

PERBEDAAN EFEKTIVITAS POSISI MIRING 30 DERAJAT DAN 90 DERAJAT DALAM MENURUNKAN RISIKO DEKUBITUS PADA PASIEN *BEDREST* TOTAL DI RSUD SALATIGA

Doma Putra Sarwanto^{*)}, Sri Puguh Kriatyawati^{*)}, Syamsul Arief^{***)}

^{*)} Alumni Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKES Telogorejo Semarang

^{**)} Dosen Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKES Telogorejo Semarang

^{***)} Dosen Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Semarang

ABSTRAK

Dekubitus adalah matinya jaringan sel (nekrosis) pada suatu daerah kulit yang disebabkan oleh berkurangnya aliran darah karena tekanan yang lama atau terus menerus. Hal ini yang bisa mempengaruhi terjadinya risiko dekubitus adalah kondisi pasien yang mengalami *bedrest* total. Perawat mempunyai peran dalam menjaga kesehatan kulit pasien dengan kondisi *bedrest* total. tindakan pencegahan yang bisa dilakukan adalah dengan melakukan pemberian posisi 30 derajat dan 90 derajat dalam menurunkan risiko dekubitus. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan efektivitas posisi miring 30 derajat dan 90 derajat dalam menurunkan risiko terjadinya dekubitus. Jenis penelitian digunakan dalam penelitian ini adalah *quasi eksperiment* dengan *two group pretest and posttest only design* dengan sudah dilakukan observasi pertama/*pretest* yang memungkinkan terjadi perubahan-perubahan yang terjadi setelah adanya eksperimen atau intervensi. Metode pengambilan sampel teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *accidental* sampling. Populasi dalam penelitian ini 16 pasien dengan kondisi yang belum terjadi dekubitus dan belum mengalami dekubitus. nilai rata-rata peringkat intervensi posisi miring 30 derajat lebih tinggi ($p=0,041$). Hal ini menunjukkan bahwa pemberian posisi miring 30 derajat merupakan rekomendasi untuk menurunkan risiko dekubitus pada pasien *bedrest* total.

Kata kunci : dekubitus, posisi miring 30 derajat dan 90 derajat.

Daftar Pustaka : 31 (2008 – 2016)

ABSTRACT

Decubitus is death of cells tissue (necrosis) in a skin part caused by reduced blood flow due to longnor continuous pressure. This may affect occurrence of decubitus risk in a patient whit total bedrest condition. A nurse has a role in maintining skin helath of a patient in total bedrest condition. Prevention measures that can be done is doing the tilt 30 degrees and 90 degrees position in reducing the risk of decubitus. The research aims to find out the defference in the effectiveness of inclined position of 0 degress and 90 degrees in reducing decubitus risk. The research design will be used in this research is quasi experiment with two group pre test and post test only design, with first observation, that been conducted that made possible changes that occurred after the experiment or intervention. Smapling method used in this research is accidental sampling. The population in this research is 16 patients, with the condition that have not occurred decubitus and not experienced decubitus. The

average value of intervention rank inclined of 30 degrees and 90 degrees is higher, ($p=0,041$). This shows inclined of 30 degrees is more effectiveness to reducing decubitus in total bedrest patient in RSUD Salatiga.

Keywords : Decubitus, inclined position 30 degrees and 90 degrees.

References : 31 (2008-2016)

PENDAHULUAN

Kulit merupakan organ tubuh pada bagian luar dan membatasi bagian dalam tubuh dari lingkungan luar. Kulit mempunyai fungsi sebagai alat indra, pengatur suhu, pelindung, produksi vitamin, dan penyeimbang cairan. Kulit merupakan bagian tubuh yang bersifat *sensitive, reparative*, dan mampu menjaga mempertahankan *homeostasisnya*. Bagian kulit yang sering terpapar dengan lingkungan luar adalah lapisan epidermis (Morton, et al., 2012, hlm. 1497).

Lapisan epidermis berperan dalam memberikan perlindungan terhadap mikroba, paparan sinar ultraviolet dan ancaman-ancaman lain yang dapat membahayakan integritas kulit (Potter & Perry, 2012, hlm. 1251). Sehingga lapisan ini harus diproteksi dan terawat dengan baik supaya kesehatan kulit dapat terjaga dan tetap sehat.

