

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Ulkus dekubitus

1. Pengertian

Kata “dekubitus” berasal dari bahasa latin “*decumbo*” yang berarti "berbaring". Dekubitus juga dikenal sebagai *pressure ulcer* atau *bed sore*. Ulkus dekubitus merupakan tanda kerusakan atau kematian kulit sampai jaringan dibawah kulit yang dapat menembus otot sampai mengenai tulang, diakibatkan oleh penekanan pada suatu area kulit secara terus menerus dalam jangka waktu yang lama, sehingga mengakibatkan terganggunya sirkulasi darah sehingga terbentuk luka. Ulkus dekubitus dapat terjadi karena adanya tekanan, gesekan dan robekan jaringan (Susanto *et al.*, 2022).

Luka tekan atau dekubitus didefinisikan sebagai kerusakan lokal pada kulit atau jaringan di bawahnya yang disebabkan oleh tekanan atau kombinasi antara tekanan dan gesekan. Ulkus dekubitus terjadi pada kulit di area tonjolan tulang. (Potter *et al.*, 2016).

2. Klasifikasi

Menurut *National Pressure Injury Advisory Panel* (2019) luka ulkus dekubitus diklasifikasikan dengan tujuan untuk mengetahui pada stadium mana kondisi kulit mengalami ulkus dekubitus, dengan ini maka dapat dilakukan penanganan sesuai dengan kondisi luka. Ulkus dekubitus diklasifikasikan menjadi dari 4 stadium yaitu:

a. Stadium I

Perubahan yang dapat diamati pada kulit menunjukkan tanda-tanda tertentu jika dibandingkan dengan kulit normal. Tanda-tanda tersebut meliputi perubahan suhu kulit (menjadi lebih dingin atau lebih hangat), perubahan konsistensi jaringan (menjadi lebih keras atau lebih lunak), dan perubahan sensasi (seperti rasa gatal atau nyeri). Pada tahap ini, reaksi peradangan masih terbatas di lapisan epidermis, yang ditandai dengan adanya kemerahan (eritema), indurasi atau lecet.

Category/Stage I Pressure Injury



Gambar 2. 1 Ulkus Dekubitus Stadium I
(Sumber: *National Pressure Injury Advisory Panel*, 2019)

b. Stadium II

Reaksi yang lebih dalam dapat mencapai seluruh dermis hingga lapisan lemak subkutan, ditandai dengan terbentuknya ulkus dangkal dengan tepi yang jelas dan perubahan warna kulit di area luka. Kondisi ini melibatkan hilangnya sebagian lapisan kulit, baik epidermis, dermis, atau keduanya. Ciri-cirinya meliputi luka superfisial, abrasi, lepuhan, atau terbentuknya lubang dangkal. Jika kulit mengalami luka atau robekan maka akan menyebabkan risiko infeksi.

Category/Stage II Pressure Injury



Gambar 2. 2 Ulkus Dekubitus Stadium II
(Sumber: *National Pressure Injury Advisory Panel, 2019*)

c. Stadium III

Hilangnya lapisan kulit secara menyeluruh mengakibatkan kerusakan atau nekrosis jaringan subkutan hingga ke lapisan yang lebih dalam, namun belum mencapai fascia. Luka tampak seperti lubang dalam, dengan ulkus yang meluas ke jaringan lemak subkutan dan berbatasan dengan fascia otot. Pada tahap ini, infeksi mulai muncul disertai adanya jaringan nekrotik.

Category/Stage III Pressure Injury



Gambar 2. 3 Ulkus Dekubitus Stadium III
(Sumber: *National Pressure Injury Advisory Panel, 2019*)

d. Stadium IV

Hilangnya lapisan kulit secara total yang menyebabkan kerusakan jaringan lebih luas, nekrosis, dan melibatkan otot, tulang, atau tendon. Luka yang terbentuk berupa lubang yang lebih dalam, dan terbentuk saluran atau sinus yang dapat mengalirkan nanah. Ulkus ini dapat menembus hingga ke otot, bahkan tulang

mungkin terlihat di dasar luka. Kondisi ini meningkatkan risiko infeksi yang dapat menjalar ke tulang atau sendi.

