

Hubungan Mobilisasi Dengan Kejadian Dekubitus Pada Pasien Tirah Baring Di Ruang Icu RSUD Tanjung Pinang Tahun 2020

Juniza¹,

Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Awal Bros Batam

Email: junizaliza@gmail.com

ABSTRAK

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.). Angka prevalensi luka tekan berbeda- beda pada setiap Negara, prevalensi luka tekan yang terjadi di unit perawatan intensif (ICU) dari beberapa Negara yaitu 49% di Eropa Barat, 22% di Amerika Utara, 50% di Australia dan 29% di Yordania (Tayyib, et al., 2013). Di Indonesia angka prevalensi juga tinggi yaitu mencapai 33,3% (Suriadi, 2007). Sementara menurut penelitian Rahasti pada tahun 2015 angka prevalensi luka tekan di Rumah sakit umum pusat H. Adam Malik Medan pada tahun 2012- 2014 yaitu 0,11%, dan luka tekan terbanyak didapat ketika berada dirumahsakit H. Adam Malik Medan yaitu 115 orang (61,5%) dan dari luar rumah sakit sejumlah 72 orang (38,5%). Penelitian bertujuan untuk mengetahui ada hubungan antara mobilisasi dengan kejadian dekubitus . Metode Penelitian ini menggunakan cross sectional. Instrumen penelitian ini menggunakan instrument, Sampel penelitian ini 30 pasien . Hasil Penelitian Ini di dapatkan Lebih dari sebagian 63 % mobilisasi dilakukan dan kejadian dekubitus 53.0 % dalam hal ini hasil uji *chi square* yang dilakukan di dapat ada hubungan yang signifikan antara mobilisasi dengan kejadian dekubitus. Dengan nilai signifikan $p < 0,05$ yaitu $p = 0,003$.

Kata kunci : dekubitus, mobilisasi

ABSTRACT

The problem of decubitus ulcers is a serious problem both in developed and developing countries, because it results in increased treatment costs, slows down rehabilitation programs for sufferers, aggravates primary diseases and threatens the patient's life.) The prevalence rate of pressure sores is different in each country, the prevalence of pressure sores that occur in intensive care units (ICU) from several countries, namely 49% in Western Europe, 22% in North America, 50% in Australia and 29% in Jordan (Tayyib, et al. al., 2013). In Indonesia, the prevalence rate is also high, reaching 33.3% (Suriadi, 2007). Meanwhile, according to Rahasti's research in 2015, the prevalence of pressure sores in the H. Adam Malik General Hospital in Medan in 2012-2014 was 0.11%, and the most pressure sores were obtained while at H. Adam Malik Hospital Medan, namely 115 people (61.5 %) and from outside the hospital a total of 72 people (38.5%). This study aims to determine the relationship between mobilization and the incidence of decubitus . This research method using cross sectional. The research instrument used an instrument, the sample of this study was 30 patients . The results of this study were that more than a part of 63 % of the mobilization was carried out and the incidence of decubitus was 53.0%, in this case the results of the chi-square test that were carried out there was a significant relationship between mobilization and the incidence of decubitus . With the significant value of $p < 0.05$ is = 0, 00 3 .

Key words : decubitus , mobilization

PENDAHULUAN

Ulkus dekubitus atau luka baring adalah tipe luka tekan. Terminologi ulkus dekubitus, luka baring, dan luka tekan sering dipertukarkan. Istilah ulkus dekubitus berasal dari bahasa latin *decumbere* yang berarti berbaring (Wilhelmi, 2015). Dekubitus adalah cedera lokal pada kulit dan atau permukaan jaringan, biasanya pada bagian penonjolan tulang, sebagai akibat dari tekanan atau tekanan yang disertai dengan gaya gesek dan atau friksi (*National Pressure Ulcers Advisory Panel*, 2014). 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. Oleh karena itu, perlu pemahaman cukup tentang ulkus dekubitus agar diagnosis dapat ditegakkan secara dini sehingga penatalaksanaan dapat dilakukan dengan segera dan tepat serta dapat dilakukan tindakan untuk mencegah terjadinya ulkus dekubitus tersebut (Wilhelmi, 2008).