Mengingat pentingnya peran dari lapisan epidermis, maka perawatan terhadap lapisan ini khusus bagi pasien yang dirawat di rumah sakit harus mendapatkan perhatian dan tindakan khusus. Upaya perawat yang dapat dilakukan adalah dalam proses pengelolaan asuhan keperawatan terutama dalam hal pengkajian kulit. Tindakan ini dilakukan untuk mengetahui pasien mengalami gangguan integritas kulit atau tidak. Intervensi keperawatan untuk menjaga kulit yang tidak terencana dan konsisten dapat mengakibatkan terjadinya gangguan integritas kulit (Potter & Perry, 2012, hlm. 1251)

Gangguan integritas kulit dipengaruhi oleh faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal yang mengakibatkan gangguan integritas kulit seperti genetik, usia dan penyakit kronis atau status kesehatan pasien. Faktor eksternal seperti aktivitas, pasien yang mengalami imobilisasi, trauma, pasien yang sedang mengalami prosedur invasive, *hygiene* buruk (Berman, et al., 2009, hlm. 796).

Salah satu faktor eksternal yang dapat menyebabkan gangguan integritas kulit adalah imobilisasi. Imobilisasi adalah ketidakmampuan untuk bergerak bebas yang disebabkan oleh kondisi di mana gerakan terganggu atau dibatasi secara terapeutik yang bisa berhubungan langsung dengan faktor internal seperti penyakit kronis atau status kesehatan. Contohnya penyakit gizi buruk, paralisis, diabetes mellitus, gangguan kardiovaskuler, lansia, inkontinensia, anemia, berat badan. Sehingga pasien harus beristirahat total atau biasa disebut dengan *bedrest* total (Potter & Perry, 2010, hlm. 125).

Pasien dengan *bedrest* total rentan terjadi cedera akibat penurunan aliran darah dan resiko terjadinya ruam akibat dari hipersensitivitas, reaksi obat, atau infeksi oportunistik (Morton, et al., 2012, hlm. 1497). Komplikasi lain yang bisa terjadi pada pasien dengan *bedrest* total adalah ulkus dekubitus. (Potter & Perry, 2010, hlm. 125).

Ulkus dekubitus atau luka tekan adalah nekrosis jaringan lokal ketika jaringan lunak tertekan antara tonjolan tulang dengan permukaan eksternal dalam

jangka waktu yang lama, karena tekanan atau akibat gaya gesek. Meskipun ulkus dekubitus paling banyak terjadi pada tonjolan tulang, kemungkinan juga dapat terjadi pada lokasi area tubuh lain yang terkena tekanan, gaya geser, atau friksi (Saryono & Widiyanti, 2010, hlm. 96).

Berdasarkan data dari profil kesehatan dinas kesehatan, Provinsi Jawa Tengah, dan khususnya di kabupaten Salatiga tahun 2016, peneliti menemukan data angka penyakit yang mempunyai risiko terjadinya dekubitus. Namun, berdasarkan data dari Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu RSUD Salatiga tahun 2016, terdapat data pasien-pasien yang berisiko terjadi dekubitus. Data tersebut menyebutkan penyebab utama yang bisa berisiko terjadinya dekubitus adalah pasien-pasien yang imobilisasi lama, penyakit kronis seperti stroke dengan kelumpuhan, dan gagal jantung. Tahun 2016 tercatat ada 25 pasien yang menjalani rawat inap di RSUD Salatiga yang berisiko mengalami dekubitus (SPGT RSUD Salatiga, 2016).

Risiko dekubitus apabila tidak dicegah maka bagi pasien akan mengakibatkan peningkatan biaya perawatan, memperpanjang waktu perawatan, dan mengganggu proses rehabilitasi pasien. Kerugian yang didapat rumah sakit adalah mendapatkan stigma bahwa pelayanan yang diberikan kepada pasien buruk, baik bagi pasien itu sendiri, keluarga pasien maupun masyarakat umum (Potter & Perry, 2010, hlm. 1251).

Pencegahan adalah cara terbaik yang dapat dilakukan oleh perawat terhadap pasien yang mengalami *bedrest* total. Tindakan tersebut adalah dengan melakukan alih baring baring/perubahan posisi (Potter &

Perry, 2010, hlm. 586). Alih baring merupakan perubahan posisi yang diberikan untuk mengurangi tekanan dan gaya gesek yang dapat melukai kulit serta menjaga daerah yang tertekan tidak mengalami luka (Potter & Perry, 2012, hlm. 1260).

