

SKRIPSI

**HUBUNGAN PENGETAHUAN KELUARGA TENTANG
DEKUBITUS DENGAN PENCEGAHAN TERJADINYA
DEKUBITUS PADA PASIEN STROKE DI RSUD
BANGKINANG TAHUN 2022**



NAMA : ADE IRMAWAN

NIM : 1814201174

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS PAHLAWAN TUANKU TAMBUSAI
RIAU
2022**

LEMBARAN PERSETUJUAN AKHIR SKRIPSI

NAMA : ADE IRMAWAN

NIM : 1814201174

NAMA

TANDA TANGAN

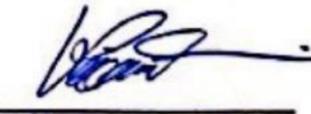
Pembimbing I :

FITRI APRIYANTI SST, M.Keb
NIP. TT 096.542.092



Pembimbing II :

Ns. RIANI, S.Kep, M.Kes
NIP. TT 096. 542. 057



Mengetahui,
Ketua Program Studi S1 Keperawatan
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai



Ns. ALINI, M.Kep
NIP. TT 096.542.079

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
UNIVERSITAS PAHLAWAN TUANKU TAMBUSAI RIAU**

**Skripsi, Oktober 2022
Ade Irmawan
1814201174**

**HUBUNGAN PENGETAHUAN KELUARGA TENTANG DEKUBITUS
DENGAN PENCEGAHAN TERJADINYA DEKUBITUS PADA PASIEN
STROKE DI RSUD BANGKINANG TAHUN 2022**

X+56 halaman+5 tabel+4 Skema +13 lampiran

ABSTRAK

Menurut *World Health Organization* (WHO) Penderita stroke di Indonesia sebanyak 2,5% atau 250 ribu jiwa meninggal sedangkan sisanya mengalami cacat dan pada tahun 2020 diperkirakan 7,6 juta orang meninggal karena stroke (Syakura et al., 2021). Tujuan penelitian ini adalah Menganalisis hubungan pengetahuan keluarga tentang dekubitus dengan pencegahan terjadinya dekubitus pada pasien stroke di RSUD Bangkinang tahun 2022. Desain penelitian ini menggunakan metode deskriptif analitik dengan desain pendekatan *Cross Sectional*. Adapun populasi pada penelitian ini adalah 456 pasien stroke. Sampel pada penelitian ini adalah 30 responden keluarga pasien stroke. Analisa data yang digunakan pada penelitian ini adalah Analisa Univariat dan Analisa Bivariat. Dari hasil penelitian pada analisa univariat didapatkan bahwa sebagian besar pengetahuan keluarga berada pada kategori kurang sebanyak 19 responden (63.3%). Sebagian responden melakukan pencegahan terjadinya dekubitus pada pasien stroke berada pada kategori ya sebanyak 17 responden (56.7 %). uji *Chi Square* dengan p value $0,023 < 0,05$. Sedangkan pada analisa bivariat didapat hasil bahwa ada hubungan pengetahuan keluarga tentang dekubitus dengan pencegahan terjadinya dekubitus pada pasien stroke di RSUD bangkinang tahun 2022. Hasil penelitian dapat menambah informasi dan menambah pengetahuan keluarga mengenai pencegahan terjadinya dekubitus terhadap pasien stroke di RSUD Bangkinang.

Daftar Bacaan : 25 Bacaan (2006-2021)

Kata kunci : Pengetahuan Keluarga, Pencegahan Terjadinya Dekubitus

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah puji syukur kehadirat Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya peneliti dapat memperoleh kemampuan dalam menyelesaikan skripsi yang berjudul **“Hubungan Pengetahuan Keluarga tentang Dekubitus dengan Pencegahan Terjadinya Dekubitus pada Pasien Stroke di RSUD Bangkinang tahun 2022”**.

Penelitian ini diajukan guna memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan program studi S1 Keperawatan Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai. Dalam penyelesaian skripsi ini, peneliti banyak mendapatkan bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu peneliti ingin mengucapkan terima kasih yang tulus kepada yang terhormat:

1. Bapak Prof. Dr. H. Amir Luthfi selaku Rektor Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai.
2. Ibu Dewi Anggriani Harahap, M.Keb selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai.
3. Ibu Ns. Alini, M.Kep selaku Ketua program studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai.
4. Ibu Fitri Apriyanti, SST, M.Keb selaku pembimbing I yang telah meluangkan waktu, pikiran, bimbingan serta arahan dalam menyelesaikan penyusunan skripsi ini tepat pada waktunya.

5. Ibu Ns. Riani, S.Kep, M.Kes selaku pembimbing II telah meluangkan waktu, pikiran, bimbingan serta arahan dalam menyelesaikan penyusunan skripsi ini tepat pada waktunya.
6. Ibu Ns. Alini, M.Kep selaku penguji I yang telah memberikan arahan petunjuk dan saran dalam skripsi ini.
7. Ibu Zurrahmi Z.R, S.Tr. Keb, M.Si selaku penguji II yang telah memberikan arahan petunjuk dan saran dalam skripsi ini.
8. Direktur RSUD Bangkinang atas dukungan dan kerjasama dalam pengambilan data yang diteliti.
9. Sembah sujud ananda buat ayah dan ibu tercinta yang tidak terhingga peneliti ucapkan atas dorongan serta kasih sayang yang diberikan selama ini sehingga skripsi ini selesai tepat pada waktunya.
10. Kepada semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan penulisan skripsi ini penulis ucapkan banyak terima kasih, semoga Allah mencatat amal ibadah dan bantuan yang diberikan kepada penulis.
11. *My best friend* Devi Maharani, Lukman Hakim, Dini Fatmawarni, Ari Saputra yang telah menemaniku disaat mengerjakan skripsi, dan selalu memberikan semangat serta berjuang bersama-sama, serta *My best friend* Rera Karera, Maya Kartika, Rantika Mayanti, M.yazib Nasution, Imam Isvahadi, Deny Ray Siregar, Devan Zulfirman, yang selalu memberikan semangat dan selalu menghibur sehingga peneliti mampu menyelesaikan skripsi dengan baik.

12. Rekan-rekan seperjuangan di program studi S1 Keperawatan angkatan 2018 Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai yang tidak bisa peneliti satu persatu namanya, *we are the best*.

Peneliti menyadari bahwa dalam skripsi ini masih banyak kekurangan baik dari segi penampilan dan penulisan. Oleh karena itu, peneliti senantiasa mengharapkan saran dan kritikan yang bersifat membangun demi kesempurnaan skripsi ini.

Bangkinang, Oktober 2022

Peneliti

Ade Irmawan

DAFTAR ISI

LEMBAR JUDUL	i
LEMBARAN PERSETUJUAN	ii
KATAPENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR SKEMA	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
 BAB I. PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat Penelitian	7
 BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Teoritis	9
1. Konsep Dasar Stroke	9
a. Pengertian stroke	9
b. Klasifikasi Stroke	10
c. Etiologi	11
d. Pathofisiologi	12
e. Manifestasi Klinis	13
f. Komplikasi	14
2. Dekubitus Pada Stroke	15
a. Pengertian	15
b. Penyebab	15
c. Faktor Risiko	16
d. Klasifikasi	17
e. Waktu Terjadinya Dekubitus	18

f. Lokasi Terjadinya Dekubitus	19
g. Faktor Risiko Dekubitus	19
h. Pencegahan Dekubitus	22
i. Faktor Pendukung	26
3. Pengetahuan	26
a. Pengertian	26
b. Tingkat Pengetahuan	26
c. Sumber-sumber pengetahuan	28
d. Faktor yang mempengaruhi pengetahuan	28
e. Cara memperoleh pengetahuan	29
f. Pengetahuan keluarga tentang dekubitus	31
g. Pengukuran pengetahuan	32
B. Penelitian terkait	33
C. Kerangka teori	34
D. Kerangka konsep	35
E. Hipotesis	35

BAB III. METODELOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian	36
1. Rencana penelitian	36
2. Alur penelitian	37
3. Prosedur penelitian	38
4. Variable penelitian	38
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	39
C. Populasi dan Sample	39
D. Metode Pengumpulan Data	40
E. Metode Pengolahan	41
F. Definisi Operasional	41
G. Analisa Data	42
H. Uji Validitas dan Realibilitas	43

BAB IV HASIL PENELITIAN

A. Karakteristik Responden	47
B. Analisa Univariat	49
C. Analisa Bivariat	49
BAB V PEMBAHASAN	
A. Hubungan Pengetahuan Keluarga Tentang Dekubitus dengan Pencegahan Terjadinya Dekubitus pada Pasien Stroke di RSUD Bangkinang tahun 2022	51
BAB VI PENUTUP	
A. Kesimpulan	55
B. Saran	56
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1: Definisi Operasional	42
Tabel 4.1: Karakteristik Responden umur, pekerjaan, pendidikan pada keluarga pasien stroke di RSUD Bangkinang tahun 2022	47
Tabel 4.2: Distribusi Frekuensi pengetahuan keluarga tentang dekubitus pada pasien Stroke di RSUD Bangkinang tahun 2022	49
Tabel 4.3: Distribusi Frekuensi pencegahan terjadinya dekubitus pada pasien stroke di RSUD Bangkinang tahun 2022	49
Tabel 4.4: Hubungan pengetahuan keluarga tentang Dekubitus dengan pencegahan terjadinya Dekubitus pada pasien stroke di RSUD Bangkinang tahun 2022	50

DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Kerangka Teori.....	34
Skema 2.2 Kerangka Konsep	35
Skema 3.1 Rencana Penelitian	36
Skema 3.2 Alur Penelitian	37

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Format Pengajuan Judul Penelitian
- Lampiran 2 : Surat Izin Pengambilan Data
- Lampiran 3 : Surat Izin Penelitian
- Lampiran 4 : Surat Balasan Izin Penelitian
- Lampiran 5 : Surat Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 6 : Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 7 : Kuesioner Penelitian
- Lampiran 8 : Dokumentasi Penelitian
- Lampiran 9 : Master Tabel
- Lampiran 10 : Hasil Olahan SPSS
- Lampiran 11 : Lembar Turnitin
- Lampiran 12 : Lembar Konsultasi Pembimbing I
- Lampiran 13 : Lembar Konsultasi Pembimbing 11

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Manusia merupakan makhluk yang membutuhkan gerakan dan berpindah tempat untuk melakukan kegiatan sehari-hari. Tidak hanya di Indonesia tetapi secara global, stroke tetap menjadi masalah kesehatan utama. Penyakit stroke adalah penyebab utama kematian dan disabilitas ketiga di dunia. Stroke menurut *World Health Organization* (WHO) adalah suatu kondisi yang ditandai dengan perkembangan cepat gejala klinis seperti defisit neurologis fokal dan global, yang dapat berlangsung selama 24 jam atau lebih dan/ atau mengakibatkan kematian tanpa akibat lain yang jelas kecuali vaskulatur. Stroke timbul ketika suplai darah otak mengalami gangguan, seperti robekan atau robekan di dinding kapiler, mencegah darah beroksigen mencapai sebagian otak. Kurangnya suplai darah ini menyebabkan kematian sel dan akhirnya kematian jaringan saraf pendukung otak (Kemenkes RI, 2019).