Angka prevalensi luka tekan berbeda-beda pada setiap Negara, prevalensi luka tekan yang terjadi di unit perawatan intensif (ICU) dari beberapa Negara yaitu 49% di Eropa Barat, 22% di Amerika Utara, 50% di Australia dan 29% di Yordania (Tayyib, et al., 2013). Di Indonesia angka prevalensi juga tinggi yaitu mencapai 33,3% (Suriadi, 2007). Sementara menurut penelitian Rahasti

pada tahun 2015 angka prevalensi luka tekan di Rumah sakit umum pusat H. Adam Malik Medan pada tahun 2012-2014 yaitu 0,11%, dan luka tekan terbanyak didapat ketika berada dirumahsakit H. Adam Malik Medan yaitu 115 orang (61,5%) dan dari luar rumah sakit sejumlah 72 orang (38,5%).

Berdasarkan data dari laporan indikator mutu pelayanan di salah satu Rumah Sakit di Tanjung Pinang, angka kejadian dekubitus pada bulan Januari sampai dengan Desember 2018 tercatat 129 pasien dengan dekubitus. Periode bulan Januari – September 2019 tercatat 84 pasien dengan dekubitus yang di rawat dengan tirah baring. Angka ini relatif tinggi mengingat batas standart toleransi angka kejadian dekubitus adalah 5/1000 kejadian, dan akan semakin meningkat serta menimbulkan komplikasi yang mengakibatkan meningkatnya biaya, lama perawatan di Rumah Sakit, memperlambat program rehabilitasi bagi penderita jika tidak dilakukan upaya dalam mencegahnya.

Pencegahan terhadap Dekubitus menjadi sangat penting daripada mengobati komplikasi yang ditimbulkannya dengan biaya yang lebih tinggi selain itu dekubitus merupakan salah satu indikator mutu pelayanan rumah sakit, semakin tinggi angka kejadian pasien dengan dekubitus mencerminkan rendahnya mutu pelayanan keperawatan, oleh karena itu perlu adanya upaya dalam pencegahan sejak dini yang merupakan tanggung jawab utama perawat sebagai tenaga kesehatan yang pertama mengenali tanda

- tanda dekubitus selama pasien dirawat karena berhadapan langsung dengan pasien selama 24 jam (Mohamed dan Weheida, 2015).

Berbagai upaya dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya dekubitus, berdasarkan panduan praktik klinik yang dikeluarkan oleh *America 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 umumpenderita, 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* (Mukti, 2005).

Berdasarkan hasil penelitian oleh Purwaningsih (2000) pada pasien tirah baring menyatakan bahwa dari 78 orang pasien tirah baring yang di rawat di RSUD Dr. Wahidin Sudirohusodo Makasar sebanyak 15,8 % mengalami luka dekubitus. Setiyajati (2001) juga melakukan penelitian hampir sama pada pasien tirah baring di Rumah Sakit Moewardi Surakarta, dimana kejadian luka dekubitus sebanyak 38,2 %. Penelitian lain tentang angka kejadian dekubitus juga menyebutkan di ruang A1, B1, C1, D1 dan di ruang B3 IRNA I RSUP Dr. Sardjito pada bulan Oktober 2001, didapatkan hasil dari 40 pasien tirah baring, angka insidensi mencapai

40%. Berdasarkan data rekam medis, ruang Kemuning lantai 5 dalam satu tahun terakhir didapatkan 87 pasien yang mengalami dekubitus. Pada bulan Februari 2013, berdasarkan hasil pengkajian dengan perawat ruangan neurologi didapatkan 6,25% pasien yang mengalami dekubitus dari 80 pasien yang dirawat.

Berdasarkan studi pendahuluan di ruang rawat inap disalah satu Rumah Sakit di Tanjungpinang memberikan gambaran bahwa sebagian perawat tidak mempunyai sikap yang cukup baik dalam upaya pencegahan terjadinya dekubitus pada pasien dengan tirah baring lama. Sebagian besar perawat menyatakan panduan penanganan dan pencegahan terhadap kejadian dekubitus rumit dan membutuhkan serta menyita banyak waktu.