Realita di lapangan upaya pencegahan yang dilakukan pada pasien *bedrest* total yaitu dengan memposisikan lateral/*side lying* atau posisi 90 derajat selama 1-2 jam. Hal ini sesuai dengan penelitian oleh Bujang, Aini, Purwaningsih (2013) tentang pengaruh alih baring terhadap kejadian dekubitus pada pasien stroke di RSUD Kota Semarang, didapatkan hasil ada pengaruh alih baring terhadap kejadian dekubitus pada pasien stroke dengan hemiparesis yang dilakukan setiap 2 jam dilakukan alih baring. Posisi lateral/*side lying* atau posisi 90 derajat adalah posisi pasien berbaring pada salah satu sisi bagian tubuh dengan kepala menoleh ke samping dengan sebagian besar ditopang pada pinggul dan bahu yang bertujuan membantu menghilangkan tekanan pada sarkum dan tumit (Ely & Payapo, 2009, hlm. 76). Posisi ini menekan pada tulang yang menonjol seperti pada tulang trochanter mayor os femoris, Krista iliaka, kaput humeri, sisi lateral kaki. Hasil yang didapatkan peneliti pada saat praktik klinik, sebelum dilakukan posisi 90 derajat, perawat memberikan lotion yang diharapkan tidak terjadi dekubitus. Hasilnya tidak terdapat kejadian dekubitus pada daerah sakrum dan tumit. Namun terdapat tanda-tanda kemerahan pada area tulang yang menonjol.

Selain dengan melakukan alih baring, tindakan dengan memposisikan miring 30 derajat dapat dilakukan selama 2 jam. Intervensi ini bertujuan untuk mencegah cedera friksi. Ketika mengubah posisi disarankan untuk

pasien diangkat bukan diseret (Potter & Perry, 2012, hlm. 1260). Hal ini juga didukung dengan hasil penelitian Tarihoran, Sitorus, Sukmarini, (2010) didapatkan 10 responden dari kelompok yang tidak diberikan posisi miring 30 derajat tidak mengalami luka tekan, sedangkan 17 responden pada kelompok yang diberikan posisi miring 30 derajat hanya 16 yang tidak mengalami luka tekan. Tindakan ini juga sama yang dilakukan oleh Moore (2011), melakukan alih baring dengan posisi miring 30 derajat selama 3 jam pada malam, didapatkan hasil dapat mengurangi kejadian dekubitus.

Berdasarkan penelitian dan teori yang menjelaskan tentang posisi yang digunakan untuk mencegah terjadinya dekubitus dan untuk mendapatkan peningkatan mutu pelayanan yang baik, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul “Perbedaan efektivitas posisi miring 30derajat dan 90derajat terhadap pencegahan dekubitus pada pasien *bedrest* total”.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian dalam penelitian ini adalah *quasi eksperiment* dengan *two group pretest and posttest only design* dengan sudah dilakukan obserbvasi pertama/*pretest* yang memungkinkan terjadi perubahan-perubahan yang terjadi setelah adanya eksperimen atau intervensi. Penelitian quasi eksperimental merupakan penelitian yang bertujuan untuk mengetahui suatu gejala atau pengaruh yang timbul sebagai akibat dari adanya perlakuan tertentu. Peneliti akan melakukan intervensi/perlakuan telah dilakukan kemudian pengukuran (Notoatmodjo, 2012, hlm. 57).

Sampel adalah bagian dari populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui *sampling* (Nursalam, 2012, hlm. 171). Menentukan besarnya sampel

diperlukan suatu acuan sesuai kaidah penelitian. Besar sampel dalam penelitian ini ditentukan dengan metode total sampling. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini sebanyak 16 pasien.

tempat yang digunakan untuk penelitian adalah seluruh rawat inap di RSUD Salatiga yang ada pasien *bedrest* total. Tempat penelitian ini dipilih karena RSUD Salatiga merupakan menjadi tempat rujukan menerima pasien-pasien dengan gangguan neurologi, endokrin, dan kardiovaskuler khususnya dengan berbagai kondisi keadaan umum pasie. RSUD Salatiga juga merupakan rumah sakit pendidikan bagi mahasiswa keperawatan. Selain itu, rumah sakit ini belum ada penelitian dampak pengaturan posisi bagi pasien yang *bedrest* total.

Penelitian ini, waktu pengambilan data dilakukan pada 20 Maret sampai dengan 20 April 2017.