Category/Stage IV Pressure Injury



Gambar 2. 4 Ulkus Dekubitus Stadium IV
(Sumber: *National Pressure Injury Advisory Panel, 2019*)

3. Etiologi

a. Tekanan

Tekanan dalam jangka waktu yang lama pada area tubuh tertentu khususnya pada tonjolan tulang dapat menghambat aliran darah ke kulit dan jaringan dibawahnya. Kurangnya aliran darah menyebabkan kekurangan oksigen dan nutrisi, yang dapat merusak jaringan dan menyebabkan iskemia atau kematian sel (Aliyyah & Husain, 2024).

b. Gesekan

Gesekan terjadi ketika dua permukaan bergerak saling berlawanan arah, yang dapat menyebabkan abrasi dan merusak lapisan epidermis kulit. Gesekan menyebabkan iritasi dan meningkatkan kerentanan terhadap luka, yang jika terus menerus terjadi akan terbentuk dekubitus (Susanto et al., 2022). Hal ini sering terjadi pada saat penggantian sprei atau mengganti pakaian yang tidak hati-hati.

c. Kelembapan

Kelembapan akibat inkontinensia bisa menyebabkan kulit menjadi lembek (maserasi). Kulit yang mengalami maserasi lebih rentan mengalami luka atau kerusakan, sehingga kulit lebih mudah mengalami gesekan dan robekan (Susanto et al., 2022). Inkontinensia alvi berdampak lebih besar menyebabkan luka tekan dibandingkan inkontinensia urin, karena bakteri dan enzim dalam feses dapat merusak permukaan kulit (Fletcher, 2020).

d. Suhu Kulit

Suhu kulit yang tinggi dapat mempercepat terjadinya dekubitus karena meningkatkan metabolisme sel, sehingga kebutuhan oksigen meningkat sementara aliran darah terbatas akibat tekanan. Hal ini mempercepat iskemia, melemahkan struktur kulit membuatnya lebih rapuh dan meningkatkan kelembapan akibat keringat, memperbesar risiko gesekan sehingga memperparah kerusakan kulit.

4. Faktor Risiko

Menurut Potter *et al.*, (2016) faktor risiko ulkus dekubitus diantaranya:

a. Imobilisasi

Faktor utama yang menjadi pemicu ulkus dekubitus adalah imobilisasi (Riani *et al.*, 2022), dengan disertai tekanan dan geseran di area kulit pada tonjolan tulang dalam jangka waktu yang lama (Anrys *et al.*, 2019). Imobilisasi merupakan kondisi tubuh

yang tidak dapat bergerak secara aktif karena gangguan pada sistem motorik tubuh. Hal ini disebabkan oleh penyakit neurologis, cedera, atau perawatan medis yang mengharuskan pasien berbaring dalam jangka waktu yang lama (Rohman, 2019).

b. Penurunan Sensori Persepsi

Pasien dengan penurunan persepsi sensorik cenderung mengalami kesulitan merasakan tekanan atau nyeri pada area tulang yang menonjol. Jika kondisi ini berlangsung dalam waktu lama, pasien berisiko tinggi untuk mengalami luka tekan.

c. Usia

Pasien yang lebih tua memiliki risiko tinggi mengalami luka tekan, karena kulit dan jaringan tubuh mengalami perubahan seiring bertambahnya usia. Perubahan ini, ditambah dengan faktor penuaan lainnya, membuat kulit menjadi lebih rentan terhadap tekanan dan gesekan.