Hal ini terlihat pada intervensi keperawatan yang dilakukan perawat pada pasien tirah baring lama yaitu salah satunya pada perubahan posisi dan pemberian edukasi pasien tirah baring dan keluarga, dibuat dan dilakukan menurut pengetahuan yang mereka ketahui dan miliki, kemudian pada implementasi keperawatan dari intervensi perubahan posisi tirah baring berdasarkan studi pengamatan, tidak diaplikasikan oleh perawat secara *continue* sesuai dengan pengetahuan yang mereka miliki di dalam intervensi tersebut sebagai salah satu upaya dalam pencegahan dekubitus.

Selain itu sebagian perawat mengatakan tidak dapat melakukan imobilisasi pada pasien setiap jam dikarenakan kurangnya waktu dan masih

banyak pekerjaan yang harus diselesaikan. Berdasarkan latar belakang di atas, penulis merasa tertarik untuk meneliti hubungan mobilisasi dengan kejadian dekubitus pada pasien tirah baring di ruang ICU RSUD Tanjungpinang.

METODOLOGI PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional* (Notoatmodjo, 2018). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan mobilisasi dengan kejadian dekubitus pada pasien tirah baring di ruang ICU RSUD Tanjungpinang. Pada penelitian ini sebagai populasinya adalah pasien di ruang ICU RSUD Tanjungpinang yang berjumlah 44 pasien. Jumlah sampel dalam penelitian ini berjumlah 30 orang. (Sugiyono, 2013). Penelitian ini dilakukan pada bulan Desember 2019-Januari 2020 di ruang ICU RSUD Tanjungpinang. Sampel dalam penelitian ini harus memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target dan yang terjangkau diteliti (Nursalam, 2013). Adapun kriteria inklusi pada penelitian ini adalah :

- 1) Bersedia menjadi responden
- 2) Pasien yang dirawat diruang rawat inap ICU RSUD Tanjungpinang Pasien yang dirawat lebih dari satu minggu
- 3) Pasien yang dirawat dengan tirah baring

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang tidak memenuhi kriteria inklusi dan studi berbagai sebab (Nursalam, 2013). Adapun kriteria responden yang tidak diambil sebagai berikut :

- 1) Tidak bersedia menjadi responden
- 2) Pasien yang dirawat kurang dari 1 minggu
- 3) Pasien self care

Analisis data dalam penelitian ini untuk melihat hubungan antara dua variabel dilakukan uji Chi Square. Jika uji statistik menunjukkan nilai $p \text{ value} \leq 0,05$ maka terdapat hubungan yang signifikan. Sebaliknya jika nilai $p \text{ value} > 0,05$ maka tidak terdapat hubungan yang bermakna.

HASIL PENELITIAN

A. Karakteristik Responden

Tabel 4.1 Distribusi Responden Berdasarkan jenis kelamin, usia, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan, dan yang merawat dirumah

No	Variabel	Frekuensi	Presentase %
1	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	14	47.0
	Perempuan	16	53.0
	Total	30	100
2	Usia		
	Dewasa Akhir (36-45th)	0	0
	Middle Age (46-59th)	16	53.0
	Eldery (60-74th)	14	47.0
	Old (75-90th)	30	100
	Total		
3	Pendidikan		
	Tidak sekolah	16	54.0
	SD	7	23.0
	SMP	7	23.0
	SMA	0	0
	Perguruan Tinggi	0	0
	Total	30	100

4 Status perkawinan		
Belum	22	74.0
Menikah	4	13.0
Menikah	4	13.0
Janda	30	100
Duda		
Total		
5 Lama Rawat		
< 2 minggu	14	47.0
1 bulan	16	53.0
	30	100

Sumber : Data Primer, 2020

Tabel 4.1 diatas terlihat frekuensi umur bahwa sebagian besar frekuensi jenis kelamin didominasi oleh perempuan sebesar 16 responden (53,3%), frekuensi usia didominasi antara 46-59 tahun yaitu sebanyak 15 responden (50,0%), frekuensi pendidikan didominasi oleh lulusan Tidak Sekolah yaitu 16 responden (53,3%), frekuensi status perkawinan didominasi dengan setatus menikah yaitu 22 responden (73,3%),

1. Mobilisasi

Tabel 4.2 Distribusi frekuensi Mobilisasi Pada pasien di Ruang ICU RSUD Tanjung Pinang Tahun 2020