Data primer merupakan data yang diperoleh secara langsung oleh responden. Data primer dalam penelitian ini adalah nama, jenis kelamin, umur, alamat, dan skor dekbitus. Data skor dekubitus dalam penelitian ini diperoleh dari menggunakan lembar obserbvasi dekubitus skala Braden.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Analisis Univariat

a. Karakteristik responden

Karakteristik responden dalam penelitian ini dilihat berdasarkan jenis kelamin, jenis penyakit, dan usia responen yang disajikan dalam tabel frekuensi sebagai berikut:

Tabel 4.1
 Distribusi frekuensi responden berdasarkan usia dan jenis kelamin
 RSUD Salatiga April-Mei 2017 (n=8)

Karakteristik responden	F	%
1. Jenis kelamin		
a. Laki-laki	8	50%
b. Perempuan	8	50%
Jumlah	16	100%
2. Penyakit		
a. Stroke	9	56,2%
b. DM	5	31,3%
Karakteristik responden	F	%
c. CKB	-	-
d. Gagaljantung	2	12,5%
Jumlah	16	100%
3. Usia		
a. ≤ 50	3	18,8%
b. 59-60	5	31,2%
c. 61-70	3	18,8%
d. ≥ 71	5	31,2%
Jumlah	16	100%

Sumber: Data primer

- 1) Jenis Kelamin dan usia
 Berdasarkan table 4.1 dapat diketahui bahwa karakteristik responden dilihat dari jenis kelamin dengan jumlah 8 responden (50 %) laki-laki dan 8 responden (50%) perempuan, dan karakteristik responden berdasarkan usia berjumlah sama dan terbanyak adalah usia 59-60 sebanyak 5 responden (31,2 %) dengan usia $71 \geq$ sebanyak 5 responden (31,2 %).

Karakteristik responden khususnya pada jenis kelamin dalam penelitian ini berjumlah sama, secara teori menurut Potter & Perry (2012, hlm. 1259) tidak ada hubungan antara jenis kelamin terjadinya risiko dekubitus. Hal didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Alfiyanti, Nurhaeni dan Eryando (2012) hasil analisis bivariat dengan uji Kai kuadrat menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian dekubitus ($p=1,00$).

Hal ini berbeda dengan menurut Bilotta (2011. hlm.1052) Insiden dekubitus terbesar pada penduduk yang

berusia 75 tahun Beberapa perubahan normal karena proses penuaan juga meningkatkan risiko terjadi dekubitus pada lansia (Bilotta, 2011. hlm.1052). Selain itu dikarenakan pada lansia akan penurunan jumlah massa tubuh yang berakibat hilangnya lemak subkutan perifer. Tonjolan tulang vertebra, trochanter pada lansia lebih menonjol (Kusyati, Yunani, & Fauziah, 2012, hlm. 154).

Didukung dengan kondisi pasien dengan usia lanjut serta mengalami *bedrest* total dapat meningkatkan yang bisa mempengaruhi risiko terjadinya dekubitus karena dalam penelitian ini terjadi pada usia lanjut. Hal ini sesuai dengan teori Smeltzer & Bare (2008, hlm. 1259), bahwa faktor yang mempengaruhi risiko terjadinya dekubitus antara lain usia jika dan imobilisasi. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Said, Sukareany, & Khoiriyah (2012) menyatakan bahwa usia juga akan mempengaruhi terjadinya dekubitus. Usia akan mempengaruhi risiko terjadinya dekubitus apabila didukung oleh faktor lain seperti perkembangan luka tekan, status nutrisi, gesekan dan tekanan, kelembaban (Potter & Perry, 2012, hlm. 1359)

- 2) Jenis Penyakit
 Karakteristik responden dilihat dari jenis penyakit

responden sebagian besar penyakitnya adalah stroke sebanyak 9 responden (56,2%).

Karakteristik responden khususnya pada jenis penyakit dalam penelitian ini terbanyak adalah pada pasien stroke. Karena dalam penelitian ini pasien mengalami kelemahan anggota gerak dan mobilisasi dibantu oleh keluarga atau perawat. Hal ini sesuai dengan menurut teori dari Kozier et al, (2010, hlm. 307) karena terjadi pasien stroke mengalami gangguan pergerakan karena keterbatasan gerak untuk memenuhi kebutuhan dasar secara mandiri dan penurunan sensasi pada area tubuh sehingga menurunkan kemampuan reaksi pasien terhadap panas dan dingin yang bisa menyebabkan cedera serta tidak dapat merasakan sensasi kesemutan atau parastesia yang merupakan tanda gangguan sirkulasi, maka hal ini diperkuat dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Bujang, Aini, Purwaningsih (2014 hlm. 9) pasien stroke mengalami penurunan fungsi bagian tubuh untuk mobilisasi bahwa pasien stroke mengalami risiko terjadinya dekubitus. Sedangkan penyakit kronis Diabetes mellitus dan kardiovaskuler bisa terjadi risiko dekubitus karena terjadinya gangguan penghantaran oksigen ke jaringan perfusi yang buruk dan menyebabkan proses

penyembuhan memburuk dan terhambat sehingga menyebabkan risiko terjadinya dekubitus (Kozier et al, 2010, hlm. 307). Selain itu, juga didukung dengan kondisi pasien yang *bedrest* total.

