

BAB I

PENDAHULUAN

I.1 Latar Belakang Masalah

Intensive Care Unit (ICU) adalah salah satu bagian dari pelayanan di rumah sakit, dan diperuntukkan bagi pasien yang mengalami kondisi kritis atau mengancam nyawanya. Terdapat tiga kategori untuk pelayanan di ICU yaitu pelayanan primer dengan standar minimal, pelayanan sekunder, dan pelayanan paling kompleks atau pelayanan tersier. Pelayanan ini juga ditentukan berdasarkan sumber daya manusia, sarana dan prasana yang ada di dalam rumah sakit tersebut (Kemenkes, 2010). *Intensive Care Unit* harus memiliki perlengkapan khusus dan staf, untuk merawat pasien dengan kondisi penyakit yang mengancam nyawanya atau mengalami trauma tertentu. Pasien yang sedang dalam fase kritis dengan satu atau beberapa kegagalan fungsi organ vitalnya disertai dengan gangguan hemodinamik yang mengancam nyawanya, sangat memerlukan penanganan khusus untuk memonitoring dan memberikan pengobatan yang maksimal (Agustin dkk, 2020).

Pasien kritis di ruang ICU biasanya akan diberikan obat penenang atau sedasi untuk menurunkan kesadarannya agar perawatan lebih efektif. Efek dari diberikannya obat penenang atau sedasi tersebut, akan mengakibatkan kemampuan pasien untuk merubah posisinya menjadi menurun sehingga menyebabkan tubuh pasien mengalami tekanan yang cukup lama. Tekanan yang cukup lama, tidak dapat mentolelir kulit pasien secara normal, maka dari itu pasien kritis dengan kondisi *bedrest total* akan lebih beresiko mengalami kerusakan pada kulit dan menyebabkan keterlambatan dalam proses penyembuhan luka (Zakiyyah, 2014).

Jika pasien dalam posisi yang tidak berubah dan menimbulkan tekanan terus menerus akan menyebabkan beberapa volume plasma darah dalam tubuh tidak mengalir sebagaimana mestinya. Contohnya seperti posisi terlentang membuat 11% volume darah yang seharusnya menuju dada akan mengalir kearah kaki. Selain itu volume plasma darah juga akan berkurang 8-10% pada tiga hari pertama pasien

tirah baring (*bedrest*) yang kemudian di minggu selanjutnya akan terjadi penurunan kembali menjadi 15-20% (Vollman, 2013). Jika volume plasma darah mengalami penurunan, maka akan terjadi peningkatan denyut jantung, peningkatan beban jantung, peningkatan masa istirahat pada jantung serta penurunan volume curah jantung (Zakiyyah, 2014). Setengah pasien yang mengalami kematian di ICU berada pada rentang usia lebih dari 65 tahun, dimana sebagian besar pasien berjenis kelamin laki-laki dengan lama perawatan 1-3 hari (Megawati, 2019).

Menurut World Health Organization (WHO) tahun 2016, pasien kritis di ruang *Intensive Care Unit* prevalensinya akan meningkat setiap tahunnya. Tercatat bahwa 9,8% hingga 24,6% pasien yang dirawat di ICU per 100.000 penduduk dan pasien yang meninggal akibat penyakit kritis hingga kronik meningkat sebanyak 1,1 hingga 1,4 juta orang (Suwardianto dkk, 2017). Sama halnya dengan data di Amerika Serikat yang melaporkan bahwa pasien kritis mencapai 5 juta setiap tahunnya dan sebanyak 42% pasien yang terpasang ventilator. Sedangkan data di Rumah Sakit Asia termasuk di Indonesia ada 1285 pasien yang terpasang ventilator di ruang *Intensive Care Unit* (Suyanti dkk, 2019). Di Indonesia sendiri angka mortalitas di ruang *Intensive Care Unit* mencapai 27,6% yang mana kematian tersebut disebabkan karena beberapa kondisi seperti syok septic, gagal jantung kronik dan infark miokard (Megawati, 2019).

