

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### **1. Konsep Dekubitus**

###### **a. Definisi Dekubitus**

Dekubitus merupakan kerusakan kulit pada suatu area dan dasar jaringan yang disebabkan oleh tulang yang menonjol, sebagai akibat dari tekanan, pergeseran, gesekan atau kombinasi dari beberapa hal tersebut (Agustina, 2020). Dekubitus adalah kerusakan struktur anatomis dan fungsi kulit normal akibat dari tekanan eksternal yang berhubungan dengan penonjolan tulang dan tidak sembuh dengan urutan dan waktu biasa (Hasibuan, 2019).

Dekubitus adalah kerusakan struktur anatomis dan fungsi kulit normal akibat dari tekanan dari luar yang berhubungan dengan penonjolan tulang dan tidak sembuh dengan urutan dan waktu yang biasa, gangguan ini terjadi pada individu yang berada diatas kursi atau diatas tempat tidur, seringkali pada inkontinensia, malnutrisi, ataupun individu yang mengalami kesulitan makan sendiri, serta mengalami gangguan tingkat kesadaran (Wibowo dan Saputra, 2019).

## b. Klasifikasi Dekubitus

*National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) 2014 membagi derajat dekubitus menjadi enam dengan karakteristik sebagai berikut:

### 1) Derajat I: *Nonblanchable Erythema*

Derajat I ditunjukkan dengan adanya kulit yang masih utuh dengan tanda-tanda akan terjadi luka. Apabila dibandingkan dengan kulit yang normal, maka akan tampak salah satu tanda sebagai berikut: perubahan temperatur kulit (lebih dingin atau lebih hangat), perubahan konsistensi jaringan (lebih keras atau lunak), dan perubahan sensasi (gatal atau nyeri). Pada orang yang berkulit putih luka akan kelihatan sebagai kemerahan yang menetap, sedangkan pada orang kulit gelap, luka akan kelihatan sebagai warna merah yang menetap, biru atau ungu. Cara untuk menentukan derajat I adalah dengan menekan daerah kulit yang merah (erytema) dengan jari selama tiga detik, apabila kulitnya tetap berwarna merah dan apabila jari diangkat juga kulitnya tetap berwarna merah.

### 2) Derajat II: *Partial Thickness Skin Loss*

Hilangnya sebagian lapisan kulit yaitu epidermis atau dermis, atau keduanya. Cirinya adalah lukanya superfisial dengan warna dasar luka merah-pink, abrasi, melepuh, atau membentuk lubang yang dangkal. Derajat I dan II masih bersifat *refersibel*.

3) Derajat III: *Full Thickness Skin Loss*

Hilangnya lapisan kulit secara lengkap, meliputi kerusakan atau nekrosis dari jaringan subkutan atau lebih dalam, tapi tidak sampai pada fascia. Luka terlihat seperti lubang yang dalam. Disebut sebagai “*typical decubitus*” yang ditunjukkan dengan adanya kehilangan bagian dalam kulit hingga subkutan, namun tidak termasuk tendon dan tulang. *Slough* mungkin tampak dan mungkin meliputi *undermining dan tunneling*.

4) Derajat IV: *Full Thickness Tissue Loss*

Kehilangan jaringan secara penuh sampai dengan terkena tulang, tendon atau otot. *Slough* atau jaringan mati (*eschar*) mungkin ditemukan pada beberapa bagian dasar luka (*wound bed*) dan sering juga ada *undermining dan tunneling*. Kedalaman derajat IV dekubitus bervariasi berdasarkan lokasi anatomi, rongga hidung, telinga, oksiput dan malleolar tidak memiliki jaringan subkutan dan lukanya dangkal. Derajat IV dapat meluas ke dalam otot dan atau struktur yang mendukung (misalnya pada fascia, tendon atau sendi) dan memungkinkan terjadinya osteomyelitis. Tulang dan tendon yang terkena bisa terlihat atau teraba langsung.

5) *Unstageable: Depth Unknown*

Kehilangan jaringan secara penuh dimana dasar luka (*wound bed*) ditutupi oleh *slough* dengan warna kuning, cokelat, abu-abu, hijau, dan atau jaringan mati (*eschar*) yang berwarna coklat atau

hitam didasar luka. *Slough* dan atau *eschar* dihilangkan sampai cukup untuk melihat (mengetahui) dasar luka, kedalaman luka yang benar, dan oleh karena itu derajat ini tidak dapat ditentukan.