Mobilisasi	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak dilakukan	11	37.0
Dilakukan	19	63.0
Total	30	100

Tentang distribusi responden berdasarkan mobilisasi pasien di Ruang Perawatan *Intensive Care Unit* menunjukkan bahwa sebagian besar

responden dilakukan mobilisasi sebanyak 19 (63,3%)

2. Kejadian dekubitus

Tabel 4.3 Distribusi frekuensi Kejadian Dekubitus Pada pasien di Ruang ICU RSUD Tanjung Pinang Tahun 2020

Kejadian Dekubitus	Frekuensi	Persentase (%)
Ada luka tekan	16	53.0
tidak ada luka tekan	14	47.0
Total	30	100

Tentang

distribusi responden berdasarkan kejadian dekubitus pasien di Ruang Perawatan *Intensive Care Unit* menunjukkan bahwa sebagian besar responden dilakukan mobilisasi sebanyak 16 (53.0%).

B. Uji Bivariat

Tabel 4.3 Hubungan Antara mobilisasi dengan kejadian Dekubitus Pada pasien di RSUD tanjung Pinang Tahun 2020

Mobilisasi	Kejadian Dekubitus				Total		P
	Ada luka		Tidak ada		N	%	
	n	%	n	%			
Dilakukan	10	33	6	20	16	53	0,003
Tidak dilakukan	9	30	5	17	14	47	
Total	19	63	11	37	30	100	

Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh ada hubungan mobilisasi dengan kejadian dekubitus di Ruang Perawatan *Intensive Care Unit* ($p=0,003$). Immobilisasi harus diubah sesuai dengan tingkat aktivitas, kemampuan persepsi, dan rutinitas sehari-hari. Oleh karena itu standar perubahan posisi dengan interval 1 ½ sampai 2 jam mungkin tidak dapat mencegah terjadinya dekubitus pada beberapa klien. Telah direkomendasikan penggunaan jadwal tertulis untuk mengubah dan menentukan posisi tubuh klien minimal setiap 2 jam. Saat melakukan perubahan posisi, alat bantu untuk posisi harus digunakan untuk melindungi tonjolan tulang. Untuk mencegah cedera akibat friksi, ketika mengubah posisi, lebih baik diangkat daripada diseret. Pada klien yang mampu duduk di atas kursi tidak dianjurkan duduk lebih dari 2 jam.

PEMBAHASAN

a. Gambaran Mobilisasi

Tentang distribusi responden berdasarkan mobilisasi pasien di Ruang Perawatan *Intensive Care Unit* menunjukkan bahwa sebagian besar responden dilakukan mobilisasi sebanyak 19 (63,3%).

Menurut Potter Parry ketidakmampuan untuk bergerak bebas yang disebabkan oleh kondisi dimana gerak terganggu atau dibatasi, jika seseorang tidak bergerak dalam waktu yang lama dengan penekanan benda dengan batasan imobilitas maka akan terjadi luka tekan.

Immobilisasi harus diubah sesuai dengan tingkat aktivitas, kemampuan persepsi, dan rutinitas sehari-hari. Oleh karena itu standar perubahan posisi dengan interval 1 ½ sampai 2 jam mungkin tidak dapat mencegah terjadinya dekubitus pada beberapa klien. Telah direkomendasikan penggunaan jadwal tertulis untuk mengubah dan menentukan posisi tubuh klien minimal setiap 2 jam. Saat melakukan perubahan posisi, alat bantu untuk posisi harus digunakan untuk melindungi tonjolan tulang. Untuk mencegah cedera akibat friksi, ketika mengubah posisi, lebih baik diangkat daripada diseret. Pada klien yang mampu duduk di atas kursi tidak dianjurkan duduk lebih dari 2 jam.

Dari hasil penelitian di atas peneliti berasumsi tentang distribusi

responden berdasarkan mobilisasi pasien di Ruang Perawatan *Intensive Care Unit* menunjukkan bahwa sebagian besar responden dilakukan mobilisasi sebanyak 19 (63,3%). Menurut Potter Parry ketidak mampuan untu bergerak bebas yang disebabkan oleh kondisi dimana dimana gerak terganggu atau dibatasi ,jika seseorang tidak bergerak dalam waktu yang lama dengan penekanan benda dengan batasan imobilitas maka akan terjadi luka tekan.

b. Gambaran Kejadian Dekubitus

Tentang distribusi responden berdasarkan kejadian dekubitus pasien di Ruang Perawatan *Intensive Care Unit* menunjukkan bahwa sebagian besar responden dilakukan mobilisasi sebanyak 16 (53.0%).

