1.1.4 Masalah Fisik Yang Sehari-Hari Sering Ditemukan Pada Lansia

#### 1. Mudah Jatuh

Jatuh adalah suatu kejadian yang mengakibatkan seseorang mendadak terbaring atau terduduk di lantai atau di tempat yang lebih rendah dengan atau kehilangan kesadaran atau luka.

Berikut faktor resiko jatuh yang harus dimengerti bahwa stabilitas badan dibentuk oleh :

##### a. Sistem sensorik

Pada sistem ini penglihatan (visus) dan pendengaran. Semua gangguan atau perubahan pada mata akan menimbulkan gangguan pada penglihatan. Serta semua penyakit telinga akan menimbulkan gangguan pendengaran

##### b. Sistem saraf pusat

Penyakit SSP seperti stroke dan parkinson hidrosefalus tekan normal, sehingga dapat menyebabkan gangguan fungsi SSP sehingga berespon tidak baik terhadap input sensorik

##### c. Kognitif

Pada beberapa kasus, demensia dapat meningkatkan faktor resiko jatuh.

##### d. Muskuloskeletal

Gangguan muskuloskeletal menyebabkan gangguan gaya berjalan dan berhubungan dengan proses menua yang fisiologis. Misalnya

kekakuan jaringan penghubung, berkurangnya massa otot, perlambatan konduksi saraf, dan penurunan visus/lapang pandang.

## 2. Mudah Lelah

Disebabkan oleh:

- a. Faktor psikologis
- b. Gangguan organis. misalnya : anemia, osteomalasia, gangguan pencernaan, kelainan metabolisme (diabetes mellitus, hipertiroid), gangguan ginjal dan gangguan sistem peredaran darah dan jantung.
- c. Pengaruh obat-obatan.

## 3. Berat badan menurun

Disebabkan oleh :

- a. Nafsu makan menurun
  - b. Adanya penyakit kronis
  - c. Gangguan pada sistem pencernaan sehingga penyerapan makanan terganggu
  - d. Faktor sosioekonomi
- ## 4. Sukar menahan buang air besar

Disebabkan oleh :

- a. Obat-obatan
- b. Diare
- c. Kelainan pada usus besar
- d. Kelainan pada rektum usus (Azizah, 2014)

### 2.1.5 Proses Menua (*Ageing Proses*)

WHO menyebutkan menua bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan yang kumulatif. Menua juga merupakan proses penurunan daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam maupun luar tubuh dan berakhir dengan kematian. Menua di definisikan sebagai perubahan progresif pada organisme yang telah mencapai kematangan intrinsik dan bersifat *irreversible* serta sejalan dengan waktu menua menunjukkan adanya kemunduran. Proses alami yang disertai dengan adanya penurunan kondisi fisik, psikologis maupun sosial akan saling berinteraksi satu sama lain. Menurut (Santi, 2009) secara linier proses menua yang terjadi pada lansia dapat digambarkan melalui tiga tahap, yaitu kelemahan (*impairment*), keterbatasan fungsional (*functional limitations*), ketidakmampuan (*disability*), dan keterhambatan (*handicap*) yang akan dialami bersamaan dengan proses kemunduran.

#### 1.1.5 Teori-Teori Proses Menua

##### 1. Teori biologis

##### a. Teori *Genetic Clock*

Teori ini menyatakan bahwa proses menua terjadi akibat adanya program jam genetik di dalam nuklei. Jam ini akan berputar dalam jangka waktu tertentu dan jika jam ini sudah habis putarannya maka akan menyebabkan berhentinya proses mitosis. Hal ini ditunjukkan oleh hasil penelitian Haiflick (1980), dari teori itu dinyatakan adanya

hubungan antara kemampuan membelah sel dalam kultur dengan umur spesies mutasi somatik (Teori *Errorcatatrophe*).

b. Teori *Error*

Menurut teori ini proses menua dilakukan oleh menumpuknya berbagai kesalahan di sepanjang kehidupan manusia, akibat kesalahan tersebut akan berakibat kesalahan metabolisme yang dapat mengakibatkan kerusakan sel dan fungsi sel secara perlahan.

c. Teori Autoimun

Pada teori ini, penuaan dianggap disebabkan oleh adanya penurunan fungsi sistem imun. Perubahan akan lebih tampak secara nyata pada limposit –T, disamping perubahan juga terjadi pada limposit –B. Perubahan yang terjadi meliputi penurunan sistem imun humoral yang dapat menjadi faktor predisposisi pada orang tua untuk menurunkan resistensi untuk melawan pertumbuhan tumor dan perkembangan kanker, menurunkan kemampuan untuk mengadakan inisiasi proses dan secara agresif memobilisasi pertahanan tubuh terhadap patogen, meningkatkan produksi auto antigen yang berdampak pada semakin meningkatnya resiko terjadinya penyakit yang berhubungan dengan autoimun.

d. Teori *Free Radical*

Teori ini mengasumsikan bahwa proses menua terjadi akibat kurang efektifnya fungsi kerja tubuh dan hal itu dipengaruhi oleh adanya berbagai radikal bebas dalam tubuh.

e. Teori Kolagen

Kelebihan usaha dan stress menyebabkan sel tubuh rusak.

f. Wear Teori Biologi

Kecepatan kerusakan jaringan dan melambatnya perbaikan sel merupakan akibat dari meningkatnya jumlah kolagen dalam jaringan.

2. Teori Psikososial

a. *Activity Theory* (Teori Aktivitas)

Teori ini menyatakan bahwa untuk mencapai kesuksesan dalam kehidupan di hari tua seorang individu harus mampu eksis dan aktif dalam kehidupan sosial (Havigurst dan Albrech, 1963).

b. *Continuitas Theory* (Teori Kontinuitas)

Teori ini memandang bahwa kondisi tua merupakan kondisi yang selalu terjadi dan secara berkesinambungan yang harus dihadapi oleh orang lanjut usia.

c. *Disanggement Theory*

Putusnya hubungan dengan dunia luar seperti dengan masyarakat hubungan dengan individu lain.

d. Teori Strastifikasi Usia

Karena orang yang digolongkan dalam usia tua akan mempercepat proses penuaan.

e. Teori Kebutuhan Manusia

Menurut penelitian 5% orang yang bisa mencapai aktualisasi dan semua orang mencapai kebutuhan yang sempurna.

f. *Jung Theory*

Terdapat tingkatan hidup yang mempunyai tugas dalam perkembangan kehidupan.

g. *Course Of Human Life Theory*

Dalam hubungan dengan lingkungan seseorang ada tingkat maksimumnya.

h. *Development Task Theory*

Tiap tingkat kehidupan mempunyai tugas perkembangan sesuai dengan usianya.