d. Penyakit atau Kondisi Medis Tertentu

Pada beberapa kondisi berikut dapat terjadi kecenderungan untuk mengalami dekubitus yaitu pasien dengan penyakit neurologis, penyakit kardiovaskular, anestesi berkepanjangan, dehidrasi, malnutrisi, hipotensi dan pasien bedah

e. Status Nutrisi

Status nutrisi dapat dilihat melalui pengukuran berat badan dan tinggi badan, pada pasien dengan obesitas atau berat badan

berlebih berisiko terbentuk ulkus dekubitus karena peningkatan tekanan pada area tertentu. Sementara, pada kondisi pasien berat badan yang terlalu rendah juga memiliki risiko luka tekan karena kurangnya bantalan lemak pelindung.

f. Tekanan Arteriolar Rendah

Tekanan arteriolar yang rendah dapat mengurangi aliran darah ke jaringan kulit, mengurangi pasokan oksigen dan nutrisi yang diperlukan untuk menjaga kesehatan kulit. Hal ini meningkatkan risiko iskemia (kekurangan oksigen) pada area yang tertekan, yang dapat menyebabkan kerusakan jaringan dan mempermudah terjadinya luka tekan.

5. Patofisiologi

National Pressure Injury Advisory Panel (2019) menyatakan bahwa daerah yang paling sering terjadi luka tergantung area kulit yang sering mengalami tekanan pada tonjolan tulang:

- a. Posisi terlentang, di area belakang kepala, bahu belakang, siku, sakrum (diatas tulang ekor), tulang ekor, pantat, tumit.
- b. Posisi duduk, di area *ischium*
- c. Posisi miring, di area wajah dan telinga bagian samping, siku, bahu, ketiak, lengan bagian atas, tulang rusuk, pinggul, pergelangan kaki dan lutut,

Tekanan ini mengurangi aliran darah ke kulit dan jaringan subkutan, yang menghambat pasokan oksigen dan nutrisi yang diperlukan oleh sel-sel. Jika tekanan terus berlangsung, jaringan mengalami hipoksia (kekurangan oksigen) dan iskemia (kekurangan pasokan darah), yang menyebabkan kerusakan jaringan. Jika tekanan tidak segera dihentikan, kerusakan ini dapat berlanjut hingga menyebabkan nekrosis dan luka tekan bisa berkembang menjadi ulkus dekubitus yang lebih parah (Susanto et al., 2022).

Faktor lain seperti gesekan dan kelembapan dapat memperburuk kondisi luka. Gesekan yang terjadi pada luka yang terus berlangsung akan menimbulkan kemerahan dan ditambah dengan tekanan pada tulang menjadikan kulit terkikis. Kelembapan baik dari keringat atau inkontinensia bisa merusak kulit, melemahkan lapisan luar dan membuatnya lebih rentan terhadap kerusakan akibat gesekan dan pergerakan. Kelembapan tidak langsung menyebabkan cedera akibat tekanan, tetapi dapat memperburuk luka dan proses penyembuhan luka (Amirsyah et al., 2020).

6. Manifestasi Klinis

National Pressure Injury Advisory Panel (2019) mengungkapkan perkembangan dekubitus dapat dilihat dari tanda gejala yang muncul. Gambaran klinis awal pada stadium I yakni dengan ditandai eritema atau kemerahan pada kulit, dengan ciri jika ditekan area kulit tidak akan memucat. Area tersebut mungkin terasa

hangat atau lebih dingin dari pada jaringan di sekitarnya, pasien mungkin akan mengeluh nyeri atau tidak nyaman. Tahap ini merupakan gejala awal iskemia jaringan. Stadium ini biasanya reversible dan dapat sembuh dalam 5-10 hari.

Stadium II terjadi luka terbuka yang dangkal serta ditandai kemerahan, luka ini sudah sampai pada lapisan epidermis dan dermis. Pada stadium ini dapat sembuh antara 10-15 hari. Stadium III hilangnya seluruh ketebalan kulit meluas hingga ke jaringan subkutan, dan luka dapat membentuk cekungan yang lebih dalam. Luka dapat sembuh dalam jangka 3-8 minggu. Stadium IV terjadi kerusakan jaringan yang parah dengan nekrosis meluas ke otot, tendon, atau tulang. Tampak luka semakin dalam dan dasar tulang mulai terlihat. Luka kemungkinan dapat sembuh kurang lebih 3-6 bulan.