Dekubitus merupakan problem yang serius karena dapat mengakibatkan meningkatnya biaya, lama perawatan di rumah sakit serta memperlambat program rehabilitasi pada penderita. Selain itu dekubitus juga dapat menyebabkan nyeri yang berkepanjangan, rasa tidak nyaman, meningkatkan biaya dalam perawatan dan penanganannya serta menyebabkan komplikasi berat mengarah ke sepsis, infeksi kronis, sellulitis, osteomyelitis, dan meningkatkan prevalensi mortalitas pada klien lanjut usia.

Berdasarkan hasil penelitianoleh Purwaningsih (2000) pada pasien tirah baring menyatakan

bahwa dari 78 orang pasien tirah baring yang di rawat di RSUD Dr. Wahidin Sudirohusodo Makasar sebanyak 15,8 % mengalami luka dekubitus. Setiyajati (2001) juga melakukan penelitian hampir sama pada pasien tirah baring di Rumah Sakit Moewardi Surakarta, dimana kejadian luka dekubitus sebanyak 38,2 %. Penelitian lain tentang angka kejadian dekubitus juga menyebutkan di ruang A1, B1, C1, D1 dan di ruang B3 IRNA I RSUP Dr. Sardjito pada bulan Oktober 2001, didapatkan hasil dari 40 pasien tirah baring, angka insidensi mencapai 40%. Berdasarkan data rekam medis, ruang Kemuning lantai 5 dalam satu tahun terakhir didapatkan 87 pasien yang mengalami dekubitus. Pada bulan Februari 2013, berdasarkan hasil pengkajian dengan perawat ruangan neurologi didapatkan 6,25% pasien yang mengalami dekubitus dari 80 pasien yang dirawat.

Dari hasil penelitian diatas peneliti berasumsi tentang distribusi responden berdasarkan kejadian dekubitus pasien di Ruang Perawatan *Intensive Care Unit* menunjukkan bahwa sebagian besar responden dilakukan mobilisasi sebanyak 16 (53.0%).

c. Hubungan mobilisasi dengan kejadian dekubitus pada pasien tirah baring di Ruang Perawatan *Intensive Care Unit*

Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh ada hubungan mobilisasi dengan kejadian

dekubitus di Ruang Perawatan Intensive Care Unit ($p=0,003$). Posisi klien immobilisasi harus diubah sesuai dengan tingkat aktivitas, kemampuan persepsi, dan rutinitas sehari-hari. Oleh karena itu standar perubahan posisi dengan interval 1 ½ sampai 2 jam mungkin tidak dapat mencegah terjadinya dekubitus pada beberapa klien. Telah direkomendasikan penggunaan jadwal tertulis untuk mengubah dan menentukan posisi tubuh klien minimal setiap 2 jam. Saat melakukan perubahan posisi, alat bantu untuk posisi harus digunakan untuk melindungi tonjolan tulang. Untuk mencegah cedera akibat friksi, ketika mengubah posisi, lebih baik diangkat daripada diseret. Pada klien yang mampu duduk di atas kursi tidak dianjurkan duduk lebih dari 2 jam.

Dekubitus merupakan problem yang serius karena dapat mengakibatkan meningkatnya biaya, lama perawatan di rumah sakit serta memperlambat program rehabilitasi pada penderita. Selain itu dekubitus juga dapat menyebabkan nyeri yang berkepanjangan, rasa tidak nyaman, meningkatkan biaya dalam perawatan dan penanganannya serta menyebabkan komplikasi berat mengarah ke sepsis, infeksi kronis, sellulitis, osteomyelitis, dan meningkatkan prevalensi mortalitas pada klien lanjut usia.

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. Oleh karena itu, perlu pemahaman cukup tentang ulkus dekubitus agar diagnosis dapat ditegakkan secara dini sehingga penatalaksanaan dapat dilakukan dengan segera dan tepat serta dapat dilakukan tindakan untuk mencegah terjadinya ulkus dekubitus tersebut (Wilhelmi, 2008).