3. *Environmental Theory* (Teori Lingkungan)

a. *Radiation Theory* (Teori Radiasi)

Setiap hari manusia terpapar dengan adanya radiasi baik karena sinar ultraviolet maupun dalam bentuk gelombang mikro yang telah menumbuk tubuh tanpa terasa yang dapat mengakibatkan perubahan susunan DNA dalam sel hidup atau bahkan rusak dan mati.

b. *Stress Theory* (Teori Stress)

Stress fisik maupun psikologi dapat mengakibatkan pengeluaran neurotransmitter tertentu yang dapat mengakibatkan perfusi jaringan menurun sehingga jaringan mengalami kekurangan oksigen dan mengalami gangguan metabolisme sel sehingga terjadi penurunan jumlah cairan dalam sel dan penurunan eksisitas membran sel.

c. *Pollution Theory* (Teori Polusi)

Adanya pencemaran lingkungan dapat mengakibatkan tubuh mengalami gangguan pada sistem psikoneuroimunologi yang seterusnya mempercepat terjadinya proses menua dengan perjalanan yang masih rumit untuk di pelajari.

d. *Exposure theory* (Teori Pemaparan)

Terpaparnya sinar matahari yang mempunyai kemampuan mirip dengan sinar ultra yang lain mampu mempengaruhi susunan DNA sehingga proses penuaan atau kematian sel bisa terjadi.

## 2.2. Konsep Dasar Dekubitus

### 2.2.1 Definisi Dekubitus

NPUAP mendefinisikan resiko dekubitus adalah individu yang rentan terhadap cedera kulit atau jaringan dibawahnya, terjadi akibat penonjolan tulang sebagai akibat dari tekanan yang disertai dengan gesekan (NANDA,2018-2020). Dekubitus berasal dari kata “*decumbere*” yang mempunyai makna ‘berbaring’. Yang dapat diartikan juga sebagai luka yang didapatkan ketika seseorang berbaring terlalu lama tanpa berpindah posisi. Namun dekubitus sendiri tidak hanya didapatkan pada pasien yang berbaring, namun bisa juga terjadi pada seseorang yang menggunakan kursi roda atau prostesi. Oleh karena itu dekubitus jarang dipakai lagi untuk menggambarkan istilah luka tekan. Dekubitus terjadi pada jaringan bawah kulit bahkan dapat menembus otot hingga tulang yang disebabkan oleh penekanan dalam jangka waktu panjang . selain itu

juga dapat mengakibatkan gangguan perdarahan darah setempat. Menurut *The National Pressure Ulcers Advisory Panel and European Pressure Ulcers Advisory Panel*. (NPUAP/EPUAP,2009 dalam Maryunani, 2013) mendefinisikan dekubitus adalah kerusakan pada kulit setempat atau pada jaringan dibawah pada daerah tulang yang menonjol , sebagai akibat dari adanya tekanan atau gesekan.

### 2.2.2 Stadium Dekubitus

Stadium luka dekubitus menurut EPUAP (*European Pressure Ulcers Advisory Panel*) yakni :

#### 1. Stadium I

Yaitu dimulai dengan warna kemerahan pada luka selanjutnya muncul tanda-tanda klinis seperti munculnya edema serta panas pada sekitar luka.

#### 2. Stadium II

Terjadinya luka pada epidermis sampai ke dermis (kornum) hingga kedalaman luka seperti memucat dan disertai borok atau slough/slaft

#### 3. Stadium III

Dekubitus yang melewati dermis hingga masuk ke jaringan subkutan menyebabkan otot dibagian bawah mengalami pembengkakan

#### 4. Stadium IV

Luka cenderung menyebar lebih luas, nekrotik menebus bagian bawah serta terjadi destruksi pada otot, tulang atau struktur bagian bawah yang lainnya.(urat dan persendian). (Maryunani, 2013)

#### 2.2.3 Lokasi Dekubitus

Semua bagian tubuh beresiko terjadi luka tekan/dekubitus karena gesekan, tekanan yang berlebih, serta pergeseran. Namun menurut Clark ada beberapa titik lokasi yang beresiko tinggi terjadinya dekubitus yaitu :