Menurut *World Health Organization* (WHO) kejadian stroke di seluruh dunia ada sekitar 15 juta orang stroke setiap tahun, hampir 5 juta orang kematian dan 5 juta kecacatan. Jumlah kejadian stroke di Amerika Serikat sebanyak 3,5% per 100 ribu penduduk. Sebaliknya Singapura 55 per 100 ribu orang sedangkan di Thailand sebanyak 11 per 100 ribu penduduk. Penderita stroke di Indonesia sebanyak 2,5% atau 250 ribu jiwa

meninggal sedangkan sisanya mengalami cacat dan pada tahun 2020 diperkirakan 7,6 juta orang meninggal karena stroke (Syakura et al., 2021).

Penderita stroke sering mengalami kelemahan fisik dan kelumpuhan, yang dapat menyebabkan komplikasi lain termasuk dekubitus karena penurunan sirkulasi udara pada area yang tertekan pada permukaan tulang yang menonjol sehingga dalam jangka waktu lama jaringan setempat mengalami iskemik, hipoksia dan berkembang menjadi nekrosis (Wijayanti, 2016)

Dekubitus adalah masalah khusus untuk pasien stroke dan lansia, sementara itu dapat mempengaruhi orang-orang dari segala usia. Karena masalah imobilitas, terjadinya dekubitus karena berbaring ditempat tidur terlalu lama sampai berminggu-minggu. Sedangkan imobilitas yang berlangsung lama dapat menyebabkan dekubitus gangguan aliran darah setempat merupakan keadaan umum dari penderita terjadinya ulkus. Dampak jika tidak adanya melakukan pencegahan dekubitus pada pasien stroke bisa menyebabkan kematian dan kerusakan organ vital (Wijayanti, 2016).

Penelitian yang dilakukan di Amerika Serikat menunjukkan yakni antara 3 dan 10% pasien stroke yang menerima perawatan pasien mengembangkan demensia, dengan 2,7 persen lainnya berisiko terkena demensia untuk pertama kalinya (Libyandra, 2014). Berdasarkan temuan penelitian, tingkat dekubitus terus meningkat hingga terjadi 7,7-26,9%.

Prevalensi terjadinya luka dekubitus di Amerika Serikat lumayan tinggi untuk menarik perhatian para profesional perawatan kesehatan. Penelitian menyebutkan atas prevalensi luka dekubitus beraneka macam, namun secara umum dilaporkan bahwa 5-11% terjadi di tatanan perawatan akut (acute care), 15-25% ditatanan perawatan jangka panjang (long term care), dan 7-12% di tatanan perawatan rumah (home health care).

Negara-negara non-ASEAN lainnya dengan tingkat dekubitus yang tinggi termasuk Jepang, Korea dan China sebesar 2,1 hingga 18% (Bujang, 2013). Di Indonesia, para peneliti telah mengidentifikasi 33,3% populasi berisiko tinggi mengalami stroke dengan angka kejadian luka dekubitus (ulkus). Angka ini tergolong tinggi daripada Negara Asia yang lain (Bujang, 2013). Penelitian yang dibuat pada Kamar A1, B1, C1, D1 dan B3 IRNA di RS DR. Sardjito Yogyakarta menyebutkan bahwa 40% pasien stroke mengalami dekubitus dari 40 pasien tirah baring (Fitriyani, 2009). Pada tahun 2011 terdapat 9 orang di RSUD kota Semarang didiagnosis menderita dekubitus, dan pada tahun 2012 jumlah itu kian bertambah menjadi 14 orang (Wijayanti, 2016).

Di antara 113 pasien yang dirawat di rumah sakit karena stroke, 38 persen menerima insiden dekubitus, menurut survei yang dilakukan pada tahun 2013 di instalasi rawat inap RSUD Sragen. Angka-angka ini lebih tinggi dari standar nosokomial rumah sakit, yang didefinisikan sebagai jumlah kejadian dekubitus yang melebihi 5% (Wahyuni, 2014 dalam Wijayanti, 2016).

Berdasarkan data diagnosis tenaga kesehatan RSUD Bangkinang tahun 2020 kejadian stroke sebanyak 293 (4%) pasien, 11 orang diantaranya menderita ulkus dekubitus dan diperoleh data pada tahun 2021 terdapat 1114 (14%) sedangkan pada data terbaru bulan Januari sampai Mei tahun 2022 sebanyak 546 (16%) pasien.

Pasien yang sudah terlalu lama tirah baring merupakan dampak terjadinya dekubitus. Ini karena ketidakmampuan pasien untuk merawat diri mereka sendiri. Oleh karena itu keluarga harus mempunyai wawasan untuk berkontribusi pada pencegahan terhadap dekubitus pada pasien dengan kelemahan fisik seperti stroke. Efek stroke yaitu dekubitus atau penekanan di area yang sejalan terhadap permukaan tempat tidur. Salah satu bahaya terbesar pada tirah baring merupakan dekubitus. Dalam sehari-hari masyarakat disebutkan sebagai hasil tidur. Ulkus dekubitus dapat berkembang secara cepat di atas tonjolan tulang (misalnya tulang berostiasiskial, siku dan tumit) pada pasien imobilisasi, terutama jika ada gangguan sensoris pada daerah tersebut dan penurunan berat badan terjadi (Bujang, 2013 dalam Wijayanti. 2016)

Dekubitus merupakan kasus yang sangat serius, terpenting untuk pasien yang membutuhkan perawatan jangka panjang di rumah sakit maupun dirawat di rumah dengan mobilitas terbatas. Dalam kebanyakan kasus, pasien tirah baring memerlukan perawatan selama sehari-hari atau seminggu. Kondisi perawatan dan penyakit selama sehari-hari dapat menyebabkan terbentuknya dekubitus. Pentingnya peran keluarga atas

perawatan dekubitus, sebab keluarga bertanggung jawab atas pemeliharaan kesehatan pada anggota keluarganya (Wijayanti. 2016).

Salah satu faktor penyebab terjadinya ulkus dekubitus pada penderita stroke yaitu kurangnya pengetahuan, pengetahuan merupakan segenap apa yang diketahui mengenai suatu objek tertentu, yang mana terdapat ilmu pengetahuan. Karena informasi sangat penting untuk membentuk perilaku individu (Suwardianto, 2016). Sehingga pengetahuan keluarga sangat diperlukan saat menunggu pasien di rumah sakit merupakan pengetahuan dalam bidang pencegahan dekubitus.

Keluarga adalah sekelompok dua orang atau lebih yang mempunyai ikatan melalui kelahiran, pernikahan, atau adopsi yang tinggal di bawah satu atap yang dipimpin oleh seorang kepala keluarga (Maria H. Bakri 2020). Setiap anggota keluarga memiliki peran tertentu berdasarkan jenis kelamin, status perkawinan, dan usia mereka di masyarakat pada umumnya, misalnya sebagai saudara perempuan, saudara laki-laki, isteri/suami atau anak.

Selama ini keluarga tidak paham mengenai bagaimana upaya perawatan dekubitus, pencegahan dekubitus terhadap pasien stroke melalui langkah-langkah seperti kebersihan dan perawatan kulit yang tepat, menyesuaikan posisi sistem pendukung pasien, perawat harus menjaga kulit klien tetap bersih dan kering. Pengamanan standar guna menghentikan kerusakan kulit. Penyesuaian posisional digunakan agar menurunkan tekanan dan gaya gesek pada kulit. Posisi mobilitas klien

disesuaikan dengan tingkat aktivitasnya, kemampuan kognitif, dan rutinitas sehari-hari, serta faktor-faktor seperti kenyamanan, kemudahan bergerak, pengaturan postur tubuh, dan manajemen stres. Dekubitus juga dapat menyebabkan nyeri parah dan tidak nyaman pada pasien. Karena itu, keluarga yang merawat orang dengan dekubitus memerlukan informasi mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan dekubitus sehingga mereka dapat mengambil tindakan pencegahan terhadap demensia dalam keluarga mereka sendiri (Wijayanti. 2016).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan Juni 2022. Hasil wawancara pada 10 orang keluarga pasien stroke yang mengatarkan untuk kontrol di Poli klinik saraf menunjukkan bahwa 6 orang (60%) membiarkan keluarganya yang terkena stroke tidur di atas tempat tidur. Keluarga membersihkan saat basah atau membuang air besar, sedangkan 4 orang (40%) mengatakan bahwa memiringkan pasien setiap 3 jam sekali penting untuk dilakukan agar tidak panas atau licet 3 orang (30%) telah mengalami dekubitus.

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut, sehingga peneliti tertarik untuk melaksanakan penelitian mengenai "Hubungan Pengetahuan Keluarga tentang Dekubitus dengan Pencegahan Terjadinya Dekubitus pada Pasien Stroke di RSUD Bangkinag tahun 2022"

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian masalah, sehingga penulis menyusun rumusan masalah sebagai berikut: “Apakah ada Hubungan Pengetahuan Keluarga tentang Dekubitus dengan Pencegahan Terjadinya Dekubitus Pada Pasien Stroke di RSUD Bangkinag tahun 2022?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan pengetahuan keluarga tentang dekubitus dengan pencegahan terjadinya dekubitus pada pasien stroke di RSUD Bangkinang Tahun 2022.

2. Tujuan khusus

- a. Memahami distribusi frekuensi pengetahuan dan pencegahan terjadinya dekubitus pada pasien stroke di RSUD Bangkinang tahun 2022.
- b. Menganalisis hubungan pengetahuan keluarga tentang dekubitus dengan pencegahan terjadinya dekubitus pada pasien stroke di RSUD Bangkinang tahun 2022.

D. Manfaat Penelitian

1. Aspek Teoritis

Hasil penelitian ini dapat menambah informasi pengembangan dan meningkatkan ilmu dibidang promosi kesehatan dan ilmu pengetahuan keluarga mengenai pencegahan terjadinya dekubitus terhadap pasien stroke.

2. Aspek Praktis

a. Bagi keluarga penderita stoke

Hasil penelitian dapat menambah informasi dan menambah pengetahuan keluarga mengenai pencegahan terjadinya dekubitus terhadap pasien stroke.

b. Bagi tenaga kesehatan

Penelitian ini dapat meningkatkan penyebaran informasi tentang upaya peningkatan pencegahan terjadinya dekubitus pada pasien stroke.

c. Bagi Institusi

Hasil penelitian ini mampu mendistribusikan informasi dan menjadi sumber referensi serta menambah publikasi di fakultas keperawatan Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai.

d. Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat membagikan wawasan juga pengalaman dalam meneliti pengetahuan keluarga mengenai pencegahan terjadinya dekubitus pada pasien stroke.

e. Bagi Peneliti Lain

Penelitian ini dapat digunakan untuk instruksi awal bagi pihak-pihak yang akan mengadakan penelitian lebih lanjut terkait pencegahan terjadinya dekubitus pada pasien stroke.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teoritis

1. Konsep Dasar Stroke

a. Pengertian Stroke

Stroke adalah gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda klinis fokal atau global yang berlangsung lebih dari 24 jam tanpa tanda-tanda penyebab non vaskuler, termasuk didalamnya tanda-tanda perdarahan subaraknoid, perdarahan intraserebral, iskemik atau infark serebri (Mutiarasari, 2019). Sedangkan menurut Hariyanti et al., (2020) stroke atau sering disebut CVA (Cerebro-Vascular Accident) merupakan penyakit/gangguan fungsi saraf yang terjadi secara mendadak yang disebabkan oleh terganggunya aliran darah dalam otak.