Berdasarkan hasil penelitian oleh Purwaningsih (2000) pada pasien tirah baring menyatakan bahwa dari 78 orang pasien tirah baring yang di rawat di RSUD Dr. Wahidin Sudirohusodo Makasar sebanyak 15,8 % mengalami luka dekubitus. Setiyajati (2001) juga melakukan penelitian hampir sama pada pasien tirah baring di Rumah Sakit Moewardi Surakarta, dimana kejadian luka dekubitus sebanyak 38,2 %. Penelitian lain tentang angka kejadian dekubitus juga menyebutkan di ruang A1, B1, C1, D1 dan di ruang B3 IRNA I RSUP Dr. Sardjito pada bulan Oktober 2001, didapatkan hasil dari 40 pasien tirah baring, angka insidensi mencapai 40%. Berdasarkan data rekam medis, ruang Kemuning lantai 5 dalam satu tahun terakhir didapatkan 87 pasien yang mengalami dekubitus. Pada bulan Februari 2013, berdasarkan hasil pengkajian dengan

perawat ruangan neurologi didapatkan 6,25% pasien yang mengalami dekubitus dari 80 pasien yang dirawat.

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan menyimpulkan sebagai berikut:

1. Diketahui sebagian besar responden yaitu 19 responden (63.0%) Mobilisasi dilakukan
2. Diketahui sebagian besar responden yaitu 16 responden (53.0%) yang mengalami kejadian dekubitus ada luka tekan
3. Berdasarkan hasil uji statistik menggunakan uji *chi square* diketahui Adanya hubungan antara mobilisasi dengan kejadian dekubitus pada pasien tirah baring di ruang ICU RSUD Tanjungpinang diperoleh hasil *p.value* 0,003 (<0,005).

B. Saran

Setelah dilakukan penelitian dan diperoleh suatu kesimpulan, maka peneliti memberikan beberapa saran yaitu:

1. Bagi Rumah Sakit
Bagi rumah sakit hendaknya memperhatikan berbagai aspek yang dapat mempengaruhi terjadinya dekubitus pada pasien agar

insidensi dekubitus dapat dicegah. Bagi Perawat

2. Bagi pasien dan keluarga
Bagi pasien atau keluarganya agar memperhatikan aspek gizi dan mobilisasi pasien untuk mencegah komplikasi berupa dekubitus akibat tirah baring.
3. Bagi peneliti selanjutnya
Bagi peneliti selanjutnya perlu untuk melakukan penelitian lanjutan yang berhubungan dengan kejadian dekubitus dengan melakukan penelitian dengan metode kohort atau case kontrol agar variabel perancu dapat diminimalisir.

DAFTAR PUSTAKA

- Anthony, D. (2007) *Norton, Waterlow and Braden scores: a review of the literature and a comparison between the scores and clinical judgement*, Journal of Clinical Nursing 10.1111/j.1365-2702.2007.02029.x
- Aritonang, I. (2000). *Pemantauan Pertumbuhan Balita*. PT. Kanisius. Jakarta.
- Brindle, C. T. (2010) *Outliers to the Braden Scale: Identifying highrisk ICU patients and the results of prophylactic dressing use*, WCET Journal Volume 30 Number 1 – January/March 2010.
- Don Revis (2008) *Decubitus Ulcer*, www.emedicine.com, diakses tanggal 5 November 2012
- Gender, A. (2008) *Pressure Ulcer Prevention and Management*, ARN Network October/November 2008
- Handoyo (2002), *Pemakaian skala pengukuran kejadian dekubitus di RSUD Prof. dr. Margono*