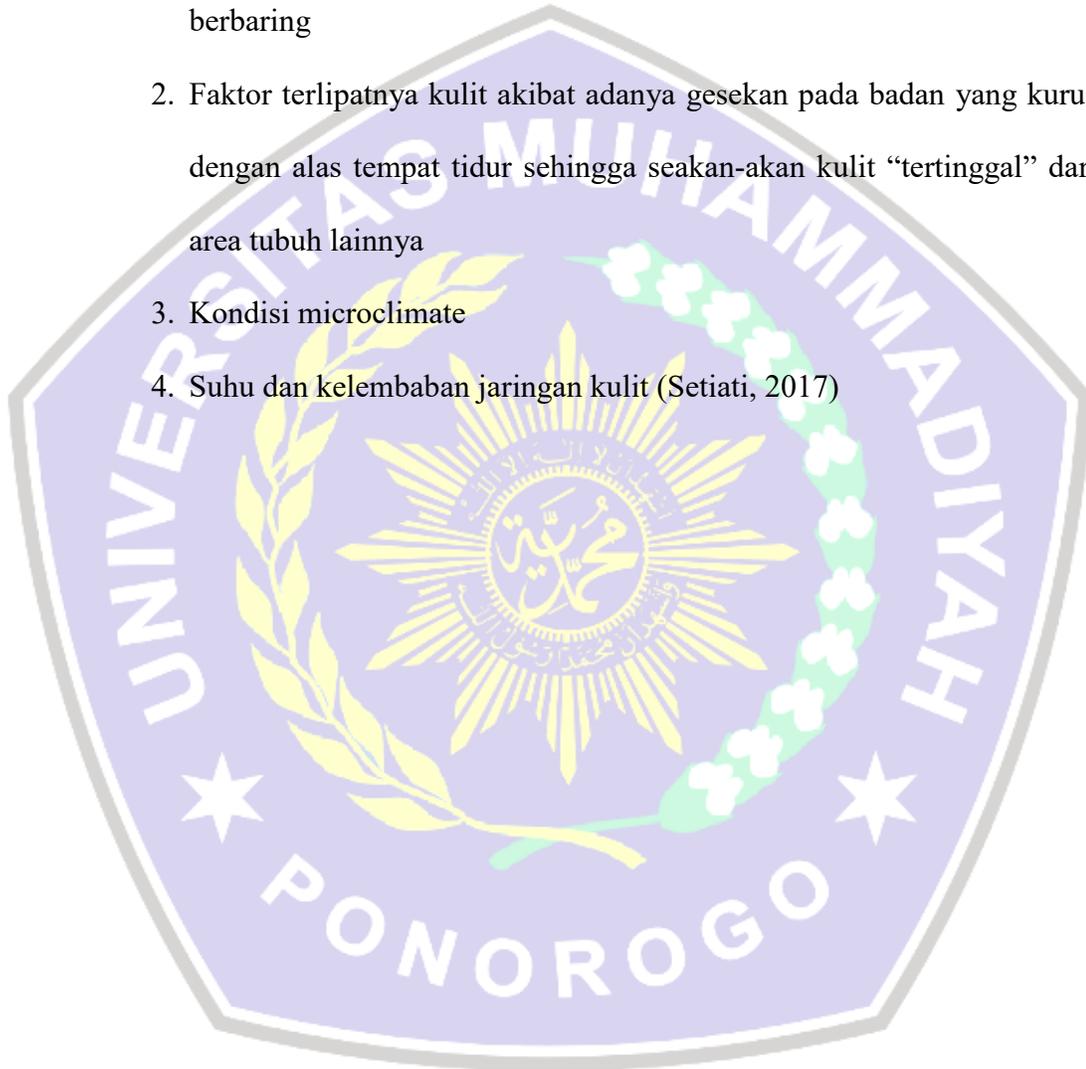
1. Siku : 8,8%
2. Sakrum : 32,6%
3. *Tronchanter* : 8,3%
4. Pantat : 11,4%
5. Pergelangan kaki : 9,1%
6. Tumit : 29,7% (Mayunani, 2013)

#### 2.2.4 Patofisiologi Dekubitus

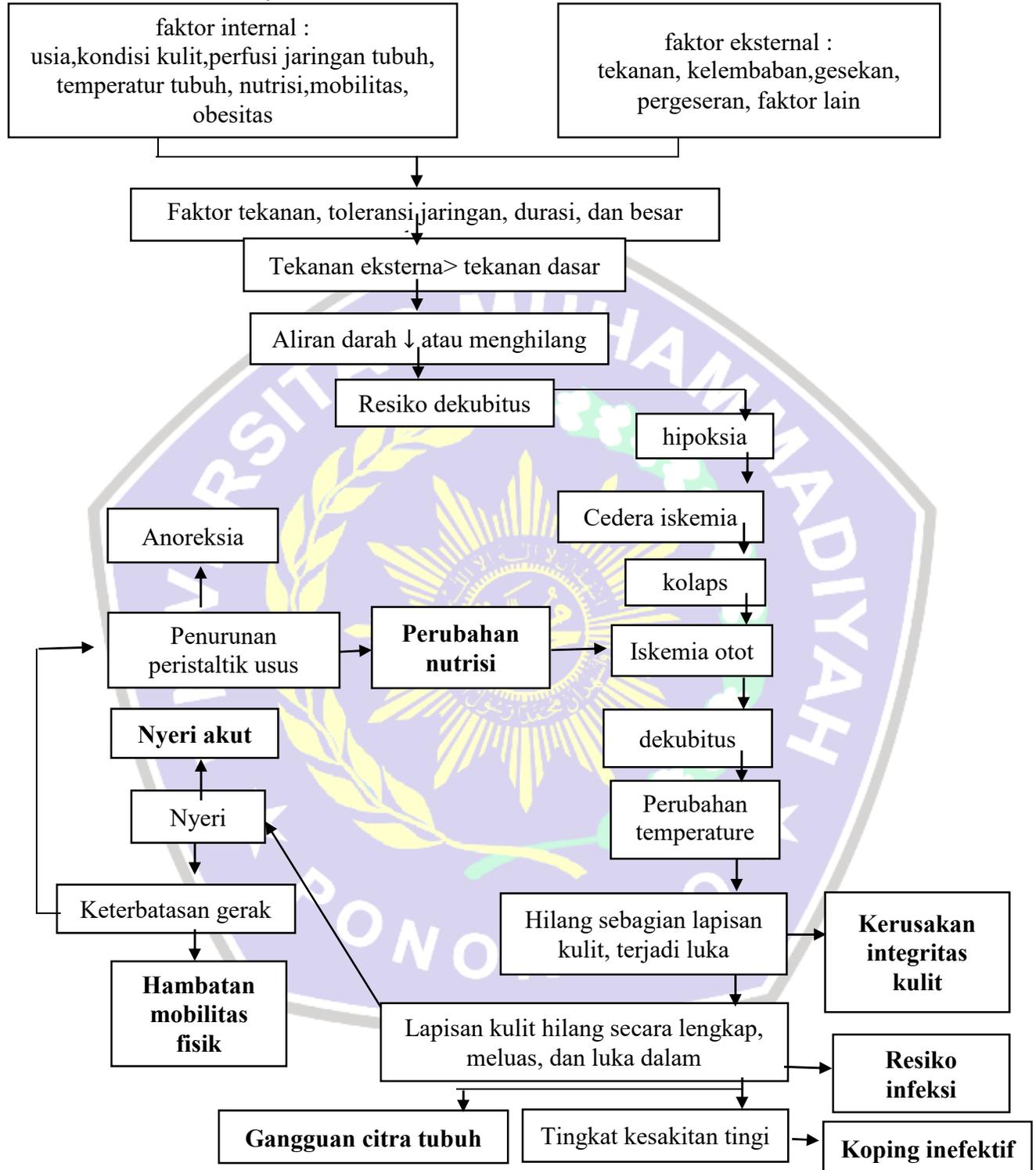
Pada individu yang mengalami ulkus dekubitus terjadi pada pasien yang berbaring di tempat tidurnya secara pasif lebih dari 2 jam. Pada posisi tersebut tekanan daerah sakrum akan mencapai angka 60-70 mmHg dan daerah tumit akan mencapai 30-40 mmHg , Sedangkan normalnya tekanan darah kapiler hanya berkisar antara 16 mmHg-23 mmHg. Pada kondisi tersebut dapat mengalami nekrosis dan iskemik pada jaringan kulit. Selain