Jadi stroke adalah gangguan fungsi saraf pada otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda klinis yang berkembang secara cepat yang disebabkan oleh terganggunya aliran darah dalam otak.

b. Klasifikasi stroke

Stroke dapat di klasifikasikan menjadi dua kategori, yaitu :

1) Stroke Iskemik

Stroke iskemik yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Stroke iskemik secara umum diakibatkan oleh aterosklerosis pembuluh darah serebral baik yang besar maupun yang kecil. Pada stroke iskemik penyumbatan bisa terjadi di sepanjang jalur pembuluh darah arteri yang menuju ke otak, Darah ke otak disuplai oleh dua arteri karotis interna dan dua arteri vertebralis. Arteri-arteri ini merupakan cabang dari lengkung aorta jantung. Suatu ateroma (endapan lemak) bisa terbentuk di dalam pembuluh darah arteri karotis sehingga menyebabkan berkurangnya aliran darah. Keadaan ini sangat serius karena setiap pembuluh darah arteri karotis dalam keadaan normal memberikan darah sebagian besar otak. Endapan lemak juga bisa terlepas dari dinding arteri dan mengalir di dalam darah kemudian menyumbat arteri yang lebih kecil.

2) Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik disebabkan oleh perdarahan di dalam jaringan otak (disebut hemoragia intraserebrum atau hematoma intraserebrum) atau perdarahan ke dalam ruang subarachnoid,

yaitu ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak (disebut hemoragia subarachnoid). Stroke hemoragik merupakan jenis stroke yang paling mematikan yang merupakan sebagian kecil dari keseluruhan stroke yaitu sebesar 10-15% untuk perdarahan intraserebrum dan sekitar 5% untuk perdarahan subarachnoid. Stroke hemoragik dapat terjadi apabila lesi vaskular intraserebrum mengalami ruptur sehingga terjadi perdarahan ke dalam ruang subarachnoid atau langsung ke dalam jaringan otak. Sebagian dari lesi vaskular yang dapat menyebabkan perdarahan subarachnoid adalah aneurisma sakular dan malformasi arteriovena.

c. Etiologi

- 1) Trombosis serebral arteriosklerosis serebral dan perlambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama trombosis serebral, yang merupakan penyebab paling umum dari stroke.
- 2) Embolisme serebral, embolus biasanya menyumbat arteri serebral tengah atau cabang-cabangnya, yang merusak sirkulasi serebral.
- 3) Iskemia serebral (insufisiensi suplai darah ke otak) terutama karena konstiksi ateroma pada arteri yang menyuplai darah ke otak.
- 4) Hemoragi serebral (pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak).

Faktor risiko stroke menjadi dua, yaitu Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi adalah usia, jenis kelamin, dan riwayat keluarga. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi adalah hipertensi, merokok, dislipidemia, diabetes melitus, obesitas, alkohol dan atrial fibrillation (Mutiarasari 2019).

d. Pathofisiologi

Infark regional kortikal, subkortikal ataupun infark regional di batang otak terjadi karena kawasan perdarahan suatu arteri tidak/kurang mendapat jatah darah lagi. Jatah darah tidak disampaikan ke daerah tersebut. Lesi yang terjadi dinamakan infark iskemik jika arteri tersumbat dan infark hemoragik jika arteri pecah. Maka dari itu Stroke dapat dibagi dalam :

1) Stroke iskemik / Non Hemoragik

Iskemia disebabkan oleh adanya penyumbatan aliran darah otak oleh thrombus atau embolus. Trombus umumnya terjadi karena berkembangnya aterosklerosis pada dinding pembuluh darah, sehingga arteri menjadi tersumbat, aliran darah ke area thrombus menjadi berkurang, menyebabkan iskemia kemudian menjadi kompleks iskemia, akhirnya terjadi infark pada jaringan otak. Emboli disebabkan oleh embolus yang berjalan menuju arteri serebral melalui arteri karotis. Terjadinya blok pada arteri tersebut menyebabkan iskemia yang tiba-tiba berkembang cepat dan terjadi gangguan neurologis fokal.

Perdarahan otak dapat disebabkan oleh pecahnya dinding pembuluh darah oleh emboli.

2) Stroke hemoragik

Pembuluh darah yang pecah menyebabkan darah mengalir ke substansi atau ruangan subarachnoid yang menimbulkan perubahan komponen intracranial yang seharusnya konstan. Adanya perubahan komponen intracranial yang tidak dapat di kompensasi tubuh akan menimbulkan tingkatan TIK yang bila berlanjut akan menyebabkan herniasi otak sehingga timbul kematian. Disamping itu, darah yang mengalir ke substansi otak atau ruangan subarachnoid dapat menyebabkan edema, spame pembuluh darah otak dan penekanan pada daerah tersebut menimbulkan aliran darah berkurang atau tidak ada sehingga terjadi nekrosis jaringan otak (Wulandari Vina, 2012).

e. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis secara umum dari stroke yaitu munculnya sakit kepala yang hebat, afasia (gangguan bahasa) hemiparesis (kelemahan otot pada salah satu sisi tubuh) dan *facial palsy* (kelemahan pada sebagian otot wajah (Maldonado Gudiño, 2021). Manifestasi klinis stroke antara lain: defisit lapang pangan, defisit motorik, defisit sensorik, defisit verbal, defisit kognitif dan defisit emosional.

f. Komplikasi

Menurut Pudiastuti (2011) pada pasien stroke yang berbaring lama dapat terjadi masalah fisik dan emosional diantaranya:

1) Bekuan darah (*Thrombosis*)

Mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan, pembengkakan (edema) selain itu juga dapat menyebabkan embolisme paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengalirkan darah ke paru.

2) Dekubitus

Bagian tubuh yang sering mengalami memar adalah pinggul, pantat, sendi kaki dan tumit. Bila memar ini tidak dirawat dengan baik maka akan terjadi ulkus dekubitus dan infeksi.

3) Pneumonia

Pasien stroke tidak bisa batuk dan menelan dengan sempurna, hal ini menyebabkan cairan terkumpul di paru-paru dan selanjutnya menimbulkan pneumonia.

4) Atrofi dan kekakuan sendi (Kontraktur)

Hal ini disebabkan karena kurang gerak dan immobilisasi.

5) Depresi dan kecemasan

Gangguan perasaan sering terjadi pada stroke dan menyebabkan reaksi emosional dan fisik yang tidak diinginkan karena terjadi perubahan dan kehilangan fungsi tubuh.

2. Dekubitus Pada Stroke

a. Pengertian

Dekubitus adalah masalah yang sering terjadi pada pasien dengan gangguan kesehatan yang serius. Gangguan motilitas, rasa raba, inkontinensia urin dan alvi, gangguan gizi, gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit merupakan faktor yang memudahkan pasien menderita ulkus dekubitus. Proporsi ulkus dekubitus pasien yang rawat inap bervariasi pada kisaran 0,4% sampai 38%. Pada pasien yang akan dipulangkan, perlu dilakukan evaluasi risiko terjadinya ulkus dekubitus. Keterbatasan aktivitas karena paralisis (kelumpuhan), adanya penonjolan tulang yang mudah tertekan, gangguan sirkulasi darah lokal dan suplai nutrisi pada kulit akan menyebabkan terbentuknya ulkus dekubitus.

b. Penyebab

Dekubitus disebabkan oleh penyumbatan aliran darah akibat penekanan mekanik pada kulit dan jaringan di atas tulang untuk waktu yang lama. Apabila aliran darah terhenti pada daerah kulit tersebut lebih dari 2-3 jam, kulit akan kehilangan oksigen dan mati. Ketika terjadi geseran kursi dan tempat tidur, atau terjadi gesekan pada permukaan kulit oleh baju dan tempat tidur, dapat terjadi luka pada kulit hingga terbentuk ulkus. Paparan keringat,

darah, urin dan feses akan meningkatkan risiko terjadinya ulkus dekubitus.

c. Faktor Risiko

Faktor resiko dekubitus dibagi menjadi 4 yaitu:

1) Gangguan input sensorik

Pasien dengan gangguan persepsi sensorik terdapat nyeri dan tekanan lebih beresiko mengalami gangguan integritas kulit dari pada pasien dengan sensasi normal. Pasien dengan gangguan persepsi sensorik terdapat nyeri dan tekanan adalah pasien yang tidak mampu merasakan kapan sensasi pada bagian tubuh mereka meningkat, adanya tekanan yang lama, atau nyeri dan oleh karena itu pasien tanpa kemampuan untuk merasakan bahwa terdapat nyeri atau tekanan akan menyebabkan resiko berkembangnya dekubitus.

2) Gangguan fungsi motoric

Pasien yang tidak mampu mengubah posisi secara mandiri beresiko tinggi terjadi dekubitus. Klien tersebut dapat merasakan tekanan tetapi tidak mampu mengubah posisi mandiri untuk menghilangkan tekanan tersebut.

3) Perubahan tingkat kesadaran

Pasien bingung, disorientasi, atau mengalami perubahan tingkat kesadaran tidak mampu melindungi dirinya dari dekubitus, pasien bingung atau disorientasi mungkin dapat

merasakan tekanan tetapi tidak mampu memahami bagaimana menghilangkan tekanan itu. Pasien koma tidak dapat merasakan tekanan dan tidak mampu mengubah ke posisi yang lebih baik.

4) Gips, traksi dan peralatan lain

Grips dan traksi mengurangi mobilisasi klien dan ekstremitasnya, klien yang menggunakan gips beresiko tinggi terjadi dekubitus karena adanya gaya friksi eksternal mekanik dari permukaan gips yang bergesek pada kulit. Gaya mekanik kedua adalah tekanan yang dikeluarkan gips pada kulit jika gips terlalu ketat atau jika ekstremitasnya bengkak (Potter & Perry, 2005 dalam Dina 2016).

d. Klasifikasi

Sejumlah peralatan khusus telah dikembangkan untuk menentukan tingkatan ulkus dekubitus. Sistem klasifikasi yang sering disebut dalam literatur yang direkomendasikan dan dikembangkan oleh The European Pressure Ulcer Advisory Panel ditampilkan pada klasifikasi beratnya ulkus dekubitus.

1) Derajat I

Tidak ada eritema yang pucat pada kulit yang utuh. Perubahan warnakulit, hangat, edema, indurasi dan kekerasan bisa menjadi indikator, terutama pada individu dengan kulit yang lebih gelap.