- 3) Distribusi frekuensi berdasarkan skor dekubitus dan peningkatan skor sebelum dan sesudah diberikan posisi miring 30 derajat dan 90 derajat.

Skor dekubitus dari masing-masing kelompok intervensi yaitu kelompok pemberian posisi miring 30 derajat dan pemberian posisi miring 90 derajat disajikan pada penelitian ini dalam bentuk tabel frekuensi sebagai berikut:

Tabel 4.2
Distribusi frekuensi skor dekubitus sebelum dan sesudah pemberian posisi miring 30 derajat dan 90 derajat di RSUD Salatiga April 2017 (n=8)

Kelompok	Klasifikasi Skor dekubitus	N	Sebelum		Setelah	
			f	%	f	%
Posisi miring 30 derajat	Risiko sangat tinggi	8	3	37,5 %	1	12,5 %
	Risiko tinggi		5	62,5 %	7	87,5 %
	Sedang		-	-	-	-
	Rendah		-	-	-	-
Jumlah		8		100 %		100 %
Posisi miring 90 derajat	Risiko sangat tinggi	8	2	25 %	3	37,5 %
	Risiko tinggi		6	75 %	5	62,5 %
	Sedang		-	-	-	-
	Rendah		-	-	-	-
Jumlah		8		100 %		100 %

Sumber: Data primer

Berdasarkan tabel 4.2 diketahui bahwa pada kelompok intervensi posisi miring 30 derajat sesudah dilakukan pemberian posisi miring 30 derajat mengalami peningkatan klasifikasi skor dekubitus dengan risiko tinggi sebanyak 7 responden (87,5 %). Sedangkan pada

kelompok intervensi posisi miring 90 sesudah dilakukan pemberian posisi miring 90 derajat mengalami penurunan derajat klasifikasi skor dekubitus risiko tinggi sebanyak 5 responden (62,5%).

Hal ini disebabkan karena posisi miring 30 derajat dan 90 derajat merupakan rekomendasi untuk pencegahan resiko terjadi dekubitus. Intervensi keperawatan pada posisi 30 derajat, terjadi penurunan tekanan pada daerah yang berisiko terjadinya dekubitus. Serta kondisi pasien dan kepatuhan dalam melakukan intervensi ini yang sesuai jadwal yaitu setiap 2 jam. Hal ini didukung oleh Posisi 30⁰ mencegah posisi tepat di atas penonjolan tulang dan untuk mencegah cedera geser dan tekanan (Potter & Perry, 2010, hlm. 587). Posisikan miring 30 derajat dilakukan selama 2 jam. Intervensi ini bertujuan untuk mencegah cedera friksi. Ketika mengubah posisi disarankan untuk pasien diangkat bukan diseret (Potter & Perry, 2012, hlm. 1260).

Dalam penelitian ini, pasien yang diposisikan 90 derajat terjadi peningkatan dalam kategori risiko sangat tinggi disebabkan kondisi pasien yang mengalami penurunan kesadaran dan penyakit yang diderita oleh pasien. Serta posisi ini membuat daerah tulang yang menonjol mengalami peningkatan

tekanan, Sehingga risiko untuk terjadi risiko dekubitus tinggi. Berdasarkan nilai skor yang tersaji pada tabel 4.2, pasien dengan *bedrest* total nilai skor dekubitus berada pada klasifikasi risiko sangat tinggi. Sedangkan posisi 90⁰ lateral hanya membantu menurunkan tekanan pada daerah sakrum dan tumit pada pasien yang terlalu lama seharian ditempat tidur dengan posisi fowler sehingga posisi ini menyebabkan tekanan pada daerah tulang yang menonjol terlalu lama dan bisa menyebabkan risiko hipoksia jaringan (Berman et al, 2009, hlm. 224). Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Tarihoran, Sitorus, Sukmarini (2013) bahwa pasien yang mengalami keterbatasan gerak atau imobilisasi akan mengalami risiko terjadinya dekubitus lebih tinggi.

Analisis bivariat pada penelitian ini adalah untuk mengetahui perbeadan sebelum dan sesudah dilakukan inervensi posisi miring 30 derajat dan 90 derajat. Peneliti melakukan uji normalitas terlebih dahulu karena jumlah responden sejumlah 16 responden maka melakukan uji normalitas *saphiro wilk*. Hasil uji normalitas pada kelompok 30 derajat saat *post test* dan *pre test* adalah 0,060 dan 0,202. Sedangkan pada posisi 90 derajat *pre test* dan *post test* adalah 0,168 dan 0,512. Hasil uji normalitas pada kedua kelompok

tersebut didapatkan hasil sama yaitu berdistribusi normal. Selanjutnya dilakukan uji *paired t-test* dan *unpaired t-test*.