faktor diatas ada beberapa faktor tambahan yang menyebabkan terjadinya ulkus dekubitus antara lain:

1. Faktor teregangnya kulit akibat adanya daya luncur antara tubuh dengan alas tempat berbaring, biasanya terjadi pada penderita posisi setengah berbaring
2. Faktor terlipatnya kulit akibat adanya gesekan pada badan yang kurus dengan alas tempat tidur sehingga seakan-akan kulit “tertinggal” dari area tubuh lainnya
3. Kondisi microclimate
4. Suhu dan kelembaban jaringan kulit (Setiati, 2017)



### 2.2.5 Pathway Resiko Dekubitus



Gambar 2.1 Pathway Resiko Dekubitus (Suriadi,2004 dalam Sisnanto,2015)

## 2.2.6 Faktor Resiko

Menurut Saputra (2019) faktor resiko dibagi menjadi 2 yaitu :

### 1. Faktor intrinsik

#### a. Usia

Usia lanjut sangat rentan terkena terhadap resiko dekubitus. Hal ini disebabkan karena berkurangnya jaringan subkutan sehingga menurunkan resistensi kulit terhadap tekanan eksternal sehingga dapat meningkatkan tekanan *interface*. Disamping itu, pada lanjut usia regenerasi menjadi lemah. penurunan elastisitas kulit dan kurangnya sirkulasi pada dermis

#### b. Kondisi kulit

Fungsi kulit terbagi menjadi tiga yaitu sebagai pelindung, sensori/sensasi dan termoregulasi. Kurangnya kemampuan kulit dalam melakukan termoregulasi dapat meningkatkan kelembaban kulit sehingga bereiko tinggi terhadap dekubitus

#### c. Perfusi jaringan tubuh

Viabilitas jaringan ditentukan oleh adanya kekuatan pada pembuluh darah, suplai darah, dan oksigenasi. Pembuluh darah dapat mengalami vasokonstriksi fisiologis(respon hormonal) maupun patologis (*atherosklerosis*)

#### d. Temperatur tubuh

Temperatur yang tinggi pada tubuh dapat meningkatkan resiko pada iskemik jaringan. Adanya iskemik jaringan menyebabkan kulit

mengalami gaya gesekan dan pergeseran sehingga mudah mengalami kerusakan kulit.

e. Nutrisi

Keberlangsungan hidup sel terjadi karena adanya keseimbangan nutrisi baik makronutrisi maupun mikronutrisi. Pada kasus malnutrisi dapat mengurangi lapisan pelindung jaringan adiposa dan otot antara tulang yang menonjol dan permukaan yang kontak dengan kulit.

f. Mobilitas

Imobilisasi merupakan penyebab utama terjadinya luka tekan yang dapat mengakibatkan disfungsi/kerusakan neurologis, fisik, atau kognitif.

Imobilitas menyebabkan tekanan menetap sekitar 32 mmHg sehingga dapat mengakibatkan :

- 1) Kurangnya pergerakan yang dapat mengganggu aliran darah yang tertekan
- 2) Penurunan pengembalian darah (*vena return*)
- 3) Vena edema yang dapat mengganggu oksigenasi kulit

g. Obesitas

Pada kasus obesitas dapat mengganggu mobilitas dan buruknya *vaskularisasi* jaringan adiposa.

## 2. Faktor ekstrinsik

a. Tekanan

Tekanan jangka panjang dalam satu area dapat mengalami iskemik. Hal ini juga dipengaruhi oleh intensitas tekanan, lamanya, dan toleransi tekanan.

b. *Friksi* (pergesekan)

Terjadi pergesekan pada saat mobilisasi dan melakukan hygiene

c. *Shear* (pergeseran)

Pergeseran dapat menimbulkan trauma terutama pada posisi semi fowler

d. Kelembaban

Pada keadaan kulit yang mengalami kelembaban dapat berkontribusi kulit mengalami maserasi sehingga memudahkan kulit mengalami kerusakan. Kelembaban dapat terjadi karena inkontinensia urine dan feses, drain luka, banyak keringat, dan saliva yang keluar.

e. Faktor-faktor lain

Kebersihan tempat tidur, alat dan tenun yang kusut dan kotor serta posisi yang kurang nyaman dapat menjadi faktor resiko terjadinya dekubitus.

### 2.2.7 Komplikasi Ulkus Dekubitus

Komplikasi dapat terjadi pada stadium 3 dan 4. Namun dapat juga terjadi pada ulkus superfisial. antara lain :

1. Infeksi, sering bersifat multibakterial baik aerobik maupun anerobik

2. Keterlibatan jaringan tulang dan sendi seperti periostitis, osteitis, osteomyelitis, artritis septik
3. Septikemia
4. Anemia
5. Hipoalbuminemia
6. Kematian dengan angka mortalitas mencapai angka 48% (Maryunani, 2013)

### 2.2.8 Pemeriksaan Penunjang

#### 1. Pemeriksaan laboratorium

Dilakukan untuk melihat tanda-tanda terjadinya infeksi dan status nutrisi dari pasien. Pemeriksaannya meliputi pemeriksaan darah lengkap, albumin, dan serum protein. Tanda-tanda infeksi terjadi apabila terdapat peningkatan leukosit diatas 15.000/uL dan *erythrocyte sedimentation rate* (ESR) diatas 120 mm/jam dapat menandakan infeksi seperti osteomyelitis

#### 2. Pemeriksaan radiologi

Pemeriksaan ini dilakukan untuk melihat kerusakan jaringan yang ditimbulkan dari tekanan eksternal.