2) Derajat II

Hilangnya sebagian ketebalan kulit yang melibatkan epidermis, dermis atau keduanya. Ulkus hanya dipermukaan dan secara klinis terlihat lecet dan melepuh.

3) Derajat III

Ketebalan kulit hilang total yang melibatkan kerusakan atau nekrosis jaringan subkutaneus yang bisa meluas sampai kepinggir, tetapi tidak melalui fascia yang mendasarinya.

4) Derajat IV

Kerusakan semakin luas, jaringan yang nekrosis atau rusak sampai ke tulang, otot atau bagian yang menyokong dengan atau tanpa hilangnya semua ketebalan kulit.

e. Waktu Terjadinya Dekubitus

Tiga elemen yang menjadi dasar terjadi dekubitus adalah, intensitas tekanan dan tekanan yang menutup kapiler, durasi dan besarnya tekanan, dan toleransi jaringan. Beberapa tempat yang paling sering terjadi dekubitus adalah sakrum, uumit, siku, maleolus lateral, trokanter besar, dan tuberositas iskiat. Dekubitus terjadi sebagai hasil hubungan antara waktu dan tekanan. Semakin besar tekanan dan durasinya, semakin besar pula insident terbentuknya luka. Kulit dan jaringan subkutan dapat mentoleransi beberapa tekanan. Tapi, pada tekanan eksternal terbesar daripada tekanan dasar kapiler akan menurunkan atau menghilangkan aliran

darah kedalam jaringan sekitarnya. Jaringan ini menjadi hipoksia sehingga terjadi cedera.

f. Lokasi Terjadinya Dekubitus

Menurut Stephen & Haynes (2006 dalam Rabyadi 2016). mengilustrasikan area-area yang beresiko untuk terjadinya dekubitus. Dekubitus terjadi dimana tonjolan tulang kontak dengan permukaan. Adapun lokasi yang paling sering adalah sakrum, tumit, dan panggul. Penelitian yang dilakukan oleh Suriadi, et al (2016) 33,3% pasien mengalami dekubitus dengan lokasi kejadian adalah pada bagian sakrum 73,3%, dan tumit 13,2%, 20 pasien yang mengalami dekubitus derajat 1, dan 18 pasien mengalami derajat II

g. Faktor Risiko Dekubitus

Faktor yang mempengaruhi dekubitus adalah sebagai berikut:

1) Faktor Tekanan

a. Mobilitas dan Aktivitas

Mobilitas adalah kemampuan untuk mengubah dan mengontrol posisi tubuh, sedangkan aktifitas adalah kemampuan untuk berpindah. Pasien dengan berbaring terus menerus ditempat tidur tanpa mampu untuk merubah posisi beresiko tinggi untuk terkena dekubitus Imobilitas adalah faktor yang paling signifikan dalam kejadian dekubitus.

b. Penurunan persepsi sensorik

Pasien dengan gangguan persepsi sensorik terdapat nyeri dan tekanan lebih beresiko mengalami gangguan integritas kulit daripada pasien dengan sensasi normal. Pasien dengan gangguan persepsi sensorik terdapat nyeri dan tekanan adalah pasien yang tidak mampu merasakan kapan sensasi pada bagian tubuh mereka meningkat, adanya tekanan yang lama, atau nyeri dan oleh karena itu pasien tanpa kemampuan untuk merasakan bahwa terdapat nyeri atau tekanan akan menyebabkan resiko berkembangnya dekubitus.

2) Faktor Toleransi Jaringan

a. Gaya gesek

Gaya gesek atau geser merupakan gaya yang bekerja pada kulit ketika kulit dalam posisi diam sedangkan struktur tulang bergerak. Pembuluh darah yang berada di bawah jaringan akan tertekan dan terbebani, serta aliran darah yang menuju ke jaringan lebih dalam terhambat. Akibatnya, akan terjadi perdarahan dan nekrosis pada lapisan jaringan. Akhirnya pada kulit akan terbentuk suatu saluran sebagai ruang drainase dari area nekrosis (Potter et al., 2011).

b. Kelembaban

Kondisi lembab pada kulit meningkatkan resiko pembentukan luka tekan. Kelembaban menurunkan resistensi kulit terhadap berbagai faktor fisik lain seperti tekanan dan gesekan. Kelembaban dapat berasal dari drainase luka, keringat, dan Inkontinensia baik urin maupun fekal. Kulit yang lembab dan basah akibat Inkontinensia dapat menyebabkan kerusakan kulit (Fader, bain, dan Cottenden, 2004 dalam Potter et al.,2011).

c. Nutrisi

Nutrisi kurang, khususnya kekurangan protein menyebabkan jaringan yang lunak menjadi rentan terjadi kerusakan. Tingkat protein yang rendah menyebabkan edema atau pembengkakan yang berkontribusi mengganggu aliran oksigen serta nutrisi (Pieper, 2007 dalam Potter et al., 2011). Kekurangan nutrisi mengakibatkan ketidakseimbangan cairan dan elektrolit. Pada pasien yang kehilangan protein berat, hipoalbuminemia (level serum albumin dibawah 3 g/100mL) mengakibatkan pergeseran cairan dari ekstraseluler menuju ke jaringan, yang berakhir dengan edema. Edema meningkatkan resiko pembentukan luka tekan. Suplai darah menuju jaringan yang edema

meunurun, dan produk sisa tetap tinggal karena terdapatnya perubahan tekanan pada sirkulasi dan dasar kapiler (Potter et al., 2011).

d. Tekanan Arteriolar

Tekanan arteriolar yang rendah akan mengurangi toleransi kulit terhadap tekanan sehingga dengan aplikasi tekanan yang rendah sudah mampu mengakibatkan jaringan menjadi iskemia. tekanan sistolik dan tekanan diastolik yang rendah berkontribusi pada perkembangan dekubitus.

e. Usia

Struktur kulit berubah seiring dengan usia, penyebab hilangnya lapisan dermal dan meningkatkan resiko kerusakan kulit. Lansia memiliki risiko tertinggi terjadinya pembentukan luka tekan, 60%-90% luka Dekubitus terjadi pada klien yang berusia di atas 65 tahun (Stotts and Wu, 2007 dalam Potter et al, 2011). Neonatus dan balita juga berisiko tinggi mengalami luka Dekubitus (Noonan, Quigley dan Curly, 2006; WOCN, 2003 dalam Potter et al., 2011).

h. Pencegahan Dekubitus

Berdasarkan rekomendasi European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, (2019) pencegahan ulkus dekubitus yaitu :

1) Pengkajian resiko

Pengkajian resiko dalam pelaksanaannya memperhatikan faktor resiko dengan mempertimbangkan poin-poin yang ada dalam skala yang digunakan seperti skala Braden.

a. Skala Braden 15-18 (resiko ringan)

- a) Rubah posisi pasien dengan teratur
- b) Dukung pasien untuk melakukan mobilisasi seaktif mungkin
- c) Lindungi tumit kaki pasien
- d) Gunakan alat penyangga untuk distribusi tekanan
- e) Atur kelembaban, nutrisi, cegah gesekan
- f) Kelompokkan ke tingkat resiko yang lebih tinggi bila ada faktor resiko

b. Skala Braden 13-14 (resiko sedang)

Intervensi pada skala Braden “resiko” ditambah dengan pengaturan posisi miring 30° menggunakan bantal busa.

c. Skala Braden 10-12 (resiko tinggi)

Intervensi pada skala Braden resiko sedang ditambah dengan merubah posisi pasien setiap 1 jam sekali.

d. Skala Braden <9 (resiko sangat tinggi)

Intervensi pada skala Braden resiko sedang ditambah dengan penggunaan matras khusus. Perhatian khusus pada pasien dengan nyeri hebat, malnutrisi, dan lain-lain.

2) Pengkajian kulit

Terbagi atas dua yaitu pengkajian kulit dan perawatan kulit. Pengkajian kulit tidak lepas dari pengkajian kulit yang lengkap sesuai dengan prosedur dengan teknik yang tepat serta tidak lupa melibatkan pasien untuk memvalidasi temuan subyektif dan obyektif. Untuk perawatan kulit, dianjurkan untuk merawat kulit yang telah mengalami kerusakan dengan cara bila memungkinkan untuk tidak memberikan beban atau menjadi tumpuan berat tubuh, tidak boleh melakukan massage pada area yang telah dipastikan beresiko terjadinya ulkus dekubitus.

3) Nutrisi

Rekomendasi umum untuk nutrisi yaitu mulai dari pengkajian status nutrisi bagi setiap individu yang beresiko terjadinya dekubitus dan rekomendasi untuk segera merujuk pasien dengan resiko nutrisi kepada ahli gizi. Sedangkan rekomendasi khususnya adalah pemberian diet tinggi protein lebih dari biasanya yang pemberiannya tidak melalui satu rute namun kombinasi dari beberapa rute.

4) Edukasi

Memberikan klien pendidikan kesehatan berupa penyebab dan faktor risiko untuk luka dekubitus dan cara untuk meminimalkannya. 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.

5) Reposisi

Pengaturan posisi dibagi dalam enam komponen yakni: keputusan reposisi, frekuensi reposisi, dokumentasi reposisi, reposisi pada pasien yang dapat duduk sendiri, serta pendidikan dan pelatihan tentang reposisi. Keputusan klinis dalam pengaplikasian reposisi hendaknya dipertimbangkan pada semua individu dengan resiko dekubitus, pelaksanaannya pun harus dipertimbangkan kondisi dan alat apa yang akan digunakan, frekuensi reposisi dipengaruhi oleh variabel itu sendiri seperti toleransinya, tingkat mobilisasi fisiknya, kondisi kulitnya dan alat penyanggah apa yang akan digunakan

6) Alat penyanggah

Pemilihan alat penyanggah dalam rangka penyanggahan tekanan merupakan hal yang penting sesuai dengan kebutuhan pencegahan pada masing-masing pasien dan disesuaikan dengan kondisi pasien.

i. Faktor Pendukung

1) Pengetahuan Keluarga tentang Dekubitus

Pengetahuan merupakan landasan utama dan penting bagi semua orang dalam perawatan kesehatan tubuh, tidak hanya petugas kesehatan yang memiliki tanggung jawab utama dalam pelayanan keperawatan serta pelaksanaan tindakan tetapi juga keluarga. Keluarga merupakan bagian yang penting dalam perawatan pasien karena ketidaktahuan keluarga tentang perawatan pasien dapat menambah faktor resiko terjadinya dekubitus. Pengetahuan yang kurang pada keluarga akan berdampak negatif pada kesehatan pasien stroke. Oleh karena itu adapun tugas keluarga adalah mengenal gangguan perkembangan kesehatan setiap anggotanya, mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat, memberikan perawatan kepada anggota keluarganya yang sakit dan tidak ada yang dapat membantu dirinya sendiri karena cacat (Effendy, 2006 dalam Heru 2018) Jadi tidak hanya perawat saja, keluarga pasien juga perlu memperhatikan pengetahuan yang dimilikinya karena tingkat keberhasilan dalam upaya pencegahan dekubitus tergantung dari hal tersebut.