7. Komplikasi

Menurut Susanto *et al.*, (2022) komplikasi umumnya terjadi pada luka dekubitus stadium 3 dan 4, meskipun luka superfisial (luka yang hanya di lapisan kulit atas) juga berpotensi menimbulkan risiko. Komplikasi yang sering terjadi diantaranya:

a. Infeksi

Infeksi pada luka yang tidak ditangani dengan baik dapat menyebar dan memperburuk kondisi pasien.

b. Keterlibatan jaringan tulang dan sendi

Infeksi dapat menyebar ke tulang (*osteomyelitis*) atau sendi (*arthritis septik*), menyebabkan kerusakan serius.

c. Septicemia

Infeksi yang menyebar ke aliran darah, menyebabkan respons inflamasi sistemik yang berbahaya (sepsis).

d. Anemia

Kehilangan darah kronis dari luka yang berkepanjangan dapat menyebabkan penurunan hemoglobin.

e. Hipoalbuminemia

Kekurangan protein albumin dalam darah, yang dapat terjadi akibat malnutrisi atau peradangan kronis, memperlambat penyembuhan luka.

f. Kematian

Komplikasi berat, seperti sepsis atau gagal organ, dapat berujung pada kematian jika tidak ditangani dengan cepat.

Komplikasi paling sering dialami oleh pasien dengan dekubitus yakni infeksi, hal ini dapat terjadi karena prosedur perawatan luka yang kurang memadai sehingga menimbulkan infeksi pada luka dekubitus. Tanda-tanda yang ditemukan ketika terjadi infeksi yaitu luka berbau, terdapat eksudat, peningkatan rasa nyeri, munculnya fistula atau lubang, demam, kemerahan dan pembengkakan kulit disekitar luka (Setyawan *et al.*, 2022).

8. Pencegahan dan Penatalaksanaan

Menurut Rahayu (2018) upaya pencegahan dekubitus yang dapat dilakukan yakni:

d. Pengkajian Risiko

Penilaian risiko dekubitus adalah langkah awal yang penting untuk mengidentifikasi pasien berisiko dekubitus dan menyusun intervensi keperawatan dalam pencegahannya (Fletcher, 2023). Penilaian ini harus dilakukan sejak dini, mulai pasien masuk ICU dan secara rutin dilakukan setiap hari selama pasien dirawat, terutama dengan memantau kondisi kulit di area tonjolan tulang yang memiliki risiko tinggi tumbuhnya luka dekubitus. Proses ini menjadi bagian penting dalam perawatan klinis untuk mengurangi faktor risiko dekubitus (Santos *et al.*, 2024).

e. Menjaga Kelembapan Kulit

Kelembapan berlebih pada kulit pasien dengan inkontinensia dapat merusak lapisan luar kulit, menyebabkan kulit bengkak, lembek, dan meradang. Kondisi ini berisiko terbentuk luka karena gesekan atau geseran. Selain itu, pada kondisi kulit lembab tubuh akan menempel pada permukaan kasur membuat tubuh sulit bergerak dan meningkatkan tekanan pada kulit. Karena itu, penting untuk menjaga kelembapan kulit, tujuannya agar pasien merasa nyaman, kebersihan tetap terjaga dan menurunkan risiko dekubitus akibat kelembapan kulit (Fletcher, 2020).

f. Mobilisasi

Mengubah posisi pasien secara berkala untuk mengurangi tekanan pada area tertentu, intervensi yang biasa dilakukan yakni mika-miki atau miring kanan miring kiri. Perawat disarankan untuk mengubah posisi pasien ke miring kanan atau kiri setiap 2 jam untuk mengurangi tekanan pada tubuh. Posisi ini dapat melancarkan sirkulasi darah yang tertekan, menjaga kekuatan otot dan refleks pasien (Aliyyah dan Husain, 2024).