#### 3. Kultur jaringan

Pemeriksaan ini dilakukan hanya apabila terjadi tanda-tanda infeksi yang persisten. Kultur bakteri dikatakan positif apabila terdapat bakteri lebih dari  $10^5$  CFU/gram pada jaringan. (Febriana, 2017)

### 2.2.9 Penatalaksanaan

Menurut Siti Setiati,dkk. (2017) tindakan pencegahan dibagi atas :

a. Perawatan kulit

- 1) Bersihkan kulit dengan air hangat
- 2) Oleskan lotion agar kulit lembab
- 3) Jaga pakaian dan sprei tetap kering. Hindari kulit dari keringat dan urin.
- 4) Periksa kulit setiap hari, terutama kulit yang pada bagian yang menonjol. Perhatikan adanya warna kemerahan atau perubahan temperature.
- 5) Pijat kulit untuk membantu sirkulasi dan kenyamanan.

b. Hindari pijat pada bagian tulang yang menonjol.

- 1) Usahakan pasien secara rutin dapat berpindah dari tempat tidur ke kursi, berdiri dan berjalan. Bila pasien tidak dapat bangun dari tempat tidur atau hanya bisa duduk di kursi roda, pasien dibantu melakukan latihan ROM (*range of motion*)
- 2) Miring ke kanan,ke kiri dan telentang minimal 2 jam sekali. Gunakan bantalan dibawah kaki untuk menjaga agar tumit tidak bersentuhan langsung dengan kasur atau matras.
- 3) Jangan mengangkat kepala terlalu tinggi dari tempat tidur, karena badan akan “meluncur” ke bawah sehingga kulit pada punggung dan bokong akan lecet.

- 4) Pada pasien yang menggunakan kursi roda, lakukan pergeseran dari tumpuan berat tubuh setiap 15 menit.
  - 5) Gunakan bantal yang lunak untuk mengurangi tekanan pada daerah yang menonjol.
  - 6) Jangan memindahkan pasien dengan cara menarik dari tempat tidur.
- c. Alas tempat tidur
- 1) Sprei, selimut dalam keadaan kering dengan permukaan rata atau halus
  - 2) Gunakan kasur antidekubitus
- d. Nutrisi dan hidrasi, asupan makanan dan cairan cukup, termasuk vitamin dan mineral (Setiati, 2017)

## **2.3 Konsep Asuhan Keperawatan**

### **2.3.1 Pengkajian**

#### **1. Identitas klien**

Meliputi nama, alamat, jenis kelamin (perempuan lebih beresiko mengalami dekubitus), umur (dekubitus dapat terjadi pada usia berapapun, namun lansia dengan umur 60 tahun keatas 2 kali lipat lebih beresiko) , agama, riwayat pendidikan, riwayat pekerjaan pasien serta sumber pendapatan dari klien. Tanyakan dimana pasien tinggal sekarang dan lamanya tinggal saat ini. serta penanggung jawab klien

#### **2. Riwayat Kesehatan**

##### **a. Riwayat kesehatan saat ini**

Pada pasien dengan resiko dekubitus biasanya pasien merasakan ketidaknyamanan pada area tulang yang menonjol disertai warna kemerahan sebagai tanda terjadinya infeksi. Faktor pencetus biasanya dari lamanya tirah baring. Tanyakan upaya yang telah dilakukan untuk mengatasi keluhan tersebut.

b. Masalah kesehatan kronis

Kaji apakah klien memiliki penyakit penyerta seperti DM, CVA, atau fraktur.

c. Riwayat kesehatan masa lalu

Kaji riwayat kesehatan masa lalu klien apakah menderita penyakit kronis, apakah klien merokok atau mengonsumsi narkoba ataupun diagnosa medis seperti fraktur panggul, stroke, diabetes, penyakit jantung, kanker maupun amputasi.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Tanyakan apakah keluarga mempunyai riwayat penyakit menurun.

3. Status fisiologis

a. Pola kebiasaan sehari-hari

1) Pola nutrisi

Pada individu yang mengalami resiko dekubitus, keberlangsungan hidup sel-sel jaringan dapat terus bergenerasi apabila terdapat keseimbangan nutrisi baik makronutrisi maupun mikronutrisi. Pada seseorang yang mengalami malnutrisi sangat beresiko mengalami dekubitus atau luka tekan

## 2) Pola eliminasi

Produksi urine biasanya dalam batas normal, tidak ada keluhan pada sistem perkemihan namun pada beberapa kasus komplikasi dengan penyakit penyerta seperti DM, maka produksi urine harus dikaji mulai dari frekuensi, konsistensi, warna, serta bau feses maupun urine

## 3) Pola tidur dan istirahat

Menggambarkan pola tidur dan istirahat serta persepsi terhadap energi. Serta pada lansia umumnya mengalami gangguan tidur sebagai akibat dari ketidaknyamanan yang dirasakan.

## 4) Aktifitas sehari-hari

Biasanya pada pasien beresiko tinggi dekubitus mengalami hambatan mobilitas fisik sehingga mereka banyak menghabiskan waktunya dengan bedrest. Kaji tingkat kemandirian pada klien dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Serta keseimbangan sebagai acuan penilaian tingkat status kesehatan pasien.

## 5) Personal hygiene

Menggambarkan kebiasaan klien dalam mandi, menggosok gigi, mencuci rambut serta memotong kuku. Kaji apakah pasien bersih atau tidak serta kaji kelembaban tempat tidur yang mendorong terjadinya dekubitus.

## 6) Reproduksi dan seksual

Menggambarkan masalah dan kepuasan seksual

b. Pemeriksaan fisik

1) Tanda-tanda vital dan status gizi

- a) TTV : tekanan darah, nadi , respirasi, dan suhu
- b) BB dan TB
- c) IMT

2) Pemeriksaan kepala

Meliputi bentuk kepala, penyebaran dan perubahan warna pada rambut serta adanya nyeri tekan atau tidak.

3) Pemeriksaan telinga

Mencatat adanya gangguan pendengaran karena benda asing, perdarahan atau serumen. Pada pasien yang bedrest dengan posisi miring maka beresiko tinggi terjadi dekubitus pada daerah daun telinga.

4) Pemeriksaan mata

Meliputi kesimetrisan, reflek pupil terhadap cahaya, keadaan konjungtiva, serta adanya gangguan penglihatan atau tidak

5) Pemeriksaan mulut dan faring

Catat adanya sianosis dan kesimetrisan bibir . inspeksi adanya bibir kering. Periksa apakah terdapat karies gigi.

6) Pemeriksaan leher

Inspeksi adanya pembesaran vena jugularis dan pembesaran kelenjar

7) Pemeriksaan thorax

- a) Pemeriksaan paru-paru

Inspeksi bentuk thorax dan ekspansi paru. Palpasi vocal premitus, auskultasi suara nafas dan adanya suara tambahan

b) Pemeriksaan jantung

Raba ictus cordis. Serta auskultasi batas-batas jantung

8) Pemeriksaan abdomen

Biasanya pada abdomen , bising usus mengalami penurunan karena kondisi immobilisasi. Perkusi abdomen menjadi hipersonor jika abdomen mengalami tegang.

9) Pemeriksaan daerah tulang belakang

Kaji apakah terdapat penonjolan pada tulang dimulai dari siku, sakrum, *trochanter*, pantat, pergelangan kaki serta tumit untuk mencegah resiko terjadinya dekubitus.

10) Pemeriksaan genetalia dan anus

Biasanya pada pasien immobilisasi terpasang kateter atau pasien memakai pampers.

11) Pemeriksaan integumen

Pengkajian meliputi seluruh area kulit termasuk kulit kepala dan rambut serta khususnya pada bagian tulang yang menonjol yang beresiko tinggi mengalami dekubitus. Mulai dari warna, suhu, kelembaban, tekstur kulit, serta lesi

12) Pemeriksaan ekstremitas

Kaji adanya luka pada area yang menonjol untuk mengurangi faktor resiko terjadinya dekubitus.

#### 4. Status Kognitif

Pada lansia daya ingat cenderung menurun. Sehingga mudah sekali lupa akan ingatannya.

#### 5. Status Psikososial dan Spiritual

##### a. Psikologis

Meliputi persepsi lansia terhadap proses menuanya tersebut dan harapan terhadap proses menua tersebut.

##### b. Sosial

Nilai APGAR lansia pada dukungan keluarganya serta pola komunikasi dan interaksi pada lansia

##### c. Spiritual

Gambaran klien terhadap nilai kepercayaannya serta konsep keyakinan tentang kematian.

#### 6. Pengkajian Lingkungan Tempat Tinggal

##### a. Kebersihan dan kerapian ruangan

##### b. Penerangan

##### c. Sirkulasi udara

##### d. Keadaan kamar mandi dan WC

##### e. Pembuangan air kotor

##### f. Sumber air minum

##### g. Pembuangan sampah

- h. Sumber pencemaran

### 2.3.2 Analisa Data

Data fokus adalah data yang mencakup tentang perubahan-perubahan pasien maupun respon-respon yang dialami oleh pasien mencakup status kesehatan serta hal-hal yang mencakup tindakan yang dilakukan.

1. Data Subyektif

Data yang didapatkan dari pasien terhadap suatu keadaan dalam dirinya. Data ini tidak bisa ditentukan oleh perawat. Meliputi persepsi, perasaan, serta ide pasien terhadap keadaannya. Misalnya tentang perasaan lemah, kecemasan, kekuatan, mual, dan nyeri.

2. Data Obyektif

Data yang dapat diobservasi dan diukur menggunakan panca indera (penglihatan, pendengaran, penciuman, peraba) selama pemeriksaan fisik. Misalnya tekanan darah, frekuensi nadi, pernafasan, edema. (Wahidah, 2019)

### 2.3.3 Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut b.d kerusakan integritas kulit
2. Resiko dekubitus b.d imobilisasi fisik
3. Gangguan citra tubuh b.d nyeri, kecacatan
4. Resiko infeksi b.d kerusakan jaringan kulit, kurangnya personal hygiene

### 2.3.4 Intervensi Keperawatan

Berdasarkan panduan praktik klinik yang dikeluarkan oleh *American Health of Care Plan Resources* (AHCPR), intervensi keperawatan yang digunakan untuk mencegah terjadinya dekubitus terdiri dari tiga kategori yaitu perawatan kulit dan penanganan dini meliputi mengkaji risiko klien terkena dekubitus, perbaikan keadaan umum penderita, pemeliharaan, perawatan kulit yang baik, pencegahan terjadinya luka dengan berbaring yang berubah-ubah dan massase tubuh. Intervensi kedua yaitu penggunaan berbagai papan, matras atau alas tempat tidur yang baik. Intervensi yang ketiga yaitu edukasi pada klien dan support system (Sumardino et all., 2007 dalam Widodo, Wahyu dkk., 2017).

**Tabel 2.1** SOP Alih Baring Dengan Masase Punggung

Pengertian	Alih baring merupakan tindakan yang dilakukan untuk mengubah posisi pasien untuk mengganti titik tumpu berat badan, mempertahankan sirkulasi darah pada area yang tertekan, mengurangi tekanan badan dan gaya gesek pada kulit. Masase punggung merupakan pemijatan yang dilakukan menggunakan tangan atau alat khusus pada bagian punggung untuk mengurangi terjadinya dekubitus
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien dengan nyeri</li> <li>2. Pasien dengan bedrest</li> <li>3. Pasien dengan penyakit kronik (CVA, DM)</li> </ol>
Kontraindikasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien dengan luka pada bagian punggung</li> <li>2. Pasien dengan tirah baring lama &gt;72 jam</li> </ol>
Tujuan	Untuk mendistribusikan tekanan baik dalam posisi duduk atau berbaring serta memberikan kenyamanan pada pasien.
Persiapan alat	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Minyak zaitun</li> <li>2. Lotion</li> <li>3. Selimut mandi</li> </ol>

	<p>4. Handuk kecil</p> <p>5. Bantal kecil (bila perlu)</p>
Persiapan pasien	<p>1. Menjelaskan pada pasien tindakan yang akan dilakukan</p> <p>2. Mengatur posisi pasien</p>
Persiapan lingkungan	<p>1. Menjaga privasi pasien</p> <p>2. Menutup sampiran</p>
Pelaksanaan	<p>1. Mencuci tangan</p> <p>2. Mendekatkan alat</p> <p>3. Letakkan sebuah bantal kecil di samping perut pasien untuk menjaga posisi yang tepat</p> <p>4. Lepaskan pakaian atas klien sesuai indikasi</p> <p>5. Bantu pasien dengan posisi miring</p> <p>6. Gunakan selimut mandi untuk menutupi pasien</p> <p>7. Tuangkan sedikit lotion di tangan.</p> <p>8. Lakukan teknik masase</p> <p><b>a. Selang-seling tangan</b> Masase punggung dengan tangan yang dikerjakan dengan tekanan pendek, cepat, serta bergantian tangan.</p> <p><b>b. Remasan</b> Usap otot bahu dengan setiap tangan kanan dan kiri dikerjakan bersama</p> <p><b>c. Gesekan</b> Masase punggung dengan ibu jari dengan gerakan memutar sepanjang tulang belakang dari sakrum ke bahu, geser keluar merata ke semua punggung</p> <p><b>d. Efurasi</b> Masase punggung dengan kedua tangan menggunakan tekanan lebih halus dengan gerakan keatas untuk membantu aliran balik vena</p> <p><b>e. Petrisasi</b> Tekan punggung secara horizontal, pindah tangan dengan arah yang berlawanan dengan menggunakan gerakan meremas</p> <p><b>f. Tekanan menyingkat</b> Secara halus tekang punggung dengan ujung-ujung jari untuk mengakhiri masase</p> <p>9. Selama masase, perhatikan kulit pasien. Masase dilakukan 3-5 menit</p> <p>10. Gunakan handuk kering untuk membersihkan sisa-sisa lotion pada area yang dimasase</p> <p>11. Membereskan alat dan tempat tidur</p> <p>12. Mencuci tangan dengan sabun dibawah air mengalir dan keringkan.</p>
Evaluasi	Perhatikan respon dan kenyamanan klien

Sumber : Stikes Wiyata Husada Samarinda, 2019

**Tabel 2.2** Rencana Asuhan Keperawatan (NANDA, 2018)

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	<p><b>Resiko Dekubitus</b>  <b>Definisi :</b> Rentan terhadap cedera lokal pada kulit dan atau jaringan dibawahnya, biasanya diatas penonjolan tulang sebagai akibat dari tekanan dengan kombinasi gesekan  <b>Faktor Resiko :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Penurunan mobilitas</li> <li>b. Dehidrasi</li> <li>c. Kulit kering</li> <li>d. Periode imobilitas pada permukaan keras yang lama</li> <li>e. Hipertermia</li> <li>f. Nutrisi tidak adekuat</li> <li>g. Inkontinensia</li> <li>h. Kurang pengetahuan pemberi asuhan tentang pencegahan dekubitus</li> <li>i. Kurang pengetahuan tentang faktor yang dapat diubah</li> <li>j. Berat badan berlebih</li> <li>k. Tekanan pada tonjolan tulang</li> <li>l. Kulit kasar</li> <li>m. Kurang perawatan diri</li> <li>n. Kekuatan gesekan</li> <li>o. Kelembaban kulit</li> <li>p. Merokok</li> <li>q. Friksi permukaan</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan resiko dekubitus berkurang dengan</p> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mencegah terjadinya tanda-tanda infeksi</li> <li>b. Meningkatkan tingkat kenyamanan klien</li> <li>c. Mengurangi resiko terjadinya dekubitus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan alasan diperlukannya tirah baring</li> <li>2. Tempatkan matras atau kasur terapeutik dengan cara yang tepat</li> <li>3. Posisikan sesuai body alignment yang tepat</li> <li>4. Hindari menggunakan kain linen kasur yang teksturnya kasar</li> <li>5. Jaga kain linen kasur tetap bersih, kering, dan bebas kerutan</li> <li>6. Aplikasikan papan untuk kaki di tempat tidur(pasien)</li> <li>7. Gunakan alat di tempat tidur yang melindungi pasien</li> <li>8. Aplikasikan alat untuk mencegah terjadinya <i>footdrop</i></li> <li>9. Tinggikan teralis tempat tidur dengan cara yang tepat</li> </ul>

<p>r. Penggunaan linen dengan bahan kurang menyerap</p> <p><b>Populasi Beresiko :</b></p> <p>a. Dewasa : nilai braden Scale &lt;17</p> <p>b. Nilai klasifikasi status fisuk menurut <i>American Society Of Anesthesiologists</i> (ASA) &gt;2</p> <p>c. ANAK : braden Q scale &lt;16</p> <p>d. Usia ekstrim</p> <p>e. Berat badan ekstrem</p> <p>f. Gender wanita</p> <p>g. Riwayat stroke</p> <p>h. Riwayat dekubitus</p> <p>i. Riwayat trauma</p> <p>j. Nilai rendah pada skala <i>Risk Assessment Pressure Sore</i> (RAPS)</p> <p>k. Fungsi klasifikasi menurut <i>New York Heart Association</i> (NYHA) &gt;1</p> <p><b>Kondisi terkait :</b></p> <p>a. Gangguan fungsi kognitif</p> <p>b. Gangguan sensasi</p> <p>c. Anemia</p> <p>d. Penyakit kardiovaskular</p> <p>e. Penurunan kadar albumin serum</p> <p>f. Penurunan oksigenasi jaringan</p> <p>g. Penurunan perfusi jaringan</p> <p>h. Edema</p> <p>i. Peningkatan suhu kulit 1-2°</p> <p>j. Fraktur panggul</p>		<p>10. Letakkan alat untuk memposisikan tempat tidur dalam jangkauan yang mudah</p> <p>11. Letakkan lampu panggilan berada dalam jangkauan (pasien)</p> <p>12. Letakkan meja disamping tempat tidur berada dalam jangkauan (pasien)</p> <p>13. Tempelkan <i>trapeze</i> (segitiga) di tempat tidur, dengan cara yang tepat</p> <p>14. Balikkan (pasien), sesuai dengan kondisi kulit</p> <p>15. Balikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam, sesuai dengan jadwal yang spesifik</p> <p>16. Monitor kondisi kulit (pasien)</p> <p>17. Ajarkan latihan di tempat tidur, dengan cara yang tepat</p> <p>18. Bantu menjaga kebersihan</p> <p>19. Aplikasikan aktivitas sehari-hari</p> <p>20. Berikan stoking emboli</p>
--	--	---

	k. Gangguan sirkulasi l. Limfopenia m. Agens farmaseutika n. Imobilisasi fisik o. Penurunan ketebalan lipatan kulit trisep		21. Monitor komplikasi dari tirah baring (misalnya kehilangan tonus otot, nyeri punggung, konstipasi, depresi, perubahan siklus tidur, pneumonia)
--	--	--	---

### 2.3.5 Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan dari perencanaan atau intervensi keperawatan dengan tujuan mencapai sesuatu yang spesifik. Tahap implementasi dilakukan untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. (Wahidah, 2019)

### 2.3.6 Evaluasi

Evaluasi dapat dilakukan dengan formatif dan sumatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan selama proses asuhan keperawatan. Sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah proses asuhan keperawatan. (Mubarak, 2012)

Evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP (Subjektif, Objektif, Analisa, Planning).

S : hal-hal yang dikemukakan oleh keluarga atau pasien secara subyektif setelah dilakukan intervensi keperawatan.

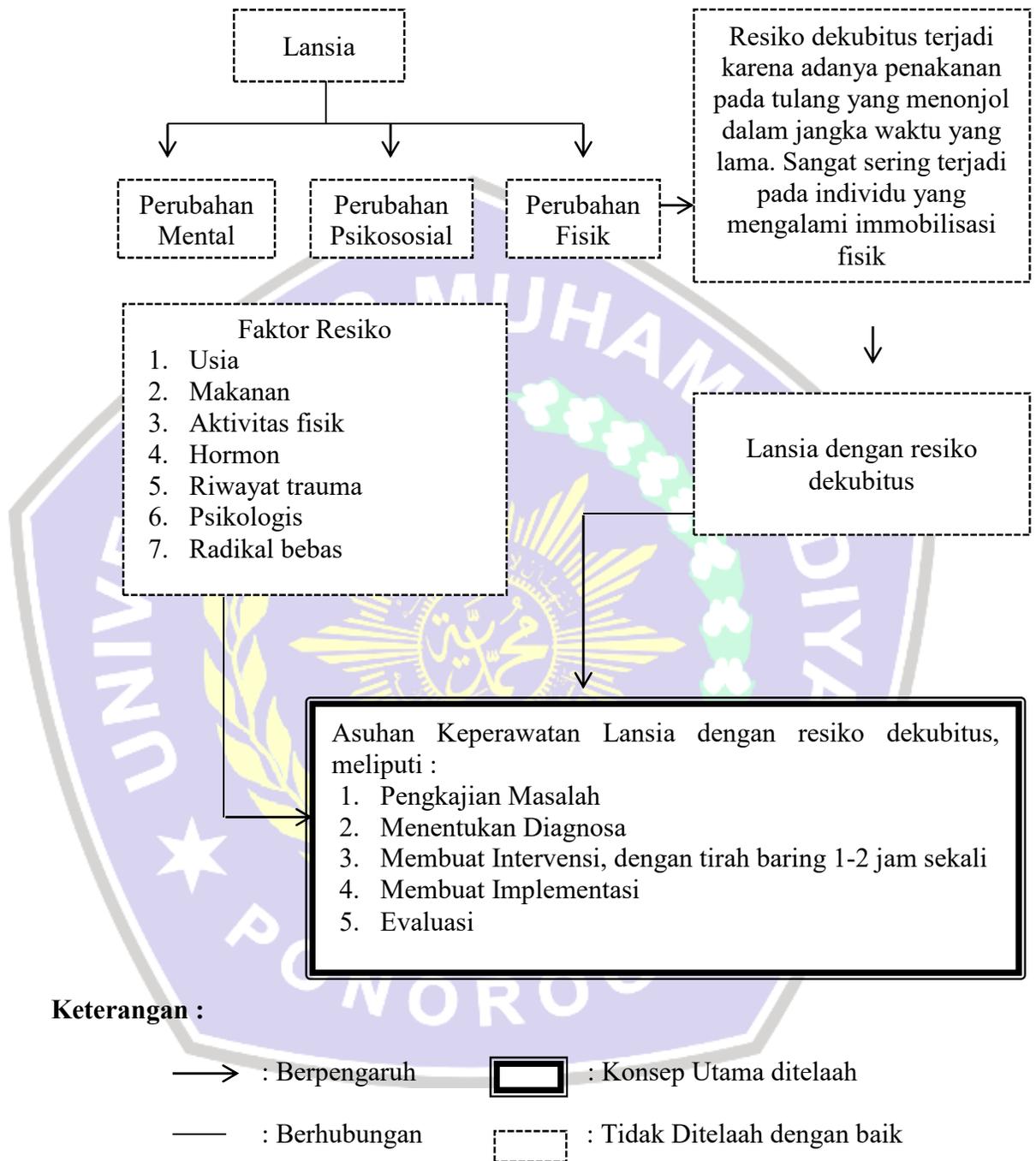
O : hal-hal yang diobservasi oleh perawat secara obyektif setelah dilakukan intervensi keperawatan

A : analisa dari hasil yang dicapai dengan mengacu terkait pada diagnosis.

P : perencanaan yang akan datang setelah melihat respon pada pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan. (Wahidah, 2019



### 2.3 Hubungan Antar Konsep



**Gambar 2.2** Hubungan Antar Konsep Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Masalah Keperawatan Resiko Dekubitus