6) *Suspected Deep Tissue Injury: Depth Unknown*

Berubah warna menjadi ungu atau merah pada bagian yang terkena luka secara terlokalisir atau kulit tetap utuh atau adanya *blister* (melepuh) yang berisi darah karena kerusakan yang mendasari jaringan lunak dari tekanan dan atau adanya gaya geser. Lokasi atau tempat luka mungkin didahului oleh jaringan yang terasa sakit, tegas, lembek, berisi cairan, hangat atau lebih dingin dibandingkan dengan jaringan yang ada di dekatnya. Cidera pada jaringan dalam mungkin sulit untuk di deteksi pada individu dengan warna kulit gelap. Perkembangan dapat mencakup blister tipis diatas dasar luka (*wound bed*) yang berkulit gelap. Luka mungkin terus berkembang tertutup oleh *eschar* yang tipis. Dari derajat dekubitus diatas, dekubitus berkembang dari permukaan luar kulit ke lapisan dalam (*top-down*), namun menurut hasil penelitian saat ini, dekubitus juga dapat berkembang dari jaringan bagian dalam seperti *fascia* dan otot walaupun tanpa adanya kerusakan pada permukaan kulit. Ini dikenal dengan istilah kerusakan jaringan bagian dalam (*deep tissue injury*).

### c. Faktor Risiko

Terdapat berbagai faktor risiko yang dapat menjadi presdiposisi terjadinya luka dekubitus pada kelen (Potter, 2006), antara lain:

- 1) Gangguan input sensorik klien yang mengalami perubahan persepsi sensorik terhadap nyeri dan tekanan berisiko tinggi mengalami gangguan integritas kulit.
- 2) Gangguan fungsi motorik klien yang tidak mampu mengubah posisi secara mandiri berisiko tinggi terjadi dekubitus. Klien tersebut dapat merasakan tekanan tetapi tidak mampu mengubah posisi mandiri untuk menghilangkan tekanan tersebut.
- 3) Perubahan tingkat kesadaran klien bingung, disorientasi, atau mengalami perubahan tingkat kesadaran tidak mampu melindungi dirinya dari dekubitus, klien bingung atau disorientasi mungkin dapat merasakan tekanan tetapi tidak mampu memahami bagaimana menghilangkan tekanan itu. Klien koma tidak dapat merasakan tekanan dan tidak mampu mengubah ke posisi yang lebih baik.
- 4) Gips, traksi dan peralatan lain gips dan traksi mengurangi mobilisasi klien dan ekstremitasnya, klien yang menggunakan gips berisiko 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.

#### d. Patogenesis 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, tumit, siku, maleolus lateral, trokanter besar, dan tuberositas iskial. Dekubitus terjadi sebagai hasil hubungan antara waktu dan tekanan. Semakin besar tekanan dan durasinya, semakin besar pula insiden 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 (Prasetiyo, 2017).

#### e. Pencegahan Dekubitus

Pencegahan dekubitus merupakan prioritas dalam perawatan pasien dan tidak terbatas pada pasien yang mengalami keterbatasan mobilisasi (Potter & Perry, 2006). Untuk mengurangi kemungkinan perkembangan dekubitus pada semua pasien, perawat harus melakukan berbagai macam tindakan pencegahan, seperti perawat menjaga kebersihan kulit pasien, untuk mempertahankan integritas kulit, mengajarkan pasien dan keluarga untuk pencegahan dan memberikan asuhan keperawatan mengenai cara mencegah dekubitus. Berdasarkan *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP, 2014), untuk

mencegah kejadian terhadap dekubitus ada lima poin yang bisa digunakan untuk menilai faktor risiko dekubitus, antara lain sebagai berikut:

1) Mengkaji faktor risiko.

Pengkajian risiko dekubitus seharusnya dilakukan pada saat pasien masuk Rumah Sakit dan diulang dengan pola yang teratur atau ketika ada perubahan yang signifikan pada pasien, seperti pembedahan atau penurunan status kesehatan (Potter & Perry, 2010). Berdasarkan *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP, 2014) mempertimbangkan semua pasien yang berbaring ditempat tidur dan dikursi roda, atau pasien yang kemampuannya terganggu untuk memposisikan dirinya, dengan menggunakan metode yang tepat dan valid yang dapat diandalkan untuk menilai pasien yang berisiko terhadap kejadian dekubitus, mengidentifikasi semua faktor risiko setiap pasien (penurunan status mental, paparan kelembapan, inkontinensia, yang berkaitan dengan tekanan, gesekan, geser, imobilitas, tidak aktif, defisit gizi) sebagai panduan pencegahan terhadap pasien yang berisiko, serta memodifikasi perawatan yang sesuai dengan faktor risiko setiap pasien.

2) Perawatan pada kulit

Perawatan kulit yang dimaksud disini adalah dengan cara menjaga kebersihan kulit dan kelembaban kulit dengan memberikan *lotion* atau *creams*. Mengontrol kelembaban terhadap urine, feses,

keringat, saliva, cairan luka, atau tumpahan air atau makanan, melakukan inspeksi setiap hari terhadap kulit. Kaji 30 adanya tanda-tanda kerusakan integritas kulit. Penelitian yang dilakukan oleh Putri (2021), pemberian *Virgin Coconut Oil* (VCO) dengan *massage* efektif untuk digunakan dalam pencegahan dekubitus derajat I pada pasien yang berisiko mengalami dekubitus. Penelitian yang dilakukan oleh Utomo, *et al* (2014) *Nigella Sativa Oil* efektif untuk mencegah terjadinya ulkus dekubitus pada pasien tirah baring lama.