3. Pengetahuan

a. Pengertian

Menurut Notoatmodjo, (2018). Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behaviour*). Berdasarkan pengalaman Peran keluarga selama ini, keluarga tidak tahu tentang bagaimana cara perawatan decubitus, pencegahan dekubitus pada pasien stroke di antaranya higiene dan perawatan kulit, pengaturan posisi alas pendukung, perawat dan keluarga harus menjaga kulit klien tetap bersih dan kering.

b. Tingkat pengetahuan

Pengetahuan dalam aspek kognitif menurut Notoatmodjo (2018), dibagi menjadi 6 (enam) tingkatan yaitu:

1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, dari seluruh bahan yang dipelajari. Tahu ini merupakan tingkat pengertian yang paling rendah.

2) Memahami (*Comprehension*)

Memahami ini diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui menginterpretasikan materi ke kondisi sebenarnya.

3) Aplikasi (*Aplication*)

Kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya.

4) Analisis (*Analisis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen - komponen, tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5) Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

6) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek.

c. Sumber – sumber pengetahuan

Pengetahuan seseorang dapat diperoleh dari pengalaman yang berasal dari lingkungan kehidupan dalam proses perkembangannya serta dari berbagai macam media massa (TV,

internet, radio, majalah, pamflet, dan lain-lain) (Notoatmodjo, 2018).

d. Faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2018) faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah :

1) Pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang akan berpengaruh dalam memberi respon terhadap sesuatu yang datang dari luar. Orang yang berpendidikan tinggi akan memberikan respon yang lebih rasional terhadap informasi yang datang dan akan berpikir sejauh mana keuntungannya, mempunyai pendidikan yang lebih tinggi akan mudah mengenali dekubitus baik dari tanda, gejala, cara penanganan serta efek yang ditimbulkan, oleh sebab ini faktor pendidikan sangat mempengaruhi tingkat pengetahuan seorang keluarga dalam menyikapi suatu kejadian dekubitus, adapun jenjang pendidikan formal terdiri atas pendidikan dasar, pendidikan menengah, dan pendidikan tinggi. Jenis pendidikan mencakup pendidikan umum, kejuruan, akademik, profesi, vokasi, keagamaan, dan khusus

2) Pekerjaan

Pekerjaan merupakan suatu cara mencari nafkah yang membosankan, berulang, dan banyak tantangan. Pekerjaan dilakukan untuk menunjang kehidupan pribadi maupun

keluarga. Bekerja dianggap kegiatan yang menyita waktu, pekerjaan juga mempengaruhi pengetahuan. Seseorang yang bekerja pengetahuannya akan lebih luas dari pada seseorang yang tidak bekerja, karena dengan bekerja seseorang akan banyak mempunyai informasi (Khusniyah, 2011).

Menurut Sakernas (Notoatmodjo, 2012) jenis pekerjaan yaitu:

- | | |
|-----------------|---------------|
| 1. Pedagang | 5. Pensiunan |
| 2. Buruh / Tani | 6. Wiraswasta |
| 3. PNS | 7. IRT |
| 4. TNI/Polri | |

3) Umur

Usia adalah umur individu yang dihitung mulai dari dilahirkan sampai berulang tahun, semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir. Adapun klasifikasi umur menurut Depkes RI tahun 2021 yaitu :

1. 17-25 tahun : Remaja akhir
2. 26-35 tahun : Dewasa awal
3. 36-45 tahun : Dewasa akhir
4. 46-55 tahun : Lansia awal
5. 56-65 tahun : Lansia akhir

4) Hubungan sosial

Manusia adalah makhluk sosial dimana dalam kehidupan saling berinteraksi antara satu dengan yang lain. Individu yang dapat berinteraksi secara continue akan lebih besar terpapar informasi. Sementara faktor hubungan sosial juga mempengaruhi kemampuan individu sebagai komunikasi untuk menerima pesan menurut model komunikasi media dengan demikian hubungan sosial dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang tentang suatu hal.

e. Cara Memperoleh Pengetahuan

Cara memperoleh pengetahuan menurut Notoatmodjo, 2013 adalah sebagai berikut:

1) Cara kuno untuk memperoleh pengetahuan

a. Cara coba salah

Cara ini telah dipakai orang sebelum kebudayaan, bahkan mungkin sebelum adanya peradaban. Cara coba salah ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah dan apabila kemungkinan itu tidak berhasil maka dicoba kemungkinan yang lain sampai masalah tersebut dapat dipecahkan.

b. Cara kekuasaan atau otoritas

Sumber pengetahuan cara ini dapat berupa pemimpin pemimpin masyarakat baik formal atau informal. ahli agama, pemegang pemerintah, dan berbagai prinsip orang lain yang mempunyai yang dikemukakan oleh orang yang mempunyai otoritas, tanpa memuji terlebih dahulu atau membuktikan kebenarannya baik berdasarkan fakta empiris maupun penalaran sendiri.

c. Berdasarkan pengalaman pribadi

Pengalaman pribadi dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang pernah diperoleh dalam permasalahan yang dihadapi masa lalu. Memecahkan

2) Cara moderen untuk memperoleh pengetahuan

Cara ini disebut metode penelitian ilmiah atau lebih populer disebut metode penelitian. Cara ini mula-mula dikembangkan oleh Francis Bacon (1561-1626) kemudian dikembangkan oleh Deobold Van Daven. Akhirnya lahir suatu cara untuk melakukan penelitian yang dewasa ini kita kenal dengan penelitian ilmiah.

3) Pengalaman

Pengalaman seorang individu tentang berbagai hal biasa diperoleh dari lingkungan kehidupan dalam proses perkembangannya, misalnya sering mengikuti kegiatan.

Kegiatan yang mendidik misalnya seminar organisasi dapat memperluas jangkauan pengalamannya, karena dari berbagai kegiatan tersebut informasi tentang suatu hal dapat diperoleh. Pengetahuan yang berkaitan dengan dekubitus sangat penting diketahui oleh seorang keluarga antara lain tentang pengertian dekubitus, faktor-faktor resiko apa saja yang dapat menyebabkan dekubitus, karakteristik dekubitus, dan yang terpenting mengetahui cara melakukan perawatan dekubitus. Setelah keluarga memiliki pengetahuan yang benar tentang dekubitus, maka diharapkan keluarga mampu melakukan perawatan dekubitus sesuai dengan standar operasional prosedur, sehingga dapat mengurangi angka kejadian dekubitus.

f. Pengukuran pengetahuan

Adanya pengetahuan yang cukup akan memotivasi individu untuk berperilaku sehat. Orang akan mempersepsi informasi banyak sekali (pengetahuan). Orang akan mempersepsi informasi tersebut sesuai dengan predisposisi psikologinya, yaitu akan memilih atau membuang informasi yang tidak di hendaki karena menimbulkan kecemasan atau mekanisme pertahanan.

Dalam (Budiman & Riyanto, 2014) membuat kategori tingkat pengetahuan bisa juga dikelompokkan menjadi dua kelompok jika yang diteliti masyarakat umum, yaitu sebagai berikut :

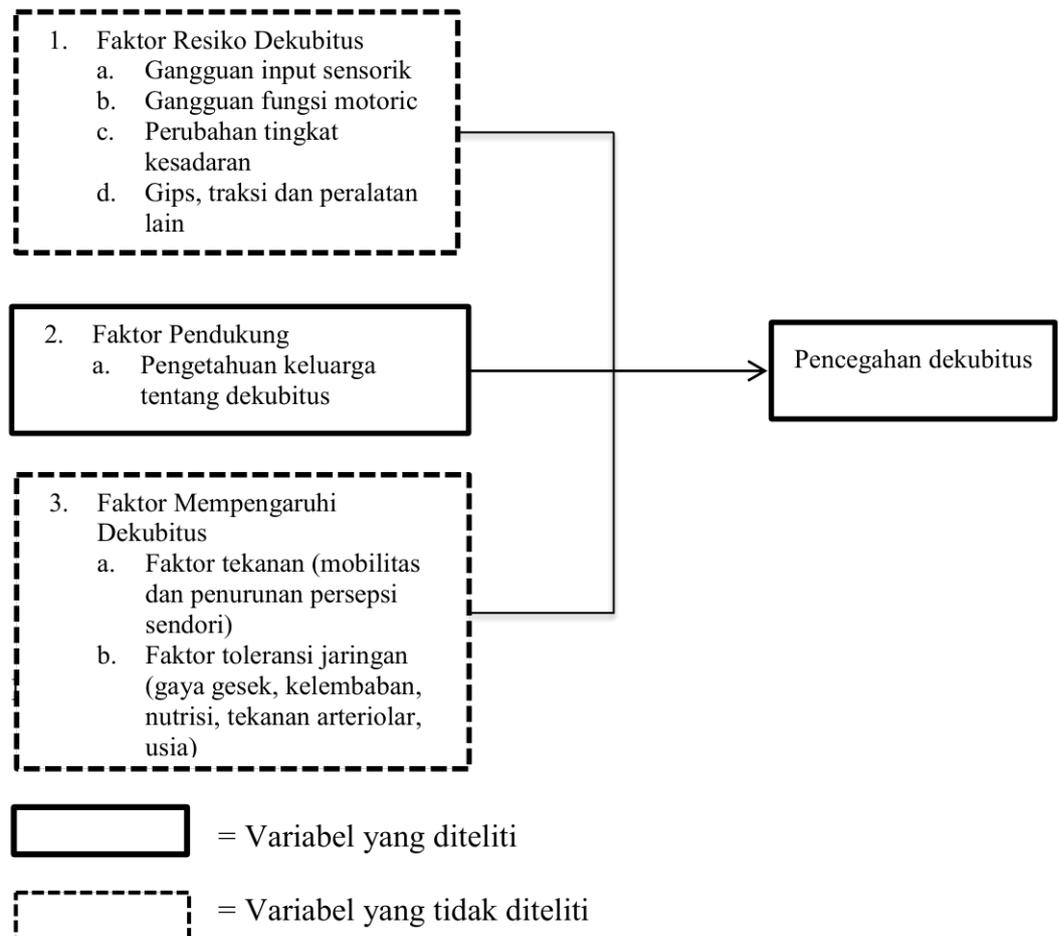
- 1) Tingkat pengetahuan kategori Baik jika nilainya $> 50\%$
- 2) Tingkat pengetahuan kategori Kurang Baik jika nilainya $\leq 50\%$

B. Penelitian Terkait

1. Hasil penelitian Fadli.T (2021) tentang “Tingkat pengetahuan caregiver, hubungan gizi dan aktifitas fisik Pasien dengan risiko ulkus dekubitus pada Pasien stroke rawat jalan RSKD Prov.Sulsel Tahun 2021” menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan caregiver, hubungan gizi dan aktifitas fisik berhubungan dengan resiko dekubitus pada pasien stroke. Adapun perbedaan penelitian Fadli.T (2021), dengan penelitian yang sekarang dilakukan adalah variable yang digunakan Fadli.T (2021) menggunakan variable caregiver, hubungan gizi dan aktifitas fisik yang berhubungan dengan dengan risiko dekubitus pada pasien stroke.
2. Sesuai dengan penelitian Rismawan (2014), dengan judul Hubungan tingkat pengetahuan klien tentang pencegahan decubitus terhadap kejadian dekubitus pada pasien bedrest total di RS Dr. Soekardjo Tasik Malaya Kota Tasikmalaya hasil penelitian menyatakan bahwa terdapat hubungan tingkat pengetahuan keluarga klien tentang pencegahan decubitus terhadap kejadian decubitus pada pasien bedrest. Pengetahuan sangat diperlukan guna meningkatkan peran keluarga.