g. Penggunaan Kasur Angin

Kasur angin dirancang untuk mengurangi risiko tekanan pada area tubuh yang bersentuhan dengan alas tidur pasien. Selain itu, kasur ini juga membantu meminimalkan gesekan dan gaya geser yang terjadi saat pasien mengubah posisi. Penggunaan kasur angin sangat dianjurkan sejak awal pasien dirawat pada ruang perawatan intensif, agar pencegahan ulkus dekubitus bisa dilakukan sedini mungkin (Amirsyah *et al.*, 2020).

h. Pemenuhan Nutrisi

Nutrisi sangat penting untuk menjaga kekebalan tubuh dalam mencegah terjadinya luka tekan akibat kekurangan berat badan. Selain itu, nutrisi juga penting untuk membantu penyembuhan luka dekubitus, termasuk protein untuk memperbaiki jaringan, asam lemak omega-3 untuk mengurangi peradangan, serta vitamin dan mineral untuk mendukung proses metabolisme tubuh. Cairan yang

cukup juga diperlukan untuk menjaga kulit tetap sehat dan mendukung metabolisme, sementara kalori dari makanan seimbang, terutama karbohidrat, memberikan energi yang dibutuhkan selama proses pemulihan (Kurmisa *et al.*, 2021).

i. *Massage* Punggung

Massage atau pijat punggung pada pasien dekubitus berfungsi untuk meningkatkan sirkulasi darah, membantu oksigenasi dan nutrisi mencapai jaringan, serta mengurangi tekanan pada area tertentu untuk mencegah luka baru. Pemijatan dengan menggunakan minyak zaitun juga terbukti efektif dalam mengurangi terjadinya luka. Pemijatan juga harus dilakukan dengan hati-hati untuk menghindari kerusakan lebih lanjut pada kulit atau jaringan yang sensitif (Setiani *et al.*, 2021).

j. Perawatan Luka

Menurut *National Pressure Injury Advisory Panel* (2019) membersihkan dan menghilangkan jaringan mati (*debridemen*) merupakan langkah penting dalam merawat luka. Proses ini membantu mencegah infeksi dengan menghilangkan jaringan yang terkontaminasi, sehingga dapat meminimalkan risiko penyebaran infeksi ke jaringan sehat di sekitar luka. Selain itu, *debridemen* mempercepat penyembuhan luka karena dengan membuang jaringan yang rusak jaringan baru yang sehat dapat terbentuk serta meminimalkan terjadinya infeksi.

B. Konsep Skala Braden

Skala Braden, yang dikembangkan oleh Dr. Barbara Braden dan Nancy Bergstrom pada tahun 1987, adalah alat penilaian risiko luka tekan berbasis pengamatan. Skala ini menilai enam faktor yaitu persepsi sensorik, kelembapan, aktivitas, mobilitas, nutrisi, dan gesekan/gaya geser. Dapat digunakan untuk pasien berusia ≥ 8 tahun, skala ini telah terbukti valid dan reliabel melalui berbagai penelitian, dapat digunakan untuk berbagai warna kulit. Skala ini banyak digunakan di Amerika Utara dan secara global untuk mencegah luka tekan (Delmore & Ayello, 2023).

Menurut Berlowitz et al., (2024) skor dari enam kategori dalam Skala Braden dijumlahkan untuk menentukan tingkat risiko pasien mengalami luka tekan. Berdasarkan total skor, risiko diklasifikasikan sebagai berikut: risiko ringan (15–18), risiko sedang (13–14), risiko tinggi (10–12), dan risiko berat (kurang dari 9). Klasifikasi ini digunakan untuk menentukan pencegahan yang sesuai untuk setiap tingkat risiko luka tekan pasien. Penilaian dilakukan dengan melihat enam aspek utama (Potter *et al.*, 2016):

1. Persepsi Sensorik

Persepsi sensorik merupakan kemampuan pasien merasakan dan merespons tekanan yang menyebabkan ketidaknyamanan.

- a. Nilai 4 (Tidak ada gangguan) untuk klien yang tidak ada gangguan sensori, berespon penuh terhadap perintah verbal.