Angka kematian di ruang ICU perlu diprediksi dengan baik karena dapat menjadi bantuan dalam hal informasi pada pasien itu sendiri untuk mengetahui apakah ada hubungannya dengan kondisi serta korelasi antara penyakit pasien yang terjadi. Dalam memprediksi kematian pasien di ruang ICU, harus dilakukan evaluasi dengan difokuskannya pasien yang mengalami disfungsi organ, karena pasien yang mengalami kegagalan organ akan ada hubungannya dengan meningkatnya mortalitas pasien di ruang ICU (Zimmerman dkk., 2006). Ada beberapa penilaian untuk mengetahui mortalitas pasien dan juga prognosis pasien di ruang ICU, seperti Sequential Organ Failure Assesment (SOFA) skor dan *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation* (APACHE) II skor. Namun skoring yang sering digunakan untuk dilakukan di ICU ialah APACHE II skor. Skoring APACHE II ini berfungsi untuk melihat perkembangan pasien terkait kematian dan tingkat keparahan suatu penyakit. Hal ini akan membuat perawat dan dokter mudah

dalam menentukan prognosa diagnosa terhadap pasien yang sedang dirawat di ruang intensif (Suryadi & Shifa, 2021). Didalam APACHE II terdapat tiga skor komponen yang terdiri dari skor fisiologis terdiri dari variabel suhu, nadi, frekuensi pernafasan, nilai MAP, kadar hematokrit, natrium serum, kalium serum, kretinin serum, pH darah, jumlah leukosit, tekanan parsial oksigen (PaO₂), dan yang terakhir nilai *Glasgow coma scale* (GCS) bersama dengan skor usia, dan status kesehatan sebelumnya.

Kecenderungan meningkatnya angka mortalitas pasien di ICU, terdapat beberapa masalah kesehatan jangka pendek dan jangka panjang dari lamanya masa perawatan pasien kritis, terkhusus pada pasien yang terpasang ventilator yaitu seperti mengalami kelemahan, nyeri akut, imobilitas, pneumonia akibat penggunaan ventilator dan beberapa masalah infeksi lainnya yang bisa mempengaruhi fungsi organ tubuh pasien saat menjalani perawatan di ruang ICU serta dapat mempengaruhi morbiditas, mortalitas, biaya dan kualitas hidup pasien itu sendiri (Rahmanti & Kartika Putri, 2016). Salah satu dampak pendek untuk pasien yang mengalami perawatan di ruang *Intensive Care Unit* terkhusus kepada pasien yang terpasang ventilator yaitu imobilisasi yang mengakibatkan terjadinya perkembangan *Pressure Ulcer* (Zakiyyah, 2014).

Pressure Ulcer yang terjadi pada pasien kritis biasanya akibat penggunaan ventilator dan pemberian sedasi yang menyebabkan penurunan kemampuan pasien untuk mengubah posisi sehingga terjadi penekanan yang terlalu lama. Biasanya kulit tidak dapat menahan tekanan yang terlalu lama sehingga pasien dengan imobilisasi dan tirah baring yang berkepanjangan akan memiliki risiko besar kerusakan kulit atau *Pressure Ulcer*, hal ini akan mengganggu suplai darah ke area yang tertekan dan menyebabkan jaringan rusak atau mati. Imobilisasi adalah salah satu faktor yang paling signifikan dalam kejadian *Pressure Ulcer* (Rahayu dkk, 2017). Sedangkan menurut NPUAP Luka tekan adalah cedera lokal pada kulit atau jaringan di bawahnya, yang paling sering di atas penonjolan tulang. Luka tersebut muncul akibat dari adanya tekanan yang disertai dengan suatu gesekan. Banyak faktor yang berkontribusi dari kejadian *Pressure Ulcer* itu sendiri (EPUAP dan NPUAP, 2019). *Pressure Ulcer* ini umum terjadi pada pasien di ICU yang

diberikasi sedasi, menggunakan ventilator, atau terbaring di tempat tidur dalam waktu yang lama (He dkk, 2016).