### 3) Memperbaiki status nutrisi

*Australian Wound Management Association* (AWMA, 2012) memberikan rekomendasi untuk standar pemberian makanan untuk pasien dengan dekubitus antara lain intake energi/kalori 30 – 35 kal/kg per kg BB/hari, 1 – 1,5 g protein/kg per kg BB/hari dan 30 ml cairan/kg per kg BB/hari.

### 4) *Support surface*

*Support surface* yang bertujuan untuk mengurangi tekanan (*pressure*), gesekan (*friction*) dan pergeseran (*shear*). *Support surface* ini terdiri dari tempat tidur, dan matras meja operasi, termasuk pelengkap tempat tidur dan bantal (AWMA, 2012).

### 5) Memberikan edukasi pendidikan kesehatan kepada keluarga dilakukan secara terprogram dan komprehensif sehingga keluarga diharapkan berperan serta secara aktif dalam perawatan pasien, pendidikan kesehatan yang dianjurkan adalah sebagai berikut:



etiologi dan faktor risiko dekubitus, aplikasi penggunaan *tool* pengkajian risiko, pengkajian kulit, memilih dan atau gunakan dukungan permukaan, perawatan kulit individual, demonstrasi posisi yang tepat untuk mengurangi risiko dekubitus, dokumentasi yang akurat dari data yang berhubungan, demonstrasi posisi untuk mengurangi risiko kerusakan jaringan, dan sertakan mekanisme untuk mengevaluasi program efektifitas dalam mencegah dekubitus (NPUAP, 2014).

f. Penilaian risiko dekubitus skala Norton

Skala Norton merupakan alat penilaian ulkus luka tekan pertama yang dapat dijadikan sebagai alat untuk memantau kejadian luka tekan (Bhoki *et al.*, 2014)

Penilaian skala Norton meliputi kondisi fisik (baik, cukup, buruk, sangat buruk), tingkat kesadaran (waspada, apatis, bingung, atau kemampuan melakukan pergerakan stupor/koma), aktivitas atau (sendiri, dengan bantuan, kursi roda, tidak bergerak ditempat tidur). Kemampuan merubah posisi atau mobilitas (bergerak bebas, sedikit terbatas, sangat terbatas, tidak bisa bergerak), kemampuan mengontrol spinter ani dan spinter uretra atau inkontinensia (tidak, kadang-kadang besar, sering inkontinensia urine, sering inkontinensia fekal) (Maryunani, 2015)

Dengan mempergunakan skala Norton, maka gambaran risiko ulkus dekubitus yang didapat kepada pasien yang sedang mengalami

imobilisasi yaitu nilai yang rendah merupakan kondisi yang paling buruk. Total skor bervariasi dari 5-20, dengan batasan yang dipakai yaitu 14, apabila individu memiliki nilai skor  $\leq 14$ , maka dikatakan individu tersebut beresiko mengalami dekubitus (Bhoki *et al.*, 2014).

**Tabel 2.1 Penilaian skor skala Norton**

(Maryunani, 2015)

No	Kategori	Skor
1.	Kondisi umum	
	a. Baik	4
	b. Cukup	3
	c. Buruk	2
	d. Sangat buruk	1
2.	Kondisi mental	
	a. Waspada	4
	b. Apatis	3
	c. Bingung	2
	d. Stupor	1
3.	Aktivitas	
	a. Berjalan	4
	b. Berjalan dengan bantuan	3
	c. Duduk di kursi	2
	d. Tetap berada di tempat tidur	1
4.	Mobilitas	
	a. Penuh	4
	b. Sedikit terbatas	3
	c. Sangat terbatas	2
	d. Imobilisasi	1
5.	Inkontinensia	
	a. Baik	4
	b. Kadang-kadang inkontinensia	3
	c. Sering inkontinensia	2
	d. Inkontinensia urine dan fekal	1

**Kriteria penilaian skala Norton sebagai berikut:**

Nilai 18 >: kemungkinan terjadi dekubitus rendah

Nilai 14-18: kemungkinan terjadi dekubitus sedang

Nilai 11-13: kemungkinan terjadi dekubitus tinggi

Nilai 10 <: kemungkinan terjadi dekubitus sangat tinggi

(Bhoki *et al.*, 2014).

## **2. Konsep Peran**

### **a. Definisi Peran.**

Menurut hasil studi Hasibuan (2019), peran menunjuk kepada beberapa set perilaku yang kurang lebih bersifat homogen, yang didefinisikan dan diharapkan secara normative dari seseorang yang dalam situasi sosial tertentu. Peran didasarkan pada preskripsi dan harapan peran yang menerangkan apa yang individu harus lakukan dalam suatu situasi tertentu agar dapat memenuhi harapan mereka sendiri atau harapan orang lain menyangkut peran tersebut (Andarmoyo, 2015). Peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai kedudukannya dalam suatu sistem.