C. Kerangka Teori

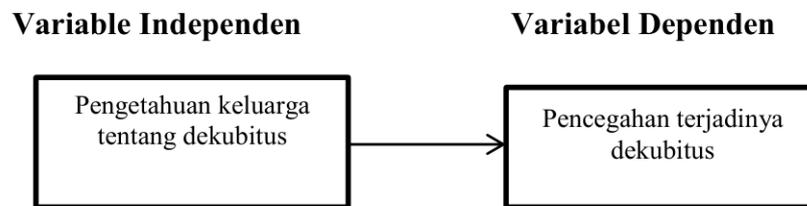
Kerangka teori merupakan bagian alur berpikir dari teori yang telah dibuat, dapat dibuat kerangka teori penelitian yang dapat di buat di bawah ini :



Skema 2.1 Kerangka Teori

D. Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan suatu alur yang dapat digunakan untuk untuk memperlihatkan variable yang mempengaruhi dan yang terpengaruhi. Dalam kerangka konsep ini akan terlihat faktor yang terdapat dalam variable penelitian (Muhammad 2013).



Skema 2.2 Kerangka Konsep

E. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah

Ha : Ada hubungan pengetahuan keluarga tentang pencegahan dekubitus dengan pencegahan terjadinya dekubitus pada pasien stroke.

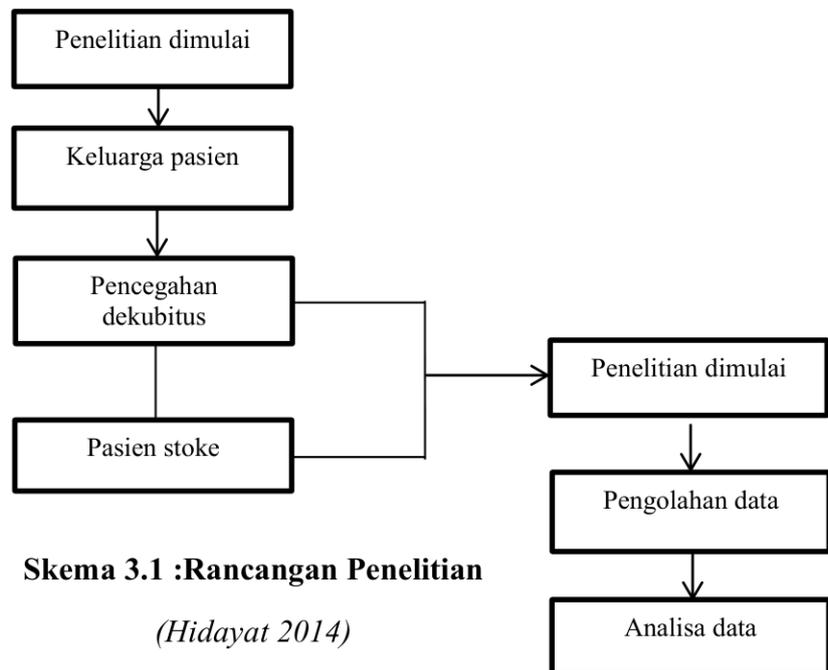
BAB III

METODELOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Rancangan penelitian adalah suatu yang sangat penting dalam penelitian yang memungkinkan pemaksimalan kontrol faktor yang biasa mempengaruhi akurasi suatu hasil (Nursalam, 2014) penelitian ini menggunakan metode deskriptif analitik dengan desain pendekatan *Cross Sectional* dimana variable indenpenden (pengetahuan keluarga tentang dekubitus) dan variable dependen (pencegahan dekubitus pada pasien stroke).

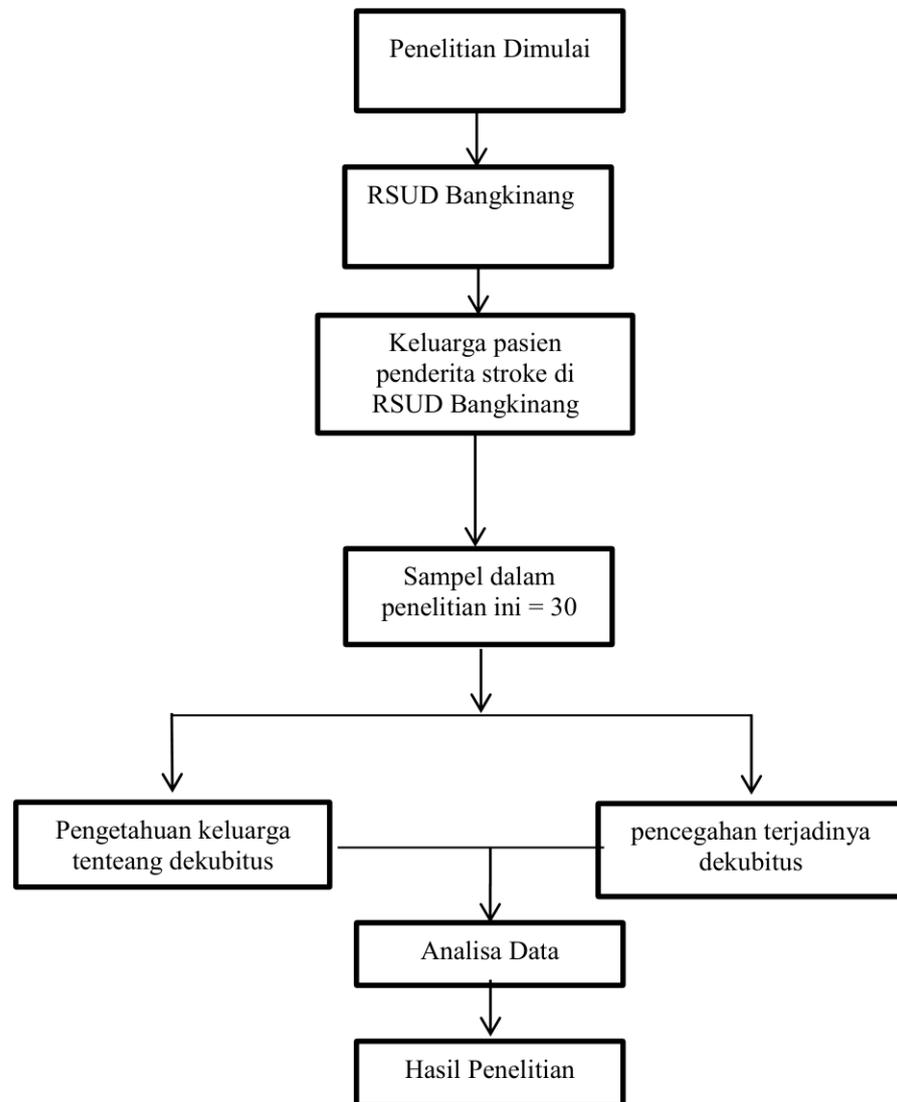
1. Rencana Penelitian



Skema 3.1 :Rancangan Penelitian

(Hidayat 2014)

2. Alur Penelitian



Skema 3.2 Alur Penelitian

3. Prosedur Penelitian

- 1) Mengajukan surat permohonan pengambilan data di RSUD Bangkinang.
- 2) Setelah semua data didapatkan penulis mulai mengerjakan proposal.
- 3) Melakukan seminar proposal.
- 4) Mengajukan surat untuk izin penelitian di RSUD Bangkinang.
- 5) Setelah mendapat izin dari kepala RSUD Bangkinang
- 6) Penulis mulai melakukan penelitian dengan membagikan kuesioner kepada keluarga.
- 7) Melakukan pengolahan data

4. Variabel Penelitian

Adapun variabel dari penelitian sebagai berikut

1) Variabel Bebas

Variabel ini sering juga disebut variabel stimulus, input, predictor dan antecedent. Variabel bebas adalah variable yang menjadi sebab timbulnya atau berubahnya variabel dependen. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah pengetahuan keluarga .

2) Variabel Terikat

Variabel ini sering juga disebut variabel responden, output. keria konsekuen, Variabel terikat merupakan variable yang dipengaruhi atau menjadi akibat karena adanya variable bebas

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah pencegahan terjadinya dekubitus.

B. Lokasi dan waktu penelitian

1. Lokasi Penelitian

Lokasi pada penelitian ini akan dilakukan di RSUD Bangkinang.

2. Waktu penelitian

Penelitian ini rencana akan dilaksanakan pada bulan agustus 2022.

C. Populasi dan sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti. Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga yang mendampingi pasien penderita stroke untuk datang berobat (kontrol ke poli klinik saraf) berjumlah 152 orang dari bulan januari – juni tahun 2022

2. Sampel

Sample adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2005). Pengeambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini menggunakan tehnik *accidental sampling* yaitu dilakukan dengan mengambil responden yang kebetulan ada atau bersedia saat penelitian berlangsung yaitu keluarga yang mempunyai pasien penderita stroke. seluruh populasi dijadikan sample. Dengan kriteria sebagai berikut:

a. Kriteria Inklus

1. Keluarga pasien yang terdiagnosis stroke di poli klinik saraf
2. Keluarga pasien yang bersedia untuk menjadi responden

b. Kriteria Ekslusi

1. Keluarga hanya mengantar saat kontrol bukan yang merawat di rumah.
2. Kondisi pasien pada saat penelitian tidak memungkinkan untuk dilakukan penelitian seperti lemah.

D. Etika Penelitian

Masalah etika penelitian merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan. Masalah etika yang harus diperhatikan antara lain adalah sebagai berikut :

1. Lembar persetujuan menjadi responden

Lembar persetujuan diberikan kepada subjek yang akan diteliti. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan riset yang akan dilakukan serta dampak yang mungkin terjadi selama dan sesudah pengumpulan data. Jika responden bersedia diteliti, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan tersebut, jika responden menolak untuk diteliti, maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak-haknya.

2. Tanpa Nama (*Anominty*)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas subjek, peneliti tidak akan mencantumkan nama subjek pada lembaran pengumpulan data, cukup dengan memberikan kode pada masing-masing lembar riset.

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi yang diberikan oleh subjek dijamin oleh peneliti.

E. Alat pengumpulan Data

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner yang berisikan sejumlah pertanyaan tentang pengetahuan dekubitus dengan pencegahan terjadinya dekubitus pada pasien stroke, peneliti menggunakan 2 macam instrumen yaitu :

1. Kuesioner pengetahuan keluarga tentang dekubitus

Kuesioner berupa pertanyaan sebanyak 10 pertanyaan

2. Kuesioner pencegahan terjadinya dekubitus pada pasien stroke

Kuesioner berupa 10 pertanyaan yaitu mengisi lembar kuesioner dengan mengceklis.