- b. Nilai 3 (Sedikit terbatas) untuk klien yang memiliki gangguan sensoris pada 1 atau 2 ekstremitas atau berespon pada perintah verbal tetapi tidak selalu mampu mengatakan ketidaknyamanan.
- c. Nilai 2 (Terbatas) untuk klien yang memiliki gangguan sensoris pada bagian $\frac{1}{2}$ permukaan tubuh atau hanya berespon saat diberi rangsang nyeri.
- d. Nilai 1 (Sangat terbatas) untuk klien yang tidak merasakan atau berespon terhadap rangsang nyeri, kesadaran menurun.

2. Kelembapan

Kelembapan ini bertujuan untuk menilai seberapa sering kulit terpapar kelembapan.

- a. Nilai 4 (Jarang lembap) untuk klien dengan kulit tampak kering
- b. Nilai 3 (Kadang lembap) untuk klien dengan kulit yang terkadang lembab
- c. Nilai 2 (Sangat lembap) untuk klien dengan kulit tampak sangat lembab
- d. Nilai 1 (Selalu lembap) untuk klien yang kulitnya selalu terpapar oleh keringat atau urine, basah.

3. Aktivitas

Aktivitas bertujuan untuk menilai tingkat aktivitas fisik pasien.

- a. Nilai 4 (Berjalan sering) untuk klien yang dapat berjalan disekitar ruangan

- b. Nilai 3 (Berjalan sesekali) untuk klien yang dapat berjalan dengan atau tanpa bantuan
- c. Nilai 2 (Duduk dikursi) untuk klien yang tidak bisa berjalan perlu bantuan kursi roda
- d. Nilai 1 (Selalu di tempat tidur) untuk klien yang hanya bisa terbaring di tempat tidur

4. Mobilitas

Bertujuan untuk menilai kemampuan mengubah posisi tubuh

- a. Nilai 4 (Tidak ada keterbatasan) untuk klien yang dapat merubah posisi tanpa bantuan
- b. Nilai 3 (Sedikit terbatas) untuk klien yang dapat membuat perubahan posisi atau ekstremitas dengan mandiri
- c. Nilai 2 (Terbatas) untuk klien yang tidak dapat merubah posisi secara tepat dan teratur
- d. Nilai 1 (Sangat terbatas) untuk klien yang tidak mampu bergerak

5. Nutrisi

Nutrisi digunakan untuk menilai pola asupan makanan.

- a. Nilai 4 (Sangat baik) untuk klien yang dapat menghabiskan porsi makannya, tidak memerlukan suplemen nutrisi tambahan
- b. Nilai 3 (Cukup memadai) untuk klien yang mampu menghabiskan lebih dari $\frac{1}{2}$ porsi makannya

- c. Nilai 2 (Kurang memadai) untuk klien yang jarang mampu menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makanannya atau asupan cairan kurang dari jumlah optimal.
- d. Nilai 1 (Sangat buruk) untuk klien yang tidak dapat menghabiskan $\frac{1}{3}$ porsi makanannya, sedikit minum, puasa atau minum air putih, atau mendapat infus lebih dari 5 hari

6. Gesekan atau Geseran

Gesekan atau geseran digunakan untuk menilai kemampuan menghindari cedera akibat gesekan

- a. Nilai 3 (Tidak ada masalah) untuk klien yang tidak membutuhkan bantuan untuk mengangkat tubuhnya
- b. Nilai 2 (Potensi masalah) untuk klien yang membutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuh klien
- c. Nilai 1 (Bermasalah) untuk klien yang tidak mampu mengangkat badannya sendiri, atau kejang, gelisah

C. Konsep Skala Norton

Pada tahun 1960-an, skala Norton diperkenalkan sebagai skala penilaian risiko dekubitus. Skala ini mencakup lima variabel meliputi: kondisi fisik, keadaan mental/tingkat kesadaran aktivitas, mobilitas dan inkontinensia urin. Skala Norton digunakan untuk menilai risiko dekubitus dengan menjumlahkan nilai dari setiap indikatornya dengan skor maksimal yang diperoleh yaitu 20.

Dengan rincian yang diperoleh yaitu, jika skor (diatas 18) risiko luka tekan masih rendah, skor (14-18) berisiko sedang, skor (10-13) berisiko tinggi dan skor (kurang dari 10) berisiko sangat tinggi. Jenis validitas skala ini juga telah diteliti pada beberapa studi yang menunjukkan sensitivitas dan spesifisitas dalam domain yang berbeda. Kelebihan dari skala ini adalah sangat mudah digunakan dan penilaian dapat dilakukan lebih singkat. Penilaian ini dilakukan dengan melihat lima aspek utama (Irion et al., 2024):

1. Kondisi Fisik

- a. Nilai 4 (Baik) untuk klien yang tampak sehat, memiliki gizi yang cukup, dan mental yang stabil
- b. Nilai 3 (Cukup) untuk klien yang tampak relatif sehat
- c. Nilai 2 (Buruk) untuk klien yang tampak sehat tetapi memiliki kondisi medis yang tidak stabil
- d. Nilai 1 (Sangat buruk) untuk klien dengan kondisi medis kritis dan tampak memiliki penyakit akut.

2. Kondisi Mental

- a. Nilai 4 (Compos mentis) untuk klien dengan 3x arahan dan kesadarannya baik
- b. Nilai 3 (Apatitis) untuk klien dengan orientasi 2-3x dan sikap tumpul serta pasif
- c. Nilai 2 (Bingung) untuk klien dengan orientasi 1-2x dan perkataannya tidak sesuai arahan
- d. Nilai 1 (Tidak sadar) untuk klien yang tidak dapat menjawab, malas

3. Aktivitas

- a. Nilai 4 (Berjalan) untuk klien yang mampu berjalan tanpa bantuan oranglain maupun dengan alat bantu jalan
- b. Nilai 3 (Berjalan dengan bantuan) untuk klien yang tidak mampu berjalan sendiri
- c. Nilai 2 (Duduk dikursi) untuk klien yang hanya mampu berjalan ke kursi atau yang terbatas hanya di kursi karena kondisi atau intruksi dokter
- d. Nilai 1 (Tetap di tempat tidur) untuk klien yang terbaring di tempat tidur karena kondisi atau perintah dokter