World Health Organization (WHO) melakukan survey dari 55 rumah sakit di 14 negara, menunjukkan sebanyak 8,7% terdapat pasien yang mengalami *Pressure Ulcer* di rumah sakit dan sebanyak 1,4 juta orang di seluruh dunia mengalami *Pressure Ulcer* akibat perawatan yang dilakukan di rumah sakit. Kebanyakan pasien yang mengalami *Pressure Ulcer* ini adalah pasien dengan penurunan kemampuan sensorik dan neurologis akibat dari imobilisasi yang terlalu lama (Nofiyanto & Ivana, 2018). Sebanyak 95% *Pressure Ulcer* terjadi pada bagian belakang tubuh, yaitu pada sacrum sebanyak 30%-49%, tumit 19%-36%, iscium 6-16%, trokanter 6-11%, maleolus 7-8%, siku 5- 9%, iliaka 4% dan lutut 3-4%. Dimana dapat disimpulkan dari persentase tersebut terjadinya *Pressure Ulcer* terbanyak terdapat pada lokasi sakrum dan tumit (Laraswati dkk., 2021). *Pressure ulcer* ini biasanya disebabkan karena adanya tekanan dari luar yang menekan pembuluh darah pada tubuh pasien atau akibat friksi dan kekuatan gaya geser yang merobek serta melukai pembuluh darah. Penyebab sebagian besar pasien *Pressure Ulcer* dikarenakan adanya gesekan, tidak bisa tidur, menderita diabetes, dan lebih sering terbaring di tempat tidur (Amir dkk, 2017).

Kejadian *Pressure Ulcer* di pelayanan kesehatan dalam penelitian epidemiologi masih cukup besar, yaitu berkisar antara 6% hingga 18,5% (Tubaishat dkk, 2018). Prevalensi terjadinya *Pressure Ulcer* ini masih menunjukkan angka yang cukup tinggi dan perlu mendapatkan perhatian khusus di kalangan tenaga kesehatan. Secara umum insiden terjadinya *Pressure Ulcer* sangat bervariasi, mulai dari di tatanan perawatan *acute care* sebanyak 5-11%, perawatan jangka panjang mencapai 15-25%, dan perawatan di rumah 7-12% (Wardani dkk, 2022). Hasil penelitian di china yang dilakukan oleh He dkk, (2016) melaporkan bahwa insiden terjadinya *Pressure Ulcer* di ruang ICU yaitu sebanyak 31,4%. Selain itu prevalensi kejadian *Pressure Ulcer* di Indonesia sendiri juga masih tergolong cukup tinggi hingga mencapai persentase sebesar 33.3% (Padmiasih, 2020). Dimana salah satu angka kejadian *Pressure Ulcer* menurut data Riskesdes (2018) di Jawa Timur mencapai 55,3%, di Madura mencapai 50.3%, dan di Kabupaten Bangkalan mencapai 43,4% (Wardani dkk, 2022).

Ada beberapa faktor risiko yang mempengaruhi terjadinya *Pressure Ulcer* menurut Titih Huriah (2017), yaitu penurunan persepsi sensori, kelembaban, mobilisasi, aktivitas, pergerakan/ pergeseran, dan nutrisi. Sedangkan menurut Mahmuda (2019), mengatakan bahwa faktor yang mempengaruhi terjadinya *Pressure Ulcer* ialah tenaga yang merobek (*shear*), usia, tekanan arteriolar yang rendah, stress emosional, merokok, dan peningkatan temperature kulit. Sejalan dengan hasil penelitian Alimansur & Santoso, (2019) dari 40 responden pasien stroke mengatakan, bahwa faktor penurunan persepsi sensori lebih berpotensi untuk terkena *Pressure Ulcer*, daripada faktor kelembaban kulit, mobilitas, pergeseran, nutrisi yang buruk, dan inkontinensia. Lain halnya dengan penelitian yang dilakukan oleh Alderden dkk, (2017) yang menyatakan bahwa salah satu faktor yang harus diperhatikan dalam terjadinya *Pressure Ulcer* adalah usia, hal ini dikarenakan faktor penuaan akan berpengaruh terhadap penurunan masa otot, kadar serum dalam albumin, respon inflamasi, dan elastisitas kulit, sehingga hal ini akan mempengaruhi kondisi kulit menjadi kurang toleransi terhadap tekanan, pergesekan, dan *shear*. Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Ageng dkk, (2012), yang mengatakan bahwa faktor yang paling mempengaruhi terjadinya *Pressure Ulcer* ialah mobilisasi. Maka dari itu, kejadian *Pressure Ulcer* ini masih menjadi salah satu indicator mutu untuk kualitas unit pelayanan kesehatan terkhusus di rumah sakit.