Peran dipengaruhi oleh keadaan sosial baik dari dalam maupun dari luar dan bersifat stabil (Zanah, 2020). Peran adalah ketika seseorang memasuki lingkungan masyarakat, baik dalam skala kecil

(keluarga) maupun skala besar (masyarakat luas), setiap orang dituntut untuk belajar mengisi peran tertentu. Peran sosial yang perlu dipelajari meliputi dua aspek, yaitu belajar untuk melaksanakan kewajiban dan menuntut hak dari suatu peran, memiliki sikap, perasaan, dan harapan-harapan yang sesuai dengan peran tersebut (Setiyai dkk, 2021).

b. Faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Peran.

Menurut Kurniawan (2017) faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan peran serta meliputi:

- 1) Kelas sosial fungsi dari peran suami tertentu dipengaruhi oleh tuntutan kepentingan dan kebutuhan yang ada dalam keluarga.
- 2) Bentuk keluarga keluarga dengan orang tua tunggal jelas berbeda dengan orang tua yang masih lengkap demikian juga antara keluarga inti dengan keluarga besar yang beragam dalam pengambilan keputusan dan kepentingan akan rawan konflik peran.
- 3) Latar belakang keluarga
  - a) Kesadaran dan kebiasaan keluarga, kesadaran merupakan titik temu atau equilibrium dari berbagai pertumbuhan dan perbandingan yang menghasilkan keyakinan. Kebiasaan yang meningkatkan kesehatan yaitu: tidur teratur, sarapan setiap hari, tidak merokok, tidak minum-minuman keras, tidak makan sembarangan, olahraga, pengontrolan berat badan.
  - b) Sumber daya keluarga, sumber daya atau pendapatan keluarga merupakan penerimaan seseorang sebagai imbalan atas semua yang

telah dilakukan tenaga atau pikiran seseorang terhadap orang lain atau organisasi lain.

c) Siklus keluarga sesuai dengan fungsi keluarga yang sedang dialami juga merupakan hal yang dapat mempengaruhi peran karena perbedaan kebutuhan dan kepentingan. Didalam siklus keluarga peran anggota berbeda misalnya ibu berperan sebagai asuh, asah dan asih, ayah sebagai pencari nafkah dan anak tugasnya belajar dan menuntut ilmu.

#### c. Macam-Macam Peran

1) Peran formal keluarga. Peran formal bersifat eksplisit. Peran formal keluarga adalah:

a) Peran prenteral dan perkawinan, menurut Andarmoyo (2015), telah mengidentifikasi enam peran dasar yang membentuk bentuk sosial sebagai suami-ayah dan istri-ibu. Peran tersebut adalah; peran *provider*/penyedia, peran pengatur rumah tangga, peran perawatan anak, peran sosialisasi anak, peran rekreasi, peran persaudaraan/ *kindship*/pemelihara hubungan keluarga paternal dan maternal, peran terapeutik/memenuhi kebutuhan afektif dari pasangan, peran seksual.

b) Peran Anak, peran anak adalah melaksanakan tugas perkembangan dan pertumbuhan fisik, psikis, dan sosial.

c) Peran Kakek/Nenek, peran kakek/nenek dalam keluarga adalah: Semata-mata hadir dalam keluarga, pengawal (menjaga dan

melindungi bila diperlukan), menjadi hakim (*arbitrator*), negosiasi antara anak dan orang tua, menjadi partisipan aktif, menciptakan keterkaitan antara, masa lalu dengan sekarang serta masa yang akan datang.

## 2) Peran Informal

Keluarga peran informal bersifat implisit biasanya tidak tampak ke permukaan dan dimainkan hanya untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan emosional individu atau untuk menjaga keseimbangan dalam keluarga (Andarmoyo, 2015). Keberadaan peran informal penting bagi tuntutan-tuntutan integratif dan adaptif kelompok keluarga (Andarmoyo, 2015). Beberapa contoh peran informal yang bersifat adaptif dan merusak kesejahteraan keluarga diantaranya sebagai berikut:

### a) Pendorong

Pendorong memuji, setuju dengan, dan menerima kontribusi dari orang lain. Akibatnya dapat merangkul orang lain dan membuat mereka merasa bahwa pemikiran mereka penting dan bernilai untuk didengar.

### b) Pengharmonis

Pengharmonis menengahi perbedaan yang terdapat di antara para anggota menghibur menyatukan kembali perbedaan pendapat.

### c) Inisiator-kontributor

Inisiator-kontributor mengemukakan dan mengajukan ide-ide baru atau cara-cara mengingat masalah-masalah atau tujuan-tujuan kelompok.

d) Pendamai

Pendamai (*compromiser*) merupakan salah satu bagian dari konflik dan ketidaksepakatan. Pendamai menyatakan posisinya dan mengakui kesalahannya, atau menawarkan penyelesaian “setengah jalan”.

e) Penghalang

Penghalang cenderung negatif terhadap semua ide yang ditolak tanpa alasan.

f) Dominator

Dominator cenderung memaksakan kekuasaan atau superioritas dengan memanipulasi anggota kelompok tertentu dan membanggakan kekuasaannya dan bertindak seakan-akan mengetahui segala-galanya dan tampil sempurna.

g) Perawat keluarga

Perawat keluarga adalah orang yang terpanggil untuk merawat dan mengasuh anggota keluarga lain yang membutuhkan.

h) Penghubung keluarga

Perantara keluarga adalah penghubung, ia (biasanya ibu) mengirim dan memonitor komunikasi dalam keluarga.