F. Uji Validitas Dan Realibilitas

Alat ukur atau instrumen penelitian dapat diterima sesuai standar adalah alat ukur yang telah melalui uji validitas dan reliabilitas data (Hidayat, 2008). Lokasi pelaksanaan uji validitas dan reliabilitas dilaksanakan di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kuok, pada responden yang tidak menjadi sampel dalam penelitian ini sebanyak 20 orang. Uji

validitas menggunakan teknik korelasi product moment dan uji reliabilitas menggunakan uji alfa cronbach.

1. Uji Validitas

Untuk mengetahui tentang tingkat validitas instrumen dilakukan uji coba responden dengan jumlah sampel 20 orang, selanjutnya dihitung dengan rumus korelasi product moment pada taraf kepercayaan 95% atau taraf signifikan 5% jika hitung lebih besar dari r tabel dapat diperoleh melalui $df(n-2)=0,444$. Maka nilai r tabel 0,631. Jika nilai r hitung $> r$ tabel berarti valid dan sebaliknya jika hitung $< r$ tabel berarti instrumen tidak valid. Hasil uji validitas instrumen kuesioner yang telah dilakukan terhadap 10 pertanyaan telah dinyatakan valid semua karena nilai Corrected Item-Total Correlation diatas 0,631 terhadap responden sebanyak 10 orang di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Kuok

2. Uji Reliabilitas

Setelah mengukur validitas, peneliti perlu mengukur reliabilitas instrumen. Reliabilitas instrumen menunjukkan pada sesuatu pengertian bahwa instrumen dapat dipercaya untuk dipergunakan sebagai alat pengumpul data, karena instrumen itu baik. Uji reliabilitas yang digunakan adalah Alpha cronbach's terhadap 10 pertanyaan. Jika nilai Alpha $> 0,60$ maka reliabel. Dari hasil uji reliabilitas didapatkan hasil bahwa 10 pertanyaan yang sudah valid adalah reliabel karena nilai Alpha $> 0,781$. (Arikunto, 2006).

G. Prosedur Pengumpulan Data

Dalam melakukan penelitian ini peneliti mengumpulkan data dengan melalui prosedur sebagai berikut :

1. Mengajukan surat permohonan izin kepada Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai Riau untuk mengadakan penelitian di RSUD Bangkinang
2. Setelah mendapat surat izin, peneliti memohon izin kepada Direktur RSUD Bangkinang.
3. Penulis menjelaskan kepada responden tujuan dari penelitian ini
4. Meminta responden untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi responden.
5. Membagikan lembaran kuesioner sambil menjelaskan cara pengisian.
6. Setelah kuesioner diisi, peneliti langsung mengumpulkan untuk memeriksa kelengkapannya.
7. Apabila belum lengkap responden di minta untuk melengkapinya saat itu juga.
8. Pengolahan data.

H. Defenisi Operasional

Defenisi Operasional adalah defenisi dari setiap variabel yang akan diteliti. Defenisi operasional adalah mendefenisikan tabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena (Hidayat,2014).

Table 3,2 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi operasional	Alat ukur	Skala ukur	Hasil ukur
Variabel indenpenden					
1	Pengetahuan keluarga pasien	Segala sesuatu yang diketahui oleh keluarga responden tentang dekubitus	Kuesioner Sebanyak 10 pertanyaan	Ordinal	0. kategori kurang baik , jika nilainya $\leq 50\%$ 1. kategori baik jika nilainya $> 50\%$
Variabel dependen					
2	Pencegahan terjadinya dekubitus	Berbagai upaya untuk mencegah terjadinya ulkus dekubitus pada pasien penderita stroke	Mengisi lembar kuesioner dengan ceklis	Ordinal	0. Tidak, jika responden menjawab < 10 pertanyaan dengan benar 1. Ya, jika responden menjawab 10 pertanyaan dengan benar

I. Pengolahan Data

Data Dalam penelitian ini data yang telah dikumpulkan akan diolah melalui beberapa tahap (Hidayat, 2007) yaitu :

1. *Editing* yaitu melakukan pengecekan terhadap hasil pengisian kuesioner yang meliputi kelengkapan identitas dan jawaban yang diberikan oleh responden.
2. *Coding* yaitu memberikan kode berupa angka-angka untuk setiap hasil jawaban pada kuesioner.
3. *Transferring* yaitu menyusun total nilai dari variabel-variabel penelitian yang diberikan.

4. *Tabulating* yaitu pengelompokan nilai responden berdasarkan katagori yang telah dibuat untuk tiap-tiap variabel dan selanjutnya dimasukan ke dalam tabel distribusi frekuensi.

J. Analisa Data

1. Analisis Univariat

Penelitian Analisis Univariat adalah analisa yang dilakukan menganalisis tiap variabel dari hasil penelitian (Notoatmodjo, 2012). Analisa univariat berfungsi untuk meringkas kumpulan data hasil pengukuran sedemikian rupa sehingga kumpulan data tersebut berubah menjadi informasi yang berguna. peringkasan tersebut dapat berupa ukuran statistik, tabel, grafik. Analisa univariat dilakukan masing–masing variabel yang diteliti.

Untuk variabel frekuensi, waktu menyikat gigi dan kebiasaan konsumsi makanan kariogenik menggunakan rumus distribusi frekuensi sebagai berikut:

$$P = \frac{f}{N} \times 100\%$$

Keterangan :

P : hasil presentase

F: frekuensi hasil pencapaian

N : total seluruh observasi

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan satu variabel independen dengan satu variabel dependen, bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen utama dengan

variabel dependen dengan tanpa mempertimbangkan variabel independen atau faktor risiko lainnya. Analisa bivariat menggunakan uji kai kuadrat (*Chi Square*), karena semua data diukur dalam skala katagorik dikotomi (melihat hubungan antara variabel katagorik dengan variabel katagorik. Prinsip dasar uji kai kuadrat adalah membandingkan frekuensi yang terjadi (observasi) dengan frekuensi harapan (ekspektasi) (Notoatmodjo, 2012).

Pada penelitian ini analisa bivariat menggunakan komputerisasi dengan program SPSS. Hasil uji *Chi Square* hanya dapat menyimpulkan ada tidaknya perbedaan proporsi antar Kelompok atau dengan kata lain kita hanya dapat menyimpulkan ada/tidaknya hubungan dua variabel kategorik. Dengan demikian uji *Chi Square* tidak dapat menjelaskan derajat hubungan, dalam hal ini uji *Chi Square* tidak dapat mengetahui mana yang memiliki risiko lebih besar dibanding kelompok lain.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini telah dilakukan selama 5 hari pada tanggal 6, 7, 10, 11, dan 12 Oktober 2022. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui adanya hubungan pengetahuan keluarga tentang dekubitus dengan pencegahan terjadinya dekubitus pada pasien Stroke di RSUD Bangkinang.

A. Karakteristik Responden

Karakteristik responden dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian. Dalam penelitian ini karakteristik responden umur, pekerjaan, hubungan dengan pasien, dan pendidikan.

Tabel 4.1 Karakteristik Responden Umur, Pekerjaan, Pendidikan pada Keluarga Pasien Stroke di RSUD Bangkinang Tahun 2022

No	Umur	Jumlah	Persentasi %
1	Umur (17-25 tahun)	9	30
2	Umur (26-35 tahun)	8	26.7
3	Umur (36-45 tahun)	5	16.7
4	Umur (46-55 tahun)	3	13.3
5	Umur (56-65 tahun)	4	13.3
6	Jumlah	30	100
No	Pekerjaan	Jumlah	Persentasi%
1	Pedagang	10	33.3
2	IRT	9	30
3	Petani	8	27.7
4	Guru	3	10
5	Jumlah	30	100
No	Pendidikan	Jumlah	Persentasi %
1	SD	3	10
2	SMP	10	30
3	SMA	14	46.7
4	Perguruan tinggi	3	10
5	Jumlah	30	100

Berdasarkan tabel 4.1 dapat disimpulkan bahwa umur responden berada pada kategori umur (17-25 tahun) sebanyak 9 orang (30%), pekerjaan berada

pada kategori pedagang sebanyak 10 responden (33.3%), pendidikan responden berada pada kategori SMA sebanyak 14 responden (46.7%).

B. Analisa Univariat

Analisis Univariat dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian. Dalam penelitian ini peneliti menganalisa data secara univariat untuk melihat distribusi frekuensi pengetahuan keluarga tentang dekubitus dengan pencegahan terjadinya dekubitus pada pasien Stroke di RSUD Bangkinang.

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi pengetahuan keluarga tentang dekubitus pada pasien Stroke di RSUD Bangkinang tahun 2022.

No	Pengetahuan keluarga tentang dekubitus	Jumlah	Persentasi %
	Kurang	19	63.3
	Baik	11	36.7
	Jumlah	30	100

Berdasarkan tabel 4.2 dapat disimpulkan bahwa responden pengetahuan keluarga tentang dekubitus berada pada kategori kurang sebanyak 19 responden (63.3%).

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi pencegahan terjadinya dekubitus pada pasien stroke di RSUD Bangkinang tahun 2022.

No	Pencegahan terjadinya dekubitus pada pasien stroke	Jumlah	Persentasi %
	Ya	17	56.7
	Tidak	13	43.3
	Jumlah	30	100

Berdasarkan tabel 4.3 dapat disimpulkan bahwa responden pencegahan terjadinya dekubitus pada pasien stroke berada pada kategori ya melakukan pencegahan sebanyak 17 responden (56.7%).

C. Analisa Bivariat

Analisa bivariat ini memberikan gambaran ada tidak nya hubungan antara Variabel independen (pengetahuan keluarga tentang dekubitus) dan

variabel dependen (pencegahan terjadinya dekubitus). Analisa bivariat diolah dengan program SPSS menggunakan *uji chi-square*. Kedua variabel terdapat hubungan apabila $p \text{ value} < 0,05$. Hasil analisa bivariat dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 4.4 Hubungan pengetahuan keluarga tentang dekubitus dengan pencegahan terjadinya dekubitus pada pasien stroke di RSUD Bangkinang tahun 2022.

Pengetahuan keluarga tentang dekubitus	Pencegahan terjadinya dekubitus pada pasien stroke				Total		P Value	POR (CI 95%)
	Tidak		Ya		N	%		
	N	%	N	%				
Kurang	5	8.2	14	10.8	19	100	0.023	0.134
Baik	8	4.8	3	6.2	11	100		
Total	13	13	17	17	30	100		

Berdasarkan tabel 4.4 dapat dilihat bahwa dari 19 responden yang pengetahuan keluarga tentang dekubitus kurang, sebanyak 14 responden (10.8%) ya melakukan pencegahan . Sedangkan dari 11 responden yang pengetahuan keluarganya baik, sebanyak 8 responden (4.8%) tidak melakukan pencegahan. Uji *Chi Square* diperoleh nilai $p = 0,023$ ($p \text{ value} < 0,05$), dengan demikian dapat disimpulkan ada hubungan pengetahuan keluarga tentang dekubitus dengan pencegahan terjadinya dekubitus pada pasien stroke di RSUD Bangkinang tahun 2022. Berdasarkan nilai prevalensi Odds Ratio yaitu 0,134 yang artinya responden yang kategori pengetahuan kurang berisiko 0,134 kali untuk tidak melakukan pencegahan terjadinya dekubitus pada pasien stroke dibandingkan dengan responden yang pengetahuan baik.