Hampir di seluruh rumah sakit atau unit pelayanan kesehatan terjadi peningkatan *Pressure Ulcer* yang kemudian dampaknya adalah akan terjadi infeksi, kehilangan fungsi tubuh dan nyeri. Selain itu kejadian *Pressure Ulcer* ini bisa mengakibatkan perawatan yang memanjang dan berpengaruh ke psikologis serta dampak sosial bagi pasien atau keluarga pasien. Profesi perawat beranggapan bahwa *Pressure Ulcer* masih menjadi masalah dan tantangan dalam melakukan tindakan perawatan kepada pasien yang akan dijadikan sebagai tolak ukur terhadap buruknya kualitas dalam perawatan dan pelayanan kesehatan (Ebi dkk, 2019). Karena *Pressure Ulcer* masih menjadi beban yang signifikan bagi pasien dan masyarakat, maka diperlukannya strategi pencegahan yang berkelanjutan (Mervis & Phillips, 2019).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan di ruang intensif (ICU, ICU khusus Isolasi dan Stroke Unit) di rumah sakit pusat Pertamina, tidak ada data atau bundle ceclis pasien yang terkena *Pressure Ulcer* di ruang intensif maupun yang terjadi diluar ruang intensif. Tetapi menurut informasi berdasarkan hasil wawancara oleh 3 perawat dan 2 kepala ruangan mengatakan bahwa dari 30 pasien yang terpasang ventilator dalam sebulan kurang dari 5 pasien mengalami *Pressure Ulcer* di ruang intensif. Selain itu pencegahan yang dilakukan untuk mengatasi faktor risiko terjadinya *Pressure Ulcer* ialah hanya dengan menggunakan *virgin coconut oil* dan kasur khusus penderita decubitus saja. Khusus di ruang ICU terdapat SOP pencegahan dan perawatan decubitus sedangkan untuk ruang ICU isolasi dan stroke unit tidak ada indikator yang digunakan. Tetapi dari ketiga ruangan tersebut tidak menggunakan alat ukur seperti skala braden atau skala lainnya untuk mendeteksi risiko terjadinya *Pressure Ulcer*. Hal ini membuat peneliti berharap dapat menambah informasi mengenai alat ukur seperti skala braden untuk membantu perawat di ruang intensif dalam mendeteksi faktor risiko terjadinya *Pressure Ulcer*

Dari hasil Studi epidemiologi terkait *Pressure Ulcer* di Indonesia yang meliputi insidensi, prevalensi, serta dampak terhadap *outcome* pasien di ICU yang masih sangat terbatas datanya. Hal tersebut menjadikan *Pressure Ulcer* masih menjadi fenomena yang berlangsung terus menerus. Oleh karena itu, penulis tertarik untuk menganalisis faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi terjadinya *Pressure Ulcer* pada pasien kritis yang terpasang ventilator di ruang intensif.

I.2 Perumusan Masalah

Tercatat angka kejadian *Pressure Ulcer* atau dekubitus di seluruh dunia berkisar antara 6% hingga 18,5% (Tubaishat dkk, 2018). Begitupun dengan Prevalensi kejadian *Pressure Ulcer* di Indonesia yang masih tergolong cukup tinggi yaitu sebesar 33.3% (Padmiasih, 2020). Hasil penelitian juga membuktikan bahwa insiden terjadinya *Pressure Ulcer* ditatanan perawatan jangka Panjang mencapai 15-25% (Wardani dkk, 2022).

Angka kejadian pasien kritis di ICU dan *Pressure Ulcer* yang cenderung cukup tinggi, diperlukan adanya strategi pencegahan. Dimana pencegahan ini akan menjadi peran penting bagi perawat di rumah sakit dalam memberikan pelayanan

kesehatan terkhusus asuhan keperawatan pada pasien. Upaya pencegahan harus dilakukan sedini mungkin sebelum pasien teridentifikasi berisiko mengalami *Pressure Ulcer*. Salah satu upaya pencegahan terjadinya *Pressure Ulcer* yaitu dengan memperbaiki atau memperhatikan faktor-faktor risiko yang akan mempengaruhi terjadinya *Pressure Ulcer*.

Sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Mukhtar dkk (2019), tentang faktor yang mempengaruhi tingkat keparahan luka tekan pada lansia menunjukkan, bahwa faktor yang paling dominan ialah aktivitas, mobilitas dan gesekan. Sedangkan faktor kelembaban dan nutrisi memiliki hubungan paling rendah dengan keparahan luka tekan. Lain halnya dengan penelitian yang dilakukan oleh Alimansur & Santoso, (2019) mengatakan bahwa penurunan persepsi sensori, kelembaban kulit, mobilitas, aktifitas, status nutrisi, gesekan atau pergeseran, serta inkontinensia menjadi indikator utama dan berhubungan erat dengan terjadinya *Pressure Ulcer* pada pasien stroke. Berdasarkan uraian diatas, *Pressure Ulcer* masih terjadi hampir di seluruh unit pelayanan kesehatan khususnya di beberapa rumah sakit. Oleh karena itu, peneliti ingin melakukan penelitian serupa dengan menganalisis faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi kejadian *Pressure Ulcer* pada pasien kritis yang terpasang ventilator di ruang intensif Rumah Sakit Pusat Pertamina.

I.3 Tujuan Penelitian

I.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dalam penelitian ini yaitu untuk menganalisis Faktor- Faktor yang mempengaruhi terjadinya *Pressure Ulcer* pada pasien kritis yang terpasang ventilator di Ruang Intensif Rumah Sakit Pusat Pertamina.

I.3.2 Tujuan khusus

- a. Mengidentifikasi gambaran karakteristik responden (usia, jenis kelamin, lama hari rawat, skor APACHE II)
- b. Mengidentifikasi risiko *Pressure Ulcer* dan setiap komponen yang ada di dalam skala braden (persepsi sensori, kelembaban, aktivitas, mobilitas, nutrisi, dan gesekan) pada pasien kritis yang terpasang ventilator.

- c. Mengidentifikasi kejadian *Pressure Ulcer* pada pasien kritis yang terpasang ventilator di ruang intensif.
- d. Mengetahui apakah ada hubungan antara usia dengan terjadinya *Pressure Ulcer* pada pasien kritis yang terpasang ventilator
- e. Mengetahui apakah ada hubungan antara jenis kelamin dengan terjadinya *Pressure Ulcer* pada pasien kritis yang terpasang ventilator
- f. Mengetahui apakah ada hubungan antara lama hari rawat dengan terjadinya *Pressure Ulcer* pada pasien kritis yang terpasang ventilator
- g. Mengetahui apakah ada hubungan antara nilai APACHE II skor dengan terjadinya *Pressure Ulcer* pada pasien kritis yang terpasang ventilator
- h. Mengetahui apakah ada hubungan dari tiap faktor risiko yang ada di skala braden (persepsi sensori, kelembaban, nutrisi) dengan terjadinya *Pressure Ulcer* pada pasien kritis yang terpasang ventilator

I.4 Manfaat Penelitian

I.4.1 Bagi Akademik

Peneliti berharap hasil penelitian ini bisa menambah pengetahuan baru bagi para praktisi akademik mengenai faktor apa saja yang dapat mempengaruhi terjadinya *Pressure Ulcer* pada pasien kritis terkhusus pasien yang terpasang ventilator di ruang intensif.

I.4.2 Bagi Institut Rumah Sakit

Peneliti berharap penelitian ini bisa memberikan tambahan informasi yang baru bagi rumah sakit untuk mengevaluasi tindakan, menentukan kebijakan, serta meningkatkan pelayanan untuk mengatasi pencegahan seperti melakukan pengkajian risiko terjadinya *Pressure Ulcer*.

I.4.3 Bagi Pengembangan Keilmuan

Peneliti berharap penelitian ini bisa menjadi landasan terhadap penelitian berikutnya untuk melengkapi dari keterbatasan penulis dalam melakukan penelitian ini.

I.4.4 Bagi Tenaga Kesehatan

Peneliti berharap penelitian ini bisa memberikan tambahan informasi baru bagi perawat ataupun tenaga kesehatan lainnya tentang faktor risiko terhadap kejadian *Pressure Ulcer*, serta meningkatkan kesadaran bagi tenaga kesehatan terkhusus perawat ICU dalam pencegahan *Pressure Ulcer*.

I.4.5 Bagi Masyarakat

Penulis berharap penelitian ini bisa menjadi pengetahuan baru kepada seluruh masyarakat terkhusus keluarga pasien yang merawat keluarganya agar mengetahui faktor apa saja yang dapat mempengaruhi risiko terjadinya *Pressure Ulcer*.