- a. Perbedaan skor dekubitus sebelum dan sesudah dilakukan posisi miring 30 derajat dan 90 derajat.

Cara mengetahui perbedaan nilai skor dekubitus sebelum dan sesudah dilakukan intervensi posisi miring 30 derajat dan 90 derajat dengan menggunakan uji *Paired t-test*. Hasil dari uji disajikan pada penelitian ini dalam bentuk tabel frekuensi sebagai berikut:

Tabel 4.4
Perbedaan skor dekubitus sebelum dan sesudah pemberian posisi miring 30 derajat dan 90 derajat pada pasien *bedrest* total pada 21 April 2017 – 21 Mei 2017 (n=16)

Kelompok	N	Sebelum		Sesudah		P
		Mean	±SD	Mean	±SD	
30 derajat	8	11,75	1,83225	13,12	2,20518	0,008
90 derajat	8	11,622	1,188	11,1250	1,35610	0,351

Sumber: primer

Berdasarkan table 4.2 didapatkan hasil signifikan dengan nilai $p=0,008$ ($p < 0,05$) menunjukkan ada perbedaan nilai skor dekubitus sebelum dan sesudah dilakukan posisi miring 30 derajat. Sedangkan pada kelompok 90 derajat mendapatkan nilai $p = 0,351$ ($p > 0,05$) maka tidak ada perbedaan

nilai skor dekubitus sebelum dan sesudah dilakukan posisi miring 90 derajat.

Perbedaan skor dekubitus bisa terjadi karena berdasarkan dampak dari posisi yang diberikan dan berdasarkan penilaian dari skala braden. Skala braden terdiri dari 6 subskala yaitu persepsi sensoris, kelembaban, aktivitas, mobilitas, nutrisi, friksi dan gesekan. (Braden, 1987 dalam Perry & Potter, 2012, hlm. 1252). Sehingga penggunaan skala braden dalam penelitian ini terdapat perbedaan yang signifikan terhadap perbedaan hasil skor dekubitus pada kelompok 30 derajat dan 90 derajat.

Selain berdasarkan skala braden, faktor dari posisi kelompok 30 derajat dan 90 derajat juga akan berdampak pada perubahan area kulit. Sehingga skor yang ditentukan berdasarkan perubahan area kulit setelah diberikan intervensi posisi miring 30 derajat maupun 90 derajat.

Posisi ini dilakukan pada pasien yang diposisikan berada di tengah tempat tidur, kemudian menggunakan bantal untuk menyanggah kepala dan leher dengan posisi kepala miring. Selanjutnya diberikan penyanggah lagi bagian punggung setinggi 30 derajat dan menjepitkan bantal di antara kedua kaki

lalu dimiringkan di salah satu sisi kanan atau kiri, sehingga posisi area tonjolan pada trokhanter dan sakral berada posisi melayang, tidak bersentuhan langsung dengan kasur atau matras (Potter & Perry, 2010, hlm. 586).

Posisi 90 derajat bisa terjadi peningkatan kejadian dekubitus hal ini disebabkan Posisi 90 derajat terdapat beberapa masalah yang sering terjadi pada sendi dengan posisi lateral/90 derajat menurut Potter & Perry (2010, hlm. 528) karena fleksi lateral leher, kurva spinalis memiliki kesejajaran yang tidak normal, bahu dan sendi pinggul rotasi internal dan adduksi, kurangnya dukungan pada kaki, kurangnya perlindungan sendi yang tertekan pada telinga, spina iliaka, trokhanter, dan pergelangan kaki.

- b. Perbedaan efektivitas posisi miring 30 derajat dan 90 derajat terhadap pencegahan dekubitus pada pasien *bedrest* total di RSUD Salatiga.

Cara mengetahui perbedaan efektivitas posisi miring 30 derajat dan 90 derajat terhadap pencegahan dekubitus dengan menggunakan uji *Unpaired t-test*. Hasil dari uji terdapat pada tabel berikut:

Tabel 4.5

Perbedaan efektivitas posisi miring 30 derajat dan 90 derajat terhadap pencegahan dekubitus pada pasien *bedrest* total di RSUD Salatiga April 2017 (n=8)

Variabel	N	Skor dekubitus Mean	±SD	P
Interven si posisi miring 30 derajat	8	13,12	1,8220	0,041
Interven si posisi miring 90 derajat	8	11,125	0,455	0,004

Sumber: data sekunder

Berdasarkan tabel 4.5, menunjukkan bahwa nilai rata-rata peringkat intervensi posisi miring 30 derajat lebih tinggi ($p=0,041$) daripada intervensi pemberian posisi 90 ($p=0,004$) derajat. Hal ini menunjukkan bahwa ada pengaruh pada intervensi posisi 30 derajat dan 90 derajat. Posisi 30 derajat lebih efektif dibandingkan posisi 90 derajat dalam menurunkan risiko dekubitus dilihat dari nilai Mean.