4. Mobilitas

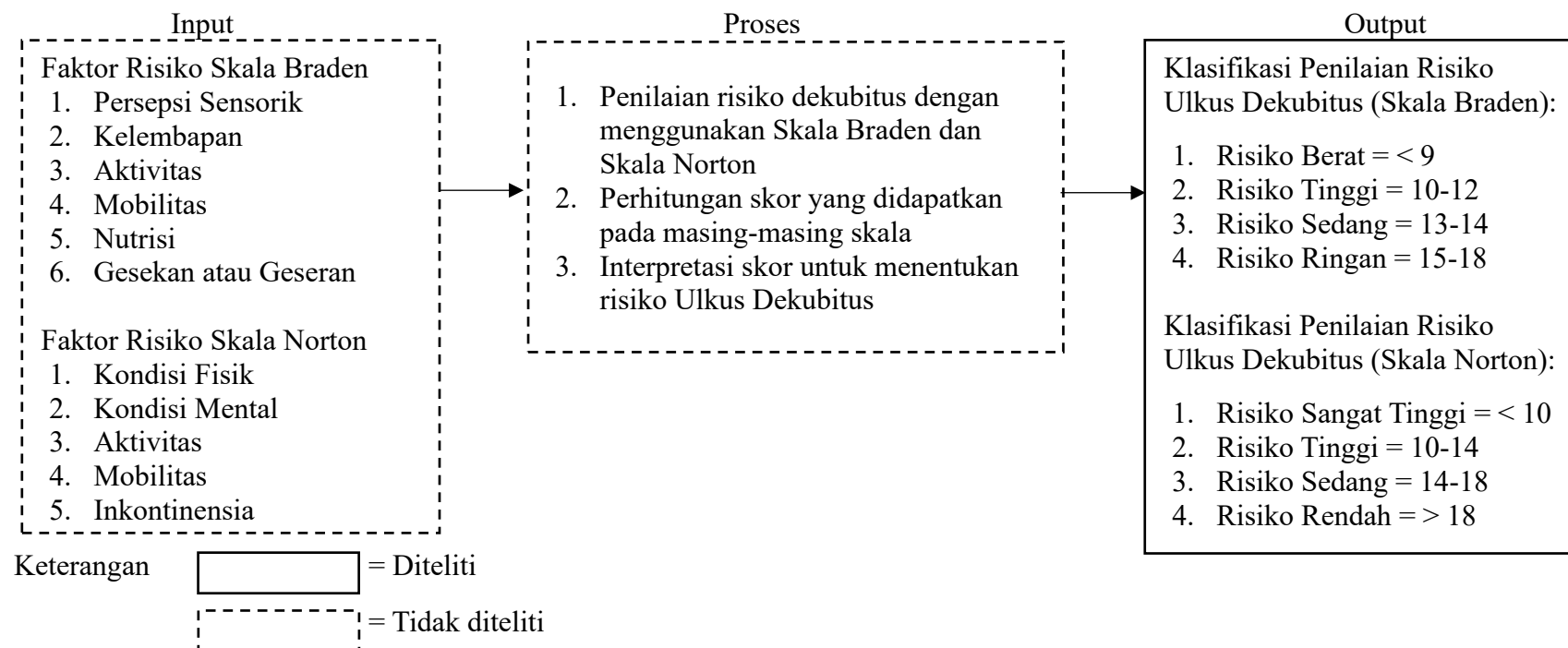
- a. Nilai 4 (Penuh) untuk klien yang dapat bergerak dan mengontrol pergerakannya, bebas bergerak
- b. Nilai 3 (agak terbatas) untuk klien yang mampu mengontrol dan menggerakkan ekstremitas. Namun, ada beberapa keterbatasan sehingga mereka membutuhkan bantuan untuk mengubah posisi
- c. Nilai 2 (Sangat terbatas) untuk klien dengan kelumpuhan, kontraktur, dan tidak mampu mengubah posisi secara mandiri
- d. Nilai 1 (Imobilisasi) untuk klien yang tidak dapat bergerak atau mengubah posisi

5. Inkontinensia

- a. Nilai 4 (Tidak mengompol) untuk klien yang kulitnya jarang lembab dan lebih sering tampak kering, sprengi dan pakaian hanya perlu diganti 1x sehari
- b. Nilai 3 (Kadang-kadang) untuk klien yang kulitnya lembab hanya beberapa waktu tertentu, pada situasi ini sprengi dan pakaian idealnya diganti 2x sehari
- c. Nilai 2 (Sering inkontinensia urin) untuk klien yang kondisi kulitnya sangat lembab karena tidak bisa mengontrol BAK tetapi tidak terjadi sering, sprengi dan pakaian harus diganti setiap shift
- d. Nilai 1 (Inkontinensia urin) untuk klien yang kulitnya selalu lembab karena keringat, urine, atau cairan tubuh lainnya. Kelembapan dapat dilihat saat klien bergerak, membalikkan badan atau dengan bantuan perawat.

D. Kerangka Teori

Kerangka konsep (*conceptual framework*) merupakan model pendahuluan dari sebuah masalah yang diteliti, dan merupakan refleksi dari hubungan variabel yang diteliti (Suprajitno, 2016). Berdasarkan latar belakang masalah dan tinjauan teori yang telah penulis uraikan sebelumnya, maka skema konsep penelitian sebagai berikut:



Gambar 2. 5 Kerangka Konseptual Risiko Ulkus Dekubitus Menggunakan Skala Braden dan Norton Pada Pasien di Ruang ICU RSUD dr. Soedono Provinsi Jawa Timur