

PENCEGAHAN DAN TATALAKSANA DEKUBITUS PADA GERIATRI

PREVENTION AND TREATMENT DECUBITUS UCER IN ELDERLY

Iin Novita Nurhidyati Mahmuda

Internal Medicine Department Faculty of Medicine Universitas Muhammadiyah Surakarta
Korespondensi : dr. Iin Novita Nurhidayati Mahmuda, Sp.PD. Email: iin_novita@ums.ac.id

ABSTRACT

Decubitus ulcer or pressure sore is a serious morbidity in elderly patients. The incidence of pressure sores in geriatric patients is 11%. Population at 70-75 of their aged had a two-fold risk higher for suffering decubitus ulcers compared with 55-69 years of aged people. The highest incidence is in group of 80-84 years old people. Studies has found 95% of cases are preventable. Prevention efforts have already proven to be more effective and cost effective than treatment. Prevention efforts include mobilization, skin care, fulfillment of fluids and adequate nutrition, the use of tools / aids for body movement, environmental regulation of health care and education. Treatment of decubitus ulcers by administering topical material, systemic drugs or surgery should be done as early as possible.

Keyword : decubitus ulcer, geriatric patients, prevention, treatment

ABSTRAK

Ulkus dekubitus adalah komorbid serius pada pasien geriatri. Insidensinya cukup tinggi yaitu 11 % pada pasien lansia. Populasi dengan usia 7-75 tahun memiliki resiko dua kali lipat untuk dapat menderita ulkus dekubitus dibandingkan dengan pasien usia 55-69 tahun. Insidensi tertinggi adalah pada usia 80-84 tahun. Beberapa studi telah membuktikan bahwa 95 % kasus ulkus dekubitus dapat dicegah. Tindakan pencegahan terbukti lebih efektif dan efisien dibandingkan terapi. Tindakan pencegahan meliputi mobilisasi, perawatan kulit, pemenuhan kebutuhan cairan, nutrisi, penggunaan alat bantu untuk bergerak, pendidikan kesehatan dan kondisi sosial lingkungan sekitar pasien. Sedangkan tindakan untuk terapi meliputi pemberian perawatan luka topikal, obat sistemik dan operasi yang dilakukan sedini mungkin.

Kata kunci: ulkus dekubitus, pasien geriatri, pencegahan, tatalaksana

How To Cite: Mahmuda, I. (2019). PENCEGAHAN DAN TATALAKSANA DEKUBITUS PADA GERIATRI. Biomedika, 11(1), 11-17. doi:<https://doi.org/10.23917/biomedika.v11i1.5966>

DOI: <https://doi.org/10.23917/biomedika.v11i1.5966>

PENDAHULUAN

Usia lanjut mempunyai potensi besar untuk terjadi dekubitus karena perubahan kulit berkaitan dengan bertambahnya usia antara lain: berkurangnya jaringan lemak subkutan, berkurangnya jaringan kolagen dan elastin, menurunnya efisiensi kolateral kapiler pada kulit sehingga kulit menjadi lebih tipis dan rapuh. Dekubitus mengakibatkan kerusakan/kematian kulit sampai jaringan di bawah kulit, bahkan menembus otot bahkan sampai mengenai tulang. Komplikasi yang sering terjadi adalah perdarahan dan infeksi (Reddy *et al.*, 2006).

Penelitian menunjukkan bahwa prevalensi luka tekan/dekubitus bervariasi, tetapi secara umum dilaporkan bahwa 5-11% terjadi di tatanan perawatan akut (*acute care*), 15-25% di tatanan perawatan jangka panjang (*longterm*

care), dan 7-12% ditatanan perawatan rumah (*home health care*) (Maryam, 2005).

Data dari *the UK General Practitioner Research Database* menyebutkan insidensi ulkus dekubitus pada pasien geriatri adalah sebesar 11 %. Geriatri dengan usia 70-75 tahun memiliki resiko dua kali lipat lebih tinggi untuk terjadinya ulkus dekubitus dibandingkan dengan usia 55-69 tahun. Insidensi tertinggi pada kelompok usia 80-84 tahun (Perneger *et al.*, 2008).

Kasus ulkus dekubitus 95 % dapat dicegah. Upaya pencegahan ini sudah terbukti lebih efektif dan *cost effective* daripada pengobatan (Maryam, 2005).

DEFINISI

Dekubitus adalah kerusakan jaringan yang terlokalisir yang disebabkan karena adanya

kompresi jaringan yang lunak diatas tulang yang menonjol (*bony prominence*) dan adanya tekanan dari luar dalam jangka waktu yang lama. Kompresi jaringan akan menyebabkan gangguan suplai darah pada daerah yang tertekan. Apabila berlangsung lama, hal ini akan menyebabkan insufisiensi aliran darah, anoksia atau iskemia jaringan dan akhirnya dapat menyebabkan kematian sel (Suriadi, 2004).

Walaupun semua bagian tubuh bisa mengalami dekubitus, bagian bawah dari tubuhalah yang terutama beresiko tinggi dan membutuhkan perhatian khusus.

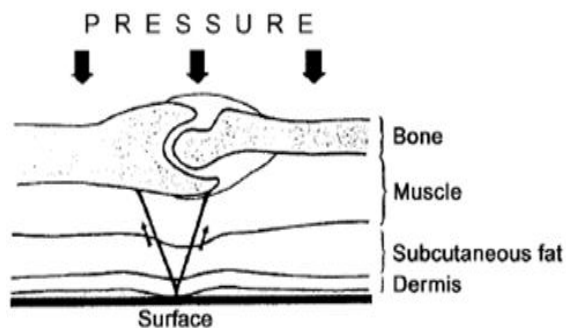
PATOFISIOLOGI

Tekanan akan menimbulkan daerah iskemik dan bila berlanjut terjadi nekrosis jaringan kulit. Percobaan pada binatang didapatkan bahwa sumbatan total pada kapiler masih bersifat reversibel bila kurang dari 2 jam. Seorang yang terpaksa berbaring berminggu-minggu tidak akan mengalami dekubitus selama dapat mengganti posisi beberapa kali perjamnya (Suriadi, 2004).

Selain faktor tekanan, ada beberapa faktor mekanik tambahan yang dapat memudahkan terjadinya dekubitus yaitu :

- a) Faktor teregangnya kulit misalnya gerakan meluncur ke bawah pada penderita dengan posisi setengah berbaring
- b) Faktor terlipatnya kulit akibat gesekan badan yang sangat kurus dengan alas tempat tidur, sehingga seakan-akan kulit “tertinggal” dari area tubuh lainnya.
- c) Faktor teregangnya kulit akibat daya luncur antara tubuh dengan alas tempatnya berbaring akan menyebabkan terjadinya iskemia jaringan setempat (Beeckman *et al.*, 2009).

Keadaan ini terjadi bila penderita immobilisasi, tidak dibaringkan terlentang mendatar, tetapi pada posisi setengah duduk.



Gambar 1. Tekanan pada setiap tulang yang menonjol disalurkan melalui jaringan sekitar menuju permukaan kulit pada suatu gradien 3 dimensi bentuk kerucut (Sumber: Nigel and Chow, 2013).

FAKTOR RISIKO

Risiko tinggi terjadinya ulkus dekubitus ditemukan pada:

- a) Orang-orang yang tidak dapat bergerak (misalnya lumpuh, sangat lemah, dipasung).
- b) Orang-orang yang tidak mampu merasakan nyeri, karena nyeri merupakan suatu tanda yang secara normal mendorong seseorang untuk bergerak. Kerusakan saraf (misalnya akibat cedera, stroke, diabetes) dan koma bisa menyebabkan berkurangnya kemampuan untuk merasakan nyeri.
- c) Orang-orang yang mengalami kekurangan gizi (malnutrisi) tidak memiliki lapisan lemak sebagai pelindung dan kulitnya tidak mengalami pemulihan sempurna karena kekurangan zat-zat gizi yang penting (Suriadi, 2004).

Faktor risiko terjadinya dekubitus antara lain, yaitu:

- a. 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 berisiko tinggi untuk terkena luka tekan. Imobilitas adalah faktor yang paling signifikan dalam kejadian luka tekan.

- b. Penurunan sensori persepsi

Pasien dengan penurunan sensori persepsi akan mengalami penurunan untuk merasakansensari nyeri akibat tekanan di atas tulang yang menonjol. Bila ini terjadi dalam durasiyang lama, pasien akan mudah terkena luka tekan.

- c. Kelembaban

Kelembaban yang disebabkan karena inkontinensia dapat mengakibatkan terjadinyamaserasi pada jaringan kulit. Jaringan yang mengalami maserasi akan mudah mengalamierosi. Selain itu kelembaban juga mengakibatkan kulit mudah terkena pergesekan (*friction*) danperobekan jaringan (*shear*). Inkontinensia alvi lebih signifikan dalam perkembangan luka tekan daripada inkontinensia urin karena adanya bakteri dan enzim pada feses dapat merusak permukaan kulit.

- d. Tenaga yang merobek (*shear*)

Merupakan kekuatan mekanis yang meregangkan dan merobek jaringan, pembuluh darahserta 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 ke bawah namun kulitnya masihtertinggal. Ini dapat mengakibatkan oklusi dari pembuluh darah, serta kerusakan pada jaringan bagian dalam seperti otot, namun hanya menimbulkan sedikit kerusakan padapermukaan kulit.

e. 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 spreii pasien yang tidak berhati-hati.

f. Nutrisi

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

g. Usia

Pasien yang sudah tua memiliki risiko yang tinggi untuk terkena luka tekan karena kulit dan jaringan akan berubah seiring dengan penuaan. Perubahan ini berkombinasi dengan faktor penuaan lain akan membuat kulit menjadi berkurang toleransinya terhadap tekanan, pergesekan, dan tenaga yang merobek.

h. Tekanan arteriolar yang rendah

Tekanan arteriolar yang rendah akan mengurangi toleransi kulit terhadap tekanan sehinggadengan aplikasi tekanan yang rendah sudah mampu mengakibatkan jaringan menjadiiskemia. Studi yang dilakukan menemukan bahwa tekanan sistolik dan tekanan diastolik yang rendah berkontribusi pada perkembangan luka tekan.

i. Stress emosional

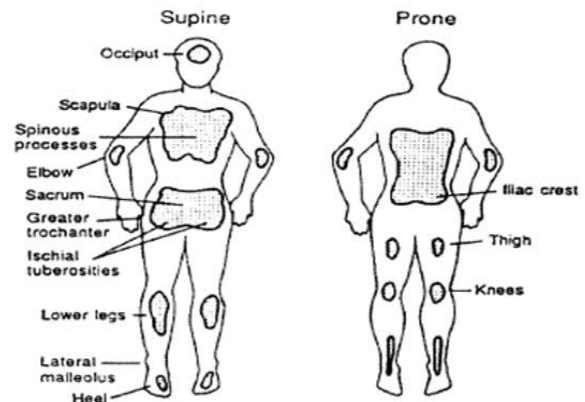
Depresi dan stress emosional kronik misalnya pada pasien psikiatrik juga merupakanfaktor risiko untuk perkembangan dari luka tekan.

j. Merokok

Nikotin yang terdapat pada rokok dapat menurunkan aliran darah dan memiliki efek toksikterhadap endotelium pembuluh. Beberapa penelitian menunjukkan adahubungan yang signifikan antara merokok dengan perkembangan terhadap luka tekan.

k. Temperatur kulit

Peningkatan temperatur merupakan faktor yang signifikan dengan risiko terjadinya luka tekan (Suriadi, 2004).



Gambar 2. Lokasi Ulkus Tekanan, posisi pronasi dan supinasi (Sumber: Nigell and Chow, 2013).

STADIUM

Penilaian ulkus dekubitus tidak hanya derajat ulkusnya tetapi juga ukuran, letak ulkus, derajat infeksi, dengan nyeri atau tidak (BGS, 2012). Menurut NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel) pada gambar 1, luka dekubitus dibagi menjadi empat stadium, yaitu:

1. Stadium I

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). Reaksi peradangan masih terbatas pada epidermis, tampak sebagai daerah kemerahan/eritema indurasi atau lecet.

2. Stadium II

Reaksi yang lebih dalam lagi sampai mencapai seluruh dermis hingga lapisan lemak subkutan, tampak sebagai ulkus yang dangkal, dengan tepi yang jelas dan perubahan warna pigmen kulit.

Hilangnya sebagian lapisan kulit yaitu epidermis atau dermis, atau keduanya. Cirinya adalah lukanya superficial, abrasi, melepuh, atau membentuk lubang yang dangkal. Jika kulit terluka atau robek maka akan timbul masalah baru, yaitu infeksi.

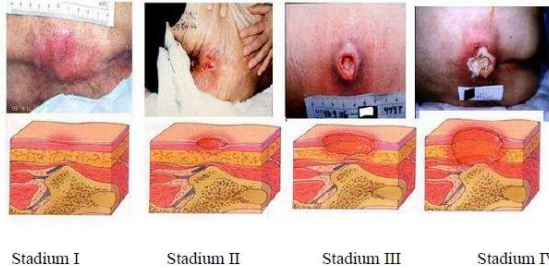
3. Stadium III

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. Ulkus menjadi lebih dalam, meliputi jaringan lemak subkutan dan menggaung, berbatasan dengan fascia dari otot-otot. Sudah mulai didapat infeksi dengan jaringan nekrotik.

4. Stadium IV

Hilangnya lapisan kulit secara lengkap dengan kerusakan yang luas, nekrosis jaringan, kerusakan pada otot, tulang atau tendon. Adanya lubang yang dalam serta saluran atau sinus.

Perluasan ulkus menembus otot, hingga tampak tulang di dasar ulkus yang dapat mengakibatkan infeksi pada tulang atau sendi (NPUAP, 2009).



Gambar 3. Stadium Luka Dekubitus menurut NPUAP
(Courtesy of Prof. Hiromi Sanada, Japan)

PROSES PENYEMBUHAN LUKA

1. Fase aktif (\pm 1 minggu)

Leukosit secara aktif akan memutus kematian jaringan, khususnya monosit akan memutus pembentukan kolagen dan protein lainnya. Proses ini berlangsung hingga mencapai jaringan yang masih bagus. Undermined edged dianggap sebagai tanda khas ulkus yang masih aktif. Di samping itu juga, terdapat transudat yang creamy, kotor, dengan aroma tersendiri. Kemudian saat terikut pula debris dalam cairan tersebut, maka disebut eksudat. Pada fase aktif, eksudat bersifat steril. Selanjutnya, sel dan partikel plasma berikatan membentuk necrotic coagulum yang jika mengeras dinamakan eschar.

2. Fase proliferasi

Fase ini ditandai dengan adanya granulasi dan reepitelisasi. Jaringan granulasi merupakan kumpulan vaskular (nutrisi untuk makrofag dan fibroblast) dan saluran getah bening (mencegah edema dan sebagai drainase) yang membentuk matriks granulasi yang turut menjadi lini pertahanan terhadap infeksi. Pada fase ini tampak epitelisasi di mana terbentuk tepi luka yang semakin landai.

3. Fase maturasi atau remodelling

Saat inilah jaringan ikat (skar) mulai terbentuk (Suriadi, 2004).

PENCEGAHAN

Pengelolaan dekubitus diawali dengan kewaspadaan untuk mencegah terjadinya dekubitus dengan mengenal penderita risiko tinggi terjadinya dekubitus, misalnya pada penderita yang immobilisasi. Untuk skrining resiko ulkus dekubitus menggunakan skor Norton.

A. Umum

Pendidikan kesehatan tentang ulkus dekubitus bagi staf medis, penderita dan keluarganya serta pemeliharaan keadaan umum dan hygiene penderita. Meningkatkan keadaan umum penderita, misalnya anemia diatasi, hipalbuminemia dikoreksi, nutrisi dan hidrasi yang cukup, vitamin (vitamin C) dan mineral (Zn) ditambahkan. Coba mengendalikan penyakit-penyakit yang ada pada penderita, misalnya DM, PPOK, hipertensi, dll.

B. Khusus:

- Mengurangi/meratakan faktor tekanan yang mengganggu aliran darah, yaitu : Alih posisi/alih baring/tidur selang seling, paling lama tiap dua jam. Kelemahan pada cara ini adalah ketergantungan pada tenaga perawat yang kadang-kadang sudah sangat kurang, dan kadang-kadang mengganggu istirahat penderita bahkan menyakitkan.
- Kasur khusus untuk lebih membagi rata tekan yang terjadi pada tubuh penderita, misalnya; kasur dengan gelembung tekan udara yang naik turun, kasur air yang temperatur airnya dapat diatur (keterbatasan alat canggih ini adalah harganya mahal, perawatannya sendiri harus baik dan dapat rusak).



Gambar 4. Support surfaces untuk mencegah ulkus dekubitus (Sumber: Suriadi, 2004)

- Regangan kulit dan lipatan kulit yang menyebabkan sirkulasi darah setempat terganggu, dapat dikurangi antara lain dengan menjaga posisi penderita, apakah ditiidurkan rata pada tempat tidurnya, atau sudah memungkinkan untuk duduk dikursi.
- Pemeriksaan dan perawatan kulit dilakukan dua kali sehari (pagi dan sore), tetapi dapat lebih sering pada daerah yang potensial terjadi ulkus dekubitus. Pemeriksaan kulit dapat dilakukan sendiri, dengan bantuan penderita lain ataupun keluarganya.

Perawatan kulit termasuk pembersihan dengan memandikan setiap hari. Sesudah mandi keringkan dengan baik lalu digosok dengan lotion yang mengandung emolien, terutama dibagian kulit yang ada pada tonjolan-tonjolan tulang. Sebaiknya diberikan massase untuk melancarkan sirkulasi darah, semua ekskreta/sekreta harus dibersihkan dengan hati-hati agar tidak menyebabkan lecet pada kulit penderita. Menjaga kulit tetap bersih dari keringat, urin dan feces. Kulit yang kemerahan dan daerah di atas tulang yang menonjol seharusnya tidak dipijat karena pijatan yang keras dapat mengganggu perfusi ke jaringan.

e. Mengkaji status mobilitas

Untuk pasien yang lemah, lakukanlah perubahan posisi. Ketika menggunakan posisi lateral, hindari tekanan secara langsung pada daerah trochanter. Untuk menghindari luka tekan di daerah tumit, gunakanlah bantal yang diletakkan dibawah kaki bawah. Bantal juga dapat digunakan pada daerah berikut untuk mengurangi kejadian luka tekan yaitu di antara lutut kanan dan lutut kiri, di antara mata kaki, dibelakang punggung, dan dibawah kepala.

f. Meminimalkan terjadinya tekanan

Hindari menggunakan kassa yang berbentuk donat di tumit. Perawat rumah sakit di Indonesia masih sering menggunakan donat yang dibuat dari kasa atau balon untuk mencegah luka tekan. Menurut hasil penelitian Sanada (1998) ini justru dapat mengakibatkan region yang kontak dengan kasa donat menjadi iskemia. Mengkaji dan meminimalkan terhadap pergesekan (*friction*) dan tenaga yang merobek (*shear*).

g. Mengkaji inkontinensia

Kelembaban yang disebabkan oleh inkontinensia dapat menyebabkan maserasi. Lakukanlah latihan untuk melatih kandung kemih (*bladder training*) pada pasien yang mengalami inkontinesia. Untuk mencegah luka tekan pada pasien dengan inkontinensia adalah : bersihkanlah 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, gunakanlah air yang hangat atau sabun yang lembut untuk mencegah kekeringan pada kulit, berikanlah

pelembab pada pasien setelah dimandikan untuk mengembalikan kelembaban kulit, pilihlah diaper yang memiliki daya serap yang baik, untuk mengurangi kelembapan kulit akibat inkontinensia.

h. Memberikan klien pendidikan kesehatan berupa penyebab dan faktor risiko untuk luka dekubitus dan cara untuk meminimalkannya (Suriadi, 2004).

Pendidikan kesehatan dapat dilakukan dengan menggunakan berbagai metode dan pendekatan. Salah satunya dengan melakukan *bed side teaching* dimana hanya membutuhkan waktu sekitar 10-15 menit sambil perawat atau keluarga melakukan tugas keperawatannya seperti saat membantu mobilisasi, memberi makan atau saat memandikan klien.

PENATALAKSANAAN

Pengobatan ulkus dekubitus dengan pemberian bahan topikal, sistemik ataupun dengan tindakan bedah dilakukan sedini mungkin agar reaksi penyembuhan terjadi lebih cepat.

a. Mengurangi tekanan lebih lanjut pada daerah ulkus

Secara umum sama dengan tindakan pencegahan yang sudah dibicarakan di atas. Pengurangan tekanan sangat penting karena ulkus tidak akan sembuh selama masih ada tekanan yang berlebihan dan terus menerus.

b. Mempertahankan keadaan bersih pada ulkus dan sekitarnya

Keadaan tersebut akan menyebabkan proses penyembuhan luka lebih cepat dan baik. Untuk hal tersebut dapat dilakukan kompres, pencucian, pembilasan, pengeringan dan pemberian bahan-bahan topikal seperti larutan NaCl 0,9%, larutan H₂O₂ 3%, larutan plasma dan larutan Burowi serta larutan antiseptik lainnya.

Pranarka (2001) menyatakan bahwa pada dekubitus Stadium I, kulit yang tertekan dan kemerahan harus dibersihkan menggunakan air hangat dan sabun, lalu diberi lotion dan dipijat 2-3 x/hari untuk memperlancar sirkulasi sehingga iskemia jaringan dapat dihindari.

c. Mengangkat jaringan nekrotik

Adanya jaringan nekrotik pada ulkus akan menghambat aliran bebas dari bahan yang terinfeksi dan karenanya juga menghambat pembentukan jaringan granulasi dan epitelisasi. Oleh karena itu pengangkatan

jaringan nekrotik akan mempercepat proses penyembuhan ulkus.

Terdapat 3 metode yang dapat dilakukan antara lain: Sharp debridement (dengan pisau, gunting dan lain-lain), enzymatic debridement (dengan enzim proteolitik, kolageno-litik, dan fibrinolitik), mechanical debridement (dengan teknik pencucian, pembilasan, kompres dan hidroterapi)

d. Mengatasi infeksi

Antibiotika sistemik dapat diberikan bila penderita mengalami sepsis, selulitis. Ulkus yang terinfeksi harus dibersihkan beberapa kali sehari dengan larutan antiseptik seperti larutan H2O2 3%, povidon iodin 1%, seng sulfat 0,5%. Radiasi ultraviolet (terutama UVB) mempunyai efek bakterisidal. Dilakukan pemeriksaan kultur sensitivitas untuk menentukan antibiotika spesifik.

Tabel 1. Sediaan Antibiotik Untuk Ulkus Dekubitus

Sediaan	Rekomendasi Jadwal Dosis
Monoterapi	
Cefoxitin	1-2 g iv atau im setiap 6-8 jam
Ceftizoxime	1-2 g iv setiap 8-12 jam
Cefotetan	1-2 g iv atau im setiap 12-24 jam
Ticarcilin-clavulanat	3.1 g iv setiap 4-6 jam
Piperacilin-tazobactam	2-4 g iv setiap 6-8 jam
Imipenem	0.5-1 g iv setiap 6-8 jam
Meropenem	0.5-1 g iv setiap 6-8 jam
Gantifloxacin	400 mg iv atau po setiap hari
Terapi Kombinasi	
Clindamycin	450-600 mg iv setiap 6-8 jam atau 450 mg po q.i.d
Plus ciprofloxacin	200-400 mg iv setiap 12 jam atau 500 mg po b.i.d
Plus ofloxacin	200-400 mg iv setiap 12-24 jam atau 400 mg po b.i.d
Metronidazole	500 mg iv setiap 6-8 jam atau 500 mg po t.i.d
Plus ciprofloxacin	200-400 mg iv setiap 12 jam atau 500 mg po b.i.d
Plus ofloxacin	200-400 mg iv setiap 12-24 jam atau 400 mg po b.i.d
Terapi karena infeksi MRSA	
Vancomycin	0.5 g iv setiap 6-8 jam
Quinupristin/dalfopristin ^a	7.5 mg/kl iv setiap 8-12 jam
Oxazolidinone ^b	600 mg iv setiap 12 jam

Keterangan: MRSA= Methicilin-resistant *Staphylococcus aureus*. ^aSynercid (Aventis). ^bLinezolid (Sumber: Nigel and Chow, 2013).

e. Merangsang dan membantu pembentukan jaringan granulasi dan epitelisasi. Hal ini dapat dicapai dengan pemberian antara lain : bahan-bahan topikal misalnya : salep asam salisilat 2%, preparat seng (Zn O, Zn SO), oksigen hiperbarik; selain mempunyai efek bakteristatik terhadap sejumlah bakteri, juga mempunyai efek proliferasi epitel, menambah jaringan granulasi dan memperbaiki keadaan vaskular, radiasi infra merah; *short wave diathermy*, dan pengurutan

dapat membantu penyembuhan ulkus karena adanya efek peningkatan vaskularisasi, terapi ultrasonik; sampai saat ini masih terus diselidiki manfaatnya terhadap terapi ulkus dekubitus.