Penelitian ini diperkuat oleh penelitian yang dilakukan oleh Tarihoran, Sitorus, Sukmarini (2013) yang menunjukkan bahwa didapatkan hasil $p=0,039$ dengan nilai QR 9.600 artinya jika pasien tidak dilakukan alih baring dengan posisi miring 30 derajat maka mempunyai 9,6 kali berpeluang meningkatnya risiko terjadinya dekubitus

dibandingkan dengan yang tidak dilakukan posisi miring 30 derajat.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Said, Sukraeny & Khoiriyah. (2016) menunjukkan bahwa posisi 30 derajat dan pemberian *virgin coconut oil* menunjukkan bahwa tidak perbedaan efektifitas antara terapi *virgin coconut oil* dan posisi miring 30 derajat dalam menurunkan risiko dekubitus. Karena kedua intervensi tersebut sama-sama efektif dalam menurunkan risiko dekubitus. Maka dengan demikian pemberian posisi 30 derajat dapat menurunkan risiko dekubitus.

Penelitian ini memberikan pengaruh bahwa pemberian posisi miring 30 derajat maupun 90 derajat memberikan dampak terhadap kejadian dekubitus. Posisi 30 derajat dapat meminimalisir tekanan dan gesekan serta sirkulasi oksigen ke bagian perifer pada area tulang yang menonjol dibandingkan dengan posisi 90 derajat sehingga mengalami perlambatan dalam hiperemia reaktif pada bagian perifer (Berman, 2009, hlm. 224).

Keterbatasan Penelitian

Penelitian mengalami kendala dalam pengawasan pemberian posisi sesuai intervensi pada malam hari.

PENUTUP

A. Simpulan

Berdasarkan analisis dan pembahasan dalam penelitian ini

“perbedaan efektifitas posisi miring 20 derajat dan posisi 90 derajat dalam menurunkan risiko dekubitus pada pasien *bedrest* total di RSUD Salatiga” dapat disimpulkan bahwa :

1. Karakteristik responden dalam penelitian dilihat dari jenis kelamin dengan jumlah 8 responden (50%) laki-laki dan 8 responden (50%) perempuan, dan karakteristik responden berdasarkan usia berjumlah sama dan terbanyak adalah usia 59-60 sebanyak 5 responden (31,2%) dengan usia $71 \geq$ sebanyak 5 responden (31,2%). Karakteristik responden dilihat dari jenis penyakit responden sebagian besar penyakitnya adalah stroke sebanyak 9 responden (56,2%).
2. Kelompok intervensi posisi miring 30 derajat sesudah dilakukan pemberian posisi miring 30 derajat mengalami peningkatan klasifikasi skor dekubitus dengan risiko tinggi sebanyak 7 responden (87,5%). Sedangkan pada kelompok intervensi posisi miring 90 sesudah dilakukan pemberian posisi miring 90 derajat mengalami penurunan derajat klasifikasi skor dekubitus risiko tinggi sebanyak 5 responden (62,5%).
3. Hasil signifikan dengan nilai $p=0,008$ ($p < 0,05$) menunjukkan ada perbedaan nilai skor dekubitus sebelum dan sesudah dilakukan posisi miring 30 derajat. Sedangkan pada kelompok 90 derajat mendapatkan nilai $p=0,351$ ($p > 0,05$) maka tidak ada perbedaan nilai skor dekubitus

sebelum dan sesudah dilakukan posisi miring 90 derajat.

4. Nilai rata-rata peringkat intervensi posisi miring 30 ($p=0,041$) derajat lebih tinggi daripada intervensi pemberian posisi 90 derajat ($p=0,004$). Hal ini menunjukkan bahwa ada pengaruh pada intervensi posisi 30 derajat dan 90 derajat. Posisi 30 derajat lebih efektif dibandingkan posisi 90 derajat dalam menurunkan risiko dekubitus dilihat dari nilai Mean.

B. Saran

Berdasarkan kumpulan data dan yang didapat dalam penelitian ini, maka dapat diambil beberapa saran kepada pihak-pihak terkait, yaitu penelitian ini memberikan informasi pada pelayanan keperawatan dan masyarakat terutama pasien rawat inap bahwa posisi 30^0 dapat dimanfaatkan sebagai intervensi dan prosedur untuk mencegah resiko terjadi dekubitus pada pasien *bedrest* total.