BAB V

PEMBAHASAN

Penelitian ini membahas tentang “Hubungan Pengetahuan Keluarga tentang Dekubitus dengan Pencegahan Terjadinya Dekubitus pada Pasien Stroke di RSUD Bangkinang tahun 2022”.

A. Hubungan Pengetahuan Keluarga tentang Dekubitus dengan Pencegahan Terjadinya Dekubitus pada Pasien Stroke di RSUD Bangkinang tahun 2022

Berdasarkan hasil uji analisa statistik Chi-square menunjukkan tingkat signifikan $p\text{-value} = 0,023 < 0,05$ sehingga H_0 ditolak. Hal ini membuktikan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan keluarga tentang dekubitus dengan pencegahan terjadinya dekubitus pada pasien stroke di RSUD Bangkinang tahun 2022.

Pengetahuan merupakan landasan utama dan penting bagi semua orang dalam perawatan kesehatan tubuh, tidak hanya petugas kesehatan yang memiliki tanggung jawab utama dalam pelayanan keperawatan serta pelaksanaan tindakan tetapi juga keluarga. Keluarga merupakan bagian yang penting dalam perawatan pasien karena ketidaktahuan keluarga tentang perawatan pasien dapat menambah faktor resiko terjadinya dekubitus. Pengetahuan yang kurang pada keluarga akan berdampak negatif pada kesehatan pasien stroke. Oleh karena itu adapun tugas keluarga adalah mengenal gangguan perkembangan kesehatan setiap anggotanya, mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat, memberikan perawatan

kepada anggota keluarganya yang sakit dan tidak ada yang dapat membantu dirinya sendiri karena cacat (Effendy, 2006 dalam Heru 2018) Jadi tidak hanya perawat saja, keluarga pasien juga perlu memperhatikan pengetahuan yang dimilikinya karena tingkat keberhasilan dalam upaya pencegahan dekubitus tergantung dari hal tersebut.

Selama ini keluarga tidak paham mengenai bagaimana upaya perawatan dekubitus, pencegahan dekubitus terhadap pasien stroke melalui langkah-langkah seperti kebersihan dan perawatan kulit yang tepat, menyesuaikan posisi sistem pendukung pasien, perawat harus menjaga kulit klien tetap bersih dan kering. Pengamanan standar guna menghentikan kerusakan kulit. Penyesuaian posisional digunakan agar menurunkan tekanan dan gaya gesek pada kulit. Posisi mobilitas klien disesuaikan dengan tingkat aktivitasnya, kemampuan kognitif, dan rutinitas sehari-hari, serta faktor-faktor seperti kenyamanan, kemudahan bergerak, pengaturan postur tubuh, dan manajemen stres. Dekubitus juga dapat menyebabkan nyeri parah dan tidak nyaman pada pasien. Karena itu, keluarga yang merawat orang dengan dekubitus memerlukan informasi mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan dekubitus sehingga mereka dapat mengambil tindakan pencegahan terhadap demensia dalam keluarga mereka sendiri (Wijayanti. 2016).

Hasil penelitian Fadli.T (2021) tentang “Tingkat pengetahuan caregiver, hubungan gizi dan aktifitas fisik Pasien dengan risiko ulkus dekubitus pada Pasien stroke rawat jalan RSKD Prov.Sulsel Tahun 2021” menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan caregiver, hubungan gizi dan aktifitas fisik berhubungan

dengan resiko dekubitus pada pasien stroke. Adapun perbedaan penelitian Fadli.T (2021), dengan penelitian yang sekarang dilakukan adalah variable yang digunakan Fadli.T (2021) menggunakan variable caregiver, hubungan gizi dan aktifitas fisik yang berhubungan dengan dengan risiko dekubitus pada pasien stroke.

Sesuai dengan penelitian Rismawan (2014), dengan judul Hubungan tingkat pengetahuan klien tentang pencegahan dekubitus terhadap kejadian dekubitus pada pasien bedrest total di RS Dr. Soekardjo Tasik Malaya Kota Tasikmalaya hasil penelitian menyatakan bahwa terdapat hubungan tingkat pengetahuan keluarga klien tentang pencegahan dekubitus terhadap kejadian dekubitus pada pasien bedrest. Pengetahuan sangat diperlukan guna meningkatkan peran keluarga.

Menurut asumsi peneliti bahwa dari 19 pengetahuan keluarga kurang, sebanyak 14 responden melakukan pencegahan dekubitus. Dimana responden pengetahuan keluarga kurang tetapi melakukan pencegahan dikarenakan 8 responden pernah melihat orang lain melakukan hal yang sama, dan 6 responden berjenis kelamin perempuan memiliki tingkat kepedulian yang lebih tinggi dibandingkan responden yang berjenis kelamin laki-laki. Dari 11 responden pengetahuan keluarga baik, sebanyak 8 responden yang tidak melakukan pencegahan. Dimana responden pengetahuan keluarga baik tetapi tidak melakukan pencegahan dikarenakan 5 responden lebih banyak menghabiskan waktunya diluar untuk berkerja ataupun untuk kepentingan yang lain sehingga responden tidak mempunyai waktu yang cukup untuk

pasien, dan 3 responden berada pada kategori lansia sehingga kurang dalam melakukan pencegahan meskipun memiliki pengetahuan yang baik.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Hasil penelitian ini tentang “Hubungan pengetahuan keluarga tentang dekubitus dengan pencegahan terjadinya dekubitus pada pasien stroke di RSUD bangkinang tahun 2022”.

1. Pengetahuan keluarga berada pada kategori kurang sebanyak 19 responden (63.3%) dan pencegahan terjadinya dekubitus pada pasien stroke berada pada kategori ya sebanyak 17 responden (56.7 %).
2. Ada hubungan pengetahuan keluarga tentang dekubitus dengan pencegahan terjadinya dekubitus pada pasien stroke di RSUD bangkinang tahun 2022 dengan p value $0,023 < 0,05$.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, peneliti dapat memberikan saran sebagai berikut :

1. Bagi keluarga penderita stroke

Hasil penelitian dapat menambah informasi dan menambah pengetahuan keluarga mengenai pencegahan terjadinya dekubitus terhadap pasien stroke.

2. Bagi tenaga kesehatan

Penelitian ini dapat meningkatkan penyebaran informasi tentang upaya peningkatan pencegahan terjadinya dekubitus pada pasien stroke.

3. Bagi institusi

Hasil penelitian ini mampu mendistribusikan informasi dan menjadi sumber referensi serta menambah publikasi di fakultas keperawatan Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai.

4. Bagi peneliti

Penelitian ini dapat membagikan wawasan juga pengalaman dalam meneliti pengetahuan keluarga mengenai pencegahan terjadinya dekubitus pada pasien stroke.

5. Bagi peneliti selanjutnya

Penelitian ini dapat digunakan untuk instruksi awal bagi pihak-pihak yang akan mengadakan penelitian lebih lanjut terkait pencegahan terjadinya dekubitus pada pasien stroke untuk lebih dalam lagi seperti tentang derajat-derajat yang ada pada dekubitus.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. (2012). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta
- Bujang. (2014). *Pengaruh Alih Baring terhadap Kejadian Dekubitus pada Pasien Stroke yang Mengalami Hemiparesis di Ruang Yudistira RSUD Semarang*. Skripsi. STIKes Ngudi Waluyo Semarang.
- Dina (2016). *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Dekubitus pada Pasien Tirah Baring di Rumah Sakit dr. Moeward Surakarta*. Diakses tanggal 01 Mei 2018
- Ebi, W. E., Hirko, G. F., & Mijena, D. A. (2019). *Nurses' Knowledge to Pressure Ulcer Prevention in Public Hospitals in Wollega: A Cross-Sectional Study Design*. BMC Nursing, 18(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0346-y>
- Fitriyani. (2009). *Pengaruh Posisi Lateral Inklin 30 Derajat Terhadap Kejadian Dekubitus Pada Pasien Stroke Di Bangsal Anggrek 1 Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi Surakarta*. Program Studi Keperawatan. Fakultas Ilmu Kesehatan. Universitas Muhammadiyah Surakarta
- Hidayat, A.Alimul (2014). *Metode penelitian keperawatan dan teknis analisis data*. Jakarta:Salemba Medika.
- Hidayat, A.Alimul. (2007). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Bineka Cipta.
- Hariyanti, T., Pitoyo, A. Z., & Rezkiah, F. (2020). *Mengenal Stroke Dengan Cepat*(W.Mardisantoso(ed.);1sted.).<https://books.google.co.id/books?id=RE7wDwAAQBAJ&pg=PA21&dq=penyakit+stroke&hl=id&sa=X&ved=2ahUK Ewi3>
- Kemenkes RI. (2019). *Info Datin Stroke Dont Be The One (Pusat Data Dan*

Informasi Kementerian Kesehatan RI (pp. 1–6).

Lipyandra. (2014). *Hubungan Pengaturan Posisi Oleh Perawat Dengan Terjadinya Dekubitus Pada Pasien Stroke Di Ruang Stroke Instalasi Rawat Inap A RSSN Bukittinggi Tahun 2014*. Program Studi Ilmu Keperawatan. Fakultas Kesehatan dan MIPA. Universitas Muhammadiyah Sumatera Barat..

Mutiarasari, D. (2019). Ischemic Stroke: *Symptoms, Risk Factors, and Prevention*. Medika Tadulako, *Jurnal Ilmiah Kedokteran*, 1(2), 36–44.

Notoatmodjo, S. (2013). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta

Notoatmodjo, S. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Cetakan Ketiga. Jakarta: PT Rineka Cipta

Sarwono, Jonathan. (2006), *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. Bandung :Graha Ilmu

Suriadi, Kitagawa,A., Sanada, H, Sugama , J., Kinoshita, S., & Sizoku, M. “Studyof (2016), Realibility and validity of The Braden Scale Translated to Indonesian.

Tanjung, F. (2021). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Caregiver, Status Gizi dan Aktivitas Fisik Pasien dengan Risiko Ulkus Dekubitus Pada Pasien Stroke Rawat Jalan RSKD Prov. Sulsel= Relationship Of Caregiver’s Knowledge Level, Nutritional Status And Physical Activity Of Patients With The Risk Of Pressure Ulcer In Outpatient Stroke At Sulsel Province Hospital* (Doctoral dissertation, Universitas Hasanuddin).

Potter, P., Perry, Anne Griffin, Stockert, Patricia A, & Hall, A. (2011). *Basic Nursing* (7th ed.). Canada: Elsevier.

Wijayanti. (2016). “*Hubungan Peran Serta Keluarga dengan Pencegahan Terjadinya Dekubitus pada Pasien Stroke di ruang rawat inap RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen*”