- Purwokerto, ProdiKeperawatan PSIKUMY, Yogyakarta.
- Hidayat, A.A. (2007) *Riset keperawatan dan teknik penulisan ilmiah*. Salemba Medika: Jakarta.
- Hidayat, dkk (1990) *Ulkus Dekubitus*, Dalam Cermin Dunia Kedokteran No. 64, Tahun 1990
- Kelly, C. (2010) *A New Look At The Braden Scale For Pressure Ulcer Risk Among Older Adults In Home Health Care*, Journal of BSN Honors Research 1:1, 2010
- Kottner, J (2009) *An interrater reliability study of the assessment of pressure ulcer risk using the Braden scale and the classification of pressure ulcers in a home care setting*, J. Nurs. Stud. (2009), doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.03.014
- Aini, F., & Purwaningsih, H. (2014). Pengaruh Alih Baring terhadap Kejadian Dekubitus pada Pasien Stroke yang Mengalami Hemiparesis di Ruang Yudistira di RSUD Kota Semarang. *Jik*, 2(4), 25–35. <https://doi.org/10.1016/j.cplett.2014.07.055>
- Anders, J., Heinemann, A., Leffmann, C., Leutenegger, M., Profener, F., & von Renteln-Kruse, W. (2010). Decubitus ulcers: pathophysiology and primary prevention. *Deutsches Arzteblatt International*, 107(21), 371–81; quiz 382. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0371>
- Buijck, B., & Ribbers, G. (2016). The Challenges of Nursing Stroke Management in Rehabilitation Centres. *Bohn Stafleu van Loghum*, Houten. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-76391-0>
- Coleman, S., Keen, J., Wilson, L., McGinnis, E., Coleman, S., Nixon, J., ... Nelson, E. A. (2014). A new pressure ulcer conceptual framework. *Journal of Advanced Nursing*, (April), 1–13. <https://doi.org/10.1111/jan.12405>
- Dewi, H. P. (2011). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Dekubitus Pada Pasien Stroke Di Rumah Sakit Dr. Moewardi Surakarta. Surakarta.
- Goldstein, L. B. (2009). *A Primer on Stroke Prevention Treatment: An Overview Based on AHA / ASA Guidelines*. (L. B. Goldstein, Ed.). Dallas: American Heart Association National Center. Retrieved from www.wiley.com/go/strokeguidelines
- Kallman, U. (2015). *Evaluation of Repositioning in Pressure Ulcer Prevention*. Linköping University. Sweden: Linköping University. <https://doi.org/10.3384/diss.diva-117447>
- Karen L. Cooper. (2013). Evidence-Based Prevention of Pressure Ulcers. *Critical Care Nurse Journal*, 33(6), 57–67. <https://doi.org/December2013>
- Kementrian Kesehatan RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta.
- Neloska, L., Damevska, K., Nikolchev, A., Pavleska, L., Petreska-Zovic, B., & Kostov, M. (2016). The association between malnutrition and pressure ulcers in elderly in long-term care facility. *Macedonian Journal of Medical Sciences*, 4(3), 423–427. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2016.094>
- NPUAP. (2016). *Pressure Injury Prevention Points*. NPUAP National Pressure Ulcer Advisory, 2. Retrieved from <http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2016/04/Pressure-Injury-Prevention-Points-2016.pdf>
- NPUAP, EPUAP, & PPIA. (2014). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. (E. Haesler, Ed.). Western Australia: Cambridge Medi: NPUAP.
- Okatiranti, Sitorus, R. E., & Tsuawabeh1, D. (2013). Risiko Terjadinya Dekubitus Berdasarkan Tingkat Ketergantungan Pasien di Ruang Perawatan Neurologi. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 1(3). Retrieved from <http://jkip.fkep.unpad.ac.id/index.php/jkip/article/view/66/63>

- Sackley, C., Brittle, N., Patel, S., Ellins, J., Scott, M., Wright, C., & Dewey, M. E. (2008). The Prevalence of Joint Contractures , Pressure Sores , Painful Shoulder , Other Pain , Falls , and Depression in the Year After a Severely Disabling Stroke. *Stroke.AHAjournals*, 39, 3329–3334.
<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.108.518563>
- Tong, S., Yip, J., Yick, K., & Yuen, M. C. (2016). Pressure Ulcer Wound Care for Elderly in Home: A Case Report. *Journal of Dermatology Research and Therapy*, 2(3), 1–5.
<https://doi.org/10.23937/2469-5750/1510028>
- Trust, H. (2011). Pressure ulcer risk assessment. *Nursing Times* 24.01.12, 108(4), 2004–2007. Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/16aa/89a22d9e95cc4c5a306819d11c9aa7d82f32.pdf>