DAFTAR PUSTAKA

- Berman, A. (2009). *Buku ajar praktik keperawatan klinis*. Edisi 5. Jakarta : EGC
- Bilotta, K.A.J. (2011). *Kapita Selekta penyakit : implikasi keperawatan*. Edisi 2. Jakarta : EGC
- Bujang, Bukit., Aini, Faridah & Purwaningsih, Heni. (2013). *Pengaruh alih baring terhadap kejadian dekubitus pada asien stroke yang mengalami hemiparesis di diruang yudistira RSUD kota semarang*.<http://perpusnwu.web.id/karyai/Imiah/documents/3440.Pdf> ..bukit diakses 2 Januari 2017
- Ely,A & Payapo,T.A. (2010). *Penuntun praktikum keterampilan kritis I untuk mahasiswa d-3 keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- _____. (2011). *Penuntun praktikum keterampilan kritis III untuk mahasiswa d-3 keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Kusyati, E., Yunani., Wahyu, R.D., Fauziah, N.R., (2012). *Keterampilan dan prosedur laboratorium keperawatan dasar*. Jakarta : EGC
- Kozier, B., et al. (2011). *Buku ajar fundametak keperawatan : konsep, proses dan praktik*. Vol 2, Edisi 7. Jakarta : EGC.
- LeMone, Priscillia., Burke, Karer.M., Bauldoff, Gerene. (2015). *Buku ajar keperawatan medikal bedah*. Edisi 5 vol. 2. Jakarta: 2015
- Morton, P. G. (2012). *Keperawattan kritis pendekatan asuhan holistic*. Edisi 8. Jakarta : EGC
- Moore, Zena., Cowman, Seamus., & Conroy, Ronan. M. 2011. *A randomides controlled clinical trial repositioning using the 30^0 tilt for the prevention of pressure ulcers* <https://www.nursingtimes.net/download?ac=1242942> diakses pada 4 januari 2017

- Notoatmodjo, S. (2012). *Metode penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nursalam. (2012). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: pendekatan praktis. Edisi 3*. Jakarta: Salemba Medika
- _____. (2008). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian keperawatan Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika
- Potter, P.A & Perry, A. G. (2012). *Buku ajar fundamental keperawatan. Edisi 7*. Jakarta : EGC
- _____. (2010). *Buku ajar fundamental keperawatan : konsep, proses dan praktik*. Edisi 4. Jakarta : EGC
- Risikesdas. (2014). *Profil kesehatan Jawa Tengah 2014*. http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KES_PROVINSI_2014/13_Jateng_2014.pdf
- Said, Mubarak., Sukraeny, Nury & Khoiriyah. (2016). *Efektifitas terapi topical virgin coconut oil dan alih baring pada pasien stroke di RSUD kota semarang*. <http://jurma.unimus.ac.id/index.php/perawat/article/view/361> diakses 30 Mei 2017
- Saryono & Widianti, A. T., (2010). *Kebutuhan dasar manusia*. Yogyakarta : Nuha Medika
- SPGDT RSUD Salatiga. (2016). *Kegiatan SPGDT Bulan Januari-desembermber 2016*. http://www.spgdtkotasalatiga.com/index.php?option=com_content&view=article&id=152&Itemid=328. Di akses 5 Februari 2017
- Setiadi. (2013). *Konsep dan penulisan rise keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Setiawan, A.,& Saryono. (2013). *Metodologi penelitian kebidanan DIII, DIV, SI, dan S2*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Tarihoran, Dame Elysabeth Tutiarnauli., Sukmarini, Lestari., & Herawati, Tuti. (2010). *Pengaruh posisi miring 30 derajat terhadap kejadian luka tekan grade 1 (non blanchable erythema) pada pasien stroke di siloam hospital*. <http://download.portalgaruda.org/article.php?article=128600&val=1185> diakses 2 Januari 2017
- Widuri, H. (2010). *Kebutuhan dasar manusia : aspek mobilitas dan istirahat tidur*. Yogyakarta : Gosyen Publishing
- Zulaikah., Kristyawati, Sri Puguh., & Purnomo, S. Eko, Ch. (2015). *Pengaruh alih baring 2 jam terhadap resiko dekubitus dengan varian berat badan pada pasien bedrest total di rumah sakit telogorej*. <http://pmb.stikestelogorejo.ac.id/e-journal/index.php/jikk/article/view/346>. Diakses 2 Januari 2017