- f. Tindakan bedah selain untuk pembersihan ulkus juga diperlukan untuk mempercepat penyembuhan dan penutupan ulkus, terutama ulkus dekubitus stadium III & IV dan karenanya sering dilakukan tandur kulit ataupun *myocutaneous flap* (Suriadi, 2004).
- g. Mengkaji status nutrisi
Pasien dengan luka tekan biasanya memiliki serum albumin dan hemoglobin yang lebih rendah bila dibandingkan dengan mereka yang tidak terkena luka tekan. Mengkaji status nutrisi yang meliputi berat badan pasien, intake makanan, nafsu makan, ada tidaknya masalah dengan pencernaan, gangguan pada gigi, riwayat pembedahan atau intervensi keperawatan/medis yang mempengaruhi intake makanan.
- h. Mengkaji dan memonitor luka tekan pada setiap penggantian balutan luka meliputi:
 - 1) Deskripsi dari luka tekan meliputi lokasi, tipe jaringan (granulasi, nekrotik, eschar), ukuran luka, eksudat (jumlah, tipe, karakter, bau), serta ada tidaknya infeksi.
 - 2) Stadium dari luka tekan
 - 3) Kondisi kulit sekeliling luka
 - 4) Nyeri pada luka
- i. Mengkaji faktor yang menunda status penyembuhan
 - 1) Penyembuhan luka seringkali gagal karena adanya kondisi-kondisi seperti malignansi, diabetes, gagal jantung, gagal ginjal, pneumonia.
 - 2) Medikasi seperti steroid, agen immunosupresif, atau obat anti kanker juga akan mengganggu penyembuhan luka.
- j. Mengevaluasi penyembuhan luka
 - 1) Luka tekan stadium II seharusnya menunjukkan penyembuhan luka dalam waktu 1 sampai 2 minggu. Pengecilan ukuran luka setelah 2 minggu juga dapat digunakan untuk memprediksi penyembuhan luka. Bila kondisi luka memburuk, evaluasilah luka secepat mungkin.
 - 2) Menggunakan parameter untuk penyembuhan luka termasuk dimensi luka, eksudat, dan jaringan luka.
- k. Mengkaji komplikasi yang potensial terjadi karena luka tekan seperti abses, osteomielitis, bakteriemia, fistula.

1. Mengatasi dan meminimalisir faktor resiko intrinsik dan ekstrinsik ulkus dekubitus. Hal ini penting untuk memastikan tidak mudah terulangnya kasus serupa (Suriadi, 2004).

SIMPULAN

Luka tekan yang tidak ditangani dengan baik dapat mengakibatkan masa perawatan

pasien menjadi panjang dan peningkatan biaya rumah sakit. Upaya pencegahan dekubitus meliputi mobilisasi, perawatan kulit, pemenuhan kebutuhan cairan dan nutrisi yang adekuat, penggunaan alat/ sarana dan penataan lingkungan perawatan serta pendidikan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Beeckman, D., Schoonhoven, L., Verhaeghe, Heyneman, A., Defloor, T. 2009. Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis. *Journal of Advanced Nursing*; 65 (6) : 1141-1154
- British Geriatrics Society (BGS). 2012. Pressure Ulcer in *Best Practise Guideline*. JAMA
- Maryam. 2005. Ulkus Dekubitus dalam Asuhan Keperawatan. Tinjauan Pustaka. Universitas Jendral Sudirman Purwokerto
- National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). 2009. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: *Clinical Practice Guideline*. NPUAP. Washington DC
- Nigel, J.L and Chow, A. 2013. Infected pressure ulcers in elderly individual in *Aging and Infectious Diseases*
- Perneger, T.V., Héliot, C., Raë, A.C., Borst, F., Gaspoz, J.M. 2008. Hospital-Acquired Pressure Ulcers Risk Factors and Use of Preventive Devices. *Archives Internal Medicine* ;158(17):1940-1945
- Pranarka. 2001. *Buku Ajar Geriatri Ilmu Kesehatan Usila*. Edisi 2. Jakarta: Balai Penerbit FKUI
- Reddy, M.D., Gill, S., Rochon, P.A., 2006. Preventing Pressure Ulcers: A Systematic Review in *JAMA*; Vol 296: 8
- Suriadi. 2004. *Luka Tekan (Pressure Ulcer): Penyebab dan Pencegahan*. Tinjauan Pustaka. Universitas Veteran