3) Macam-Macam Peran

Anderson Carter dalam Andarmoyo (2015) menyebutkan cirri-ciri peran antara lain:

- a) Nerorganisasi, yaitu adanya interaksi.
- b) Terdapat keterbatasan dalam menjalankan tugas dan fungsi.
- c) Terdapat perbedaan dan kekhususan.

### **3. Konsep Keluarga**

#### a. Pengertian keluarga

Keluarga merupakan bagian unit terkecil dari komunitas yang saling berinteraksi dan memiliki hubungan emosional, psikososial, budaya, serta spiritual (Nasrudin, 2014). Menurut Friedman (1998) dalam Uchira (2018) menyebutkan bahwa keluarga merupakan kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan berbagai keterkaitan aturan serta emosional yang dimana masing-masing individu memiliki peran masing-masing yang menjadi bagian didalam sebuah keluarga.

#### b. Ciri-Ciri Keluarga

Ciri struktur keluarga yaitu trorganisasi, saling berhubungan, saling ketergantungan antara anggota keluarga. Ada keterbatasan, setiap anggota memiliki kebebasan tetapi mereka juga mempunyai keterbatasan dalam menjalankan fungsi dan tugas masing-masing. Adanya perbedaan dan kekhususan, setiap anggota keluarga mempunyai peranan dan fungsi masing-masing.



c. Tipe Keluarga.

Tipe keluarga, menurut Andarmoyo (2015) adalah:

- 1) Tradisional *nuclear*/keluarga inti merupakan satu bentuk keluarga tradisional yang dianggap paling ideal. Keluarga inti adalah yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak, tinggal dalam satu rumah, dimana ayah adalah pencari nafkah dan ibu sebagai ibu rumah tangga.
- 2) Keluarga pasangan suami istri merupakan keluarga dimana pasangan suami istri keduanya bekerja diluar rumah. Keluarga ini merupakan suatu pengembangan varian *non-tradisional* dimana pengambilan keputusan dan pembagian fungsi keluarga yang ditetapkan secara bersama-sama oleh kedua orang tua. Meskipun demikian, beberapa keluarga masih tetap menganut bahwa fungsi ke rumah tanggaan tetap dipegang oleh istri. Keluarga tanpa anak atau *dyadic nuclear* merupakan keluarga yang dimana suami-istri sudah berumur, tetapi tidak mempunyai anak. Keluarga tanpa anak dapat diakibatkan oleh ketidakmampuan pasangan suami istri untuk menghasilkan keturunan ataupun ketidakmampuan untuk mempunyai anak akibat kesibukan dari kariernya. Biasanya keluarga ini akan mengadopsi anak.
- 3) *Commuter family* yaitu keluarga dengan pasangan suami istri terpisah tempat tinggal secara sukarela karena tugas dan pada kesempatan tertentu keduanya bertemu dalam satu rumah.
- 4) *Reconstituted nuclear* merupakan pembentukan keluarga baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami/istri, tinggal dalam

satu rumah dengan anaknya, baik anak bawaan dari perkawinan lama maupun hasil perkawinan baru. Pada umumnya, banyak keluarga ini terdiri dari ibu dengan anaknya dan ditinggal bersama ayah tiri.

- 5) Keluarga besar merupakan salah satu bentuk keluarga dimana pasangan suami istri sama-sama melakukan pengaturan dan belanja rumah tangga dengan orang tua, sanak saudara, atau kerabat dekat lainnya. Dari hal tersebut, anak dibesarkan oleh beberapa generasi dan memiliki pilihan terhadap model-model yang akan menjadi pola perilaku bagi anak-anak. Tipe keluarga besar biasanya bersifat sementara dan terbentuk atas dasar persamaan dan terdiri dari beberapa keluarga inti secara adil menghargai ikatan-ikatan keluarga besar. Keluarga luas sering terbentuk akibat meningkatnya hamil diluar nikah, perceraian, maupun usia harapan hidup yang meningkat sehingga keluarga besar menjadi pilihannya.
- 6) Keluarga dengan orang tua tunggal merupakan bentuk keluarga yang didalamnya hanya terdapat satu orang kepala rumah tangga yaitu ayah atau ibu. Varian tradisional keluarga ini adalah bentuk keluarga dimana kepala keluarga adalah janda karena cerai atau ditinggal mati suaminya, sedangkan varian nontradisional dari keluarga inti adalah single adult yaitu kepala keluarga seseorang perempuan atau laki-laki yang belum menikah dan tinggal sendiri.
- 7) Keluarga *non*-tradisional. Bentuk-bentuk varian keluarga *non*-tradisional meliputi bentuk-bentuk keluarga yang sangat berbeda satu

sama lain, baik dalam struktur maupun dinamikanya, meskipun lebih memiliki persamaan atau sama lain dalam hal tujuan dan nilai daripada keluarga inti tradisional. Orang-orang dalam pengaturan keluarga *non*-tradisional sering menekankan nilai aktualitas diri, kemandirian, persamaan, jenis kelamin, keintiman dalam berbagai hubungan interpersonal.

d. Fungsi dan Tugas keluarga

Menurut Mubarak, dkk, (2017) fungsi dan tugas keluarga adalah:

- 1) Fungsi biologis, yaitu fungsi untuk meneruskan keturunan, memelihara dan membesarkan anak, serta memenuhi kebutuhan gizi keluarga.
- 2) Fungsi psikologis, yaitu memberikan kasih sayang dan rasa aman bagi keluarga, memberikan perhatian di antara keluarga, memberikan kedewasaan kepribadian anggota keluarga, serta memberikan identitas pada keluarga.
- 3) Fungsi sosialisasi, yaitu membina sosialisasi pada anak, membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan masing-masing, dan meneruskan nilai-nilai budaya.
- 4) Fungsi ekonomi, yaitu mencari sumber-sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga saat ini dan menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga di masa yang akan datang.
- 5) Fungsi pendidikan, yaitu menyekolahkan anak untuk memberikan pengetahuan, ketrampilan, membentuk perilaku anak sesuai dengan

bakat dan minat yang dimilikinya, mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa yang akan datang dalam memenuhi peranannya sebagai orang dewasa, serta mendidik anak sesuai dengan tingkat perkembangannya.

e. Stuktur Keluarga

Harnilawati (2013), mengungkapkan struktur keluarga bagaimana melaksanakan fungsi keluarga di masyarakat. Stuktur keluarga terdiri dari bermacam-macam di antaranya adalah:

- 1) Patrilineal keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah.
- 2) Matrilineal keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi di mana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.
- 3) Matrilokal sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri.
- 4) Patrilokal sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.
- 5) Keluarga kawin hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri.

#### **4. Instalasi Rawat Inap**

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI, 2017) menyebutkan bahwa instalasi rawat inap merupakan salah satu ruangan yang ada dirumah sakit yang didalamnya memberikan berbagai bentuk perawatan, instalasi rawat inap dikhususkan bagi pasien yang dirawat dan tinggal dirumah sakit dalam jangka waktu tertentu. Instalasi Rawat Inap (opname) merupakan istilah yang didapat diartikan sebagai ruangan yang didalamnya memberikan proses perawatan kepada pasien dengan berbagai jenis penyakit tertentu yang dilakukan oleh tenaga kesehatan profesional, selama masuk ke ruangan rawat inap pasien akan diinapkan disuatu ruangan yang ada dirumah sakit kemudian pasien akan mendapatkan pelayanan kesehatan mulai dari tindakan observasi, penentuan diagnosa, pengobatan, tindakan keperawatan, sampai dengan rehabilitasi medik (Elmawati, 2019).

## **B. Landasan Teoritis**

### **1. Luka Dekubitus**

Dekubitus merupakan kerusakan kulit pada suatu area dan dasar jaringan yang disebabkan oleh tulang yang menonjol, sebagai akibat dari tekanan, pergeseran, gesekan atau kombinasi dari beberapa hal tersebut (Agustina, 2020). Dekubitus adalah kerusakan struktur anatomis dan fungsi kulit normal akibat dari tekanan eksternal yang berhubungan dengan penonjolan tulang dan tidak sembuh dengan urutan dan waktu biasa (Hasibuan, 2019).

Klasifikasi dekubitus yaitu derajat I ditunjukkan dengan adanya kulit yang masih utuh dengan tanda-tanda akan terjadi luka. Apabila dibandingkan dengan kulit yang normal, maka akan tampak salah satu tanda sebagai berikut: perubahan temperatur kulit (lebih dingin atau lebih hangat), perubahan konsistensi jaringan (lebih keras atau lunak), dan perubahan sensasi (gatal atau nyeri). Pada orang yang berkulit putih luka akan kelihatan sebagai kemerahan yang menetap, sedangkan pada orang kulit gelap, luka akan kelihatan sebagai warna merah yang menetap, biru atau ungu. Cara untuk menentukan derajat I adalah dengan menekan daerah kulit yang merah (erytema) dengan jari selama tiga detik, apabila kulitnya tetap berwarna merah dan apabila jari diangkat juga kulitnya tetap berwarna merah.

Derajat II: *partial thickness skin loss* yaitu hilangnya sebagian lapisan kulit yaitu epidermis atau dermis, atau keduanya. Cirinya adalah lukanya superfisial dengan warna dasar luka merah-pink, abrasi, melepuh, atau membentuk lubang yang dangkal. Derajat I dan II masih bersifat refersibel. Derajat III: *full thickness skin loss* yaitu hilangnya lapisan kulit secara lengkap, meliputi kerusakan atau nekrosis dari jaringan subkutan atau lebih dalam, tapi tidak sampai pada fascia. Luka terlihat seperti lubang yang dalam. Disebut sebagai "*typical decubitus*" yang ditunjukkan dengan adanya kehilangan bagian dalam kulit hingga subkutan, namun tidak termasuk tendon dan tulang. *Slough* mungkin tampak dan mungkin meliputi *undermining* dan *tunneling*.

Derajat IV: *full thickness tissue loss* yaitu kehilangan jaringan secara penuh sampai dengan terkena tulang, tendon atau otot. *Slough* atau jaringan mati (*eschar*) mungkin ditemukan pada beberapa bagian dasar luka (*wound bed*) dan sering juga ada *undermining* dan *tunneling*. Kedalaman derajat IV dekubitus bervariasi berdasarkan lokasi anatomi, rongga hidung, telinga, oksiput dan malleolar tidak memiliki jaringan subkutan dan lukanya dangkal. Derajat IV dapat meluas ke dalam otot dan atau struktur yang mendukung (misalnya pada fascia, tendon atau sendi) dan memungkinkan terjadinya osteomyelitis. Tulang dan tendon yang terkena bisa terlihat atau teraba langsung.

*Unstageable: Depth unknown* adalah kehilangan jaringan secara penuh dimana dasar luka (*wound bed*) ditutupi oleh *slough* dengan warna kuning, coklat, abu-abu, hijau, dan atau jaringan mati (*eschar*) yang berwarna coklat atau hitam didasar luka. *Slough* dan atau *eschar* dihilangkan sampai cukup untuk melihat (mengetahui) dasar luka, kedalaman luka yang benar, dan oleh karena itu derajat ini tidak dapat ditentukan.

*Suspected deep tissue injury: depth unknown* yaitu berubah warna menjadi ungu atau merah pada bagian yang terkena luka secara terlokalisir atau kulit tetap utuh atau adanya *blister* (melepuh) yang berisi darah karena kerusakan yang mendasari jaringan lunak dari tekanan dan atau adanya gaya geser. Lokasi atau tempat luka mungkin didahului oleh jaringan yang terasa sakit, tegas, lembek, berisi cairan, hangat atau lebih dingin

dibandingkan dengan jaringan yang ada di dekatnya. Cidera pada jaringan dalam mungkin sulit untuk di deteksi pada individu dengan warna kulit gelap. Perkembangan dapat mencakup *blister* tipis diatas dasar luka (*wound bed*) yang berkulit gelap. Luka mungkin terus berkembang tertutup oleh *eschar* yang tipis. Dari derajat dekubitus diatas, dekubitus berkembang dari permukaan luar kulit ke lapisan dalam (*top-down*), namun menurut hasil penelitian saat ini, dekubitus juga dapat berkembang dari jaringan bagian dalam seperti fascia dan otot walaupun tanpa adanya adanya 15 kerusakan pada permukaan kulit. Ini dikenal dengan istilah injury jaringan bagian dalam (*deep tissue injury*).

Berbagai faktor risiko dapat menjadi presdiposisi terjadinya luka dekubitus pada kelen (Potter, 2006), antara lain:

- a. Gangguan input sensorik klien yang mengalami perubahan persepsi sensorik terhadap nyeri dan tekanan berisiko tinggi mengalami gangguan integritas kulit.
- b. Gangguan fungsi motorik klien yang tidak mampu mengubah posisi secara mandiri berisiko tinggi terjadi dekubitus. Klien tersebut dapat merasakan tekanan tetapi tidak mampu mengubah posisi mandiri untuk menghilangkan tekanan tersebut.
- c. Perubahan tingkat kesadaran klien bingung, disorientasi, atau mengalami perubahan tingkat kesadaran tidak mampu melindungi dirinya dari dekubitus, klien bingung atau disorientasi mungkin dapat merasakan tekanan tetapi tidak mampu memahami bagaimana



menghilangkan tekanan itu. Klien koma tidak dapat merasakan tekanan dan tidak mampu mengubah ke posisi yang lebih baik.

- d. Gips, traksi dan peralatan lain gips dan traksi mengurangi mobilisasi klien dan ekstremitasnya, klien yang menggunakan gips berisiko 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.

## **2. Faktor yang mempengaruhi pelaksanaan peran**

Menurut Kurniawan (2017) faktor- faktor yang mempengaruhi pelaksanaan peran serta meliputi:

- a) Kelas sosial fungsi dari peran suami tertentu dipengaruhi oleh tuntutan kepentingan dan kebutuhan yang ada dalam keluarga.
- b) Bentuk keluarga, keluarga dengan orang tua tunggal jelas berbeda dengan orang tua yang masih lengkap demikian juga antara keluarga inti dengan keluarga besar yang beragam dalam pengambilan keputusan dan kepentingan akan rawan konflik peran
- c) Latar belakang keluarga
  - 1) Kesadaran dan kebiasaan keluarga, kesadaran merupakan titik temu atau equilibrium dari berbagai pertumbuhan dan perbandingan yang menghasilkan keyakinan. Kebiasaan yang meningkatkan kesehatan yaitu: tidur teratur, sarapan setiap hari,

tidak merokok, tidak minum-minuman keras, tidak makan sembarangan, olahraga, pengontrolan berat badan.

2) Sumber daya keluarga, sumber daya atau pendapatan keluarga merupakan penerimaan seseorang sebagai imbalan atas semua yang telah dilakukan tenaga atau pikiran seseorang terhadap orang lain atau organisasi lain.

d) Siklus keluarga sesuai dengan fungsi keluarga yang sedang dialami juga merupakan hal yang dapat mempengaruhi peran karena perbedaan kebutuhan dan kepentingan. Didalam siklus keluarga peran anggota berbeda misalnya ibu berperan sebagai asuh, asah dan asih, ayah sebagai pencari nafkah dan anak tugasnya belajar dan menuntut ilmu.

### **3. Peran Keluarga Dalam Perawatan Luka Dekubitus**

Menurut hasil studi Hasibuan (2019), peran menunjuk kepada beberapa set perilaku yang kurang lebih bersifat homogen, yang didefinisikan dan diharapkan secara normative dari seseorang okupan dalam situasi sosial tertentu. Peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai kedudukannya dalam suatu sistem. Peran dipengaruhi oleh keadaan sosial baik dari dalam maupun dari luar dan bersifat stabil (Zanah, 2020).

Macam-macam peran menurut Anderson Carter dalam Andarmoyo (2015) menyebutkan ciri-ciri peran antara lain adalah nerorganisasi, yaitu

adanya interaksi antara keluarga dengan pasien dimana membantu dalam perawatan pasien tirah baring. Terdapat keterbatasan dalam menjalankan tugas dan fungsi, keluarga harusnya membantu anggota keluarganya dalam memenuhi kebutuhan dasarnya ketika tirah baring, meskipun dalam keterbatasan waktu bekerja. Terdapat perbedaan dan kekhususan dalam hal ini terutama dalam perawatan luka dekubitus akan berbeda dalam merawatnya sehingga sebelumnya harus mendapatkan informasi yang cukup untuk dapat merawat pasien dengan luka dekubitus.

Keluarga adalah dua atau lebih dari individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau satu sama lain, dan didalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan (Friedman, Marlin, M., 2008).

Peran keluarga baik merawat anggota keluarga yang sakit, seperti bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakitnya, sifat dan perkembangan perawatan yang diperlukan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga serta sikap keluarga terhadap yang sakit. Peran serta keluarga kurang dikarenakan adanya hambatan yang dihadapi dalam memberikan perawatan kesehatan keluarga yaitu pendidikan keluarga yang rendah, keterbatasan sumber-sumber daya keluarga (keuangan, sarana dan prasarana), kebiasaan-kebiasaan yang melekat dan sosial budaya yang menunjang (Achjar, 2010). Salah satu aspek penting dalam upaya pencegahan ulkus dekubitus adalah dengan menjaga dan mempertahankan integritas kulit pasien agar senantiasa terjaga dan utuh.

Menurut Rahayu dan Sudrajat (2019), Prinsip yang harus dipahami oleh keluarga untuk mencegah terjadinya decubitus pada pasien tirah baring lama yaitu:

- a) Merubah posisi pasien setiap 2-3 jam;
- b) Menggosok minyak pada daerah yang tertekan dan mempertahankan alat-alat tenun (sprei, sarung bantal) tetap kering, bersih dan tegang (tidak kusut).

Sedangkan prinsip dalam pencegahan decubitus yaitu:

- a) Menganjurkan pasien untuk duduk dikursi roda untuk menegakkan mereka setiap 10 menit untuk mengurangi tekanan atau membantu pasien melakukannya;
- b) Menganjurkan masukan cairan dan nutrisi yang tepat dan adekuat;
- c) Karena kerusakan kulit lebih mudah terjadi dan lambat untuk sembuh jika nutrisi pasien buruk, segera membersihkan feses atau urin dari kulit karena bersifat iritatif terhadap kulit;
- d) Inspeksi daerah dekubitus umum terjadi, laporkan adanya area kemerahan dengan segera, menjaga agar kulit tetap kering;
- e) Menjaga agar linen tetap sering dan bebas dari kerutan;
- f) Memberi perhatian khusus pada daerah-daerah yang beresiko terjadi dekubitus, seperti masase sekitar daerah kemerahan dengan sering menggunakan losion, jangan gunakan losion pada kulit yang rusak,

memberi sedikit bedak tabur pada area pergesekan tapi jangan biarkan menumpuk/menggumpal;

- g) Gunakan kain pengalas bila memindahkan pasien tirah baring;
- h) Lakukan latihan gerak minimal 2x sehari untuk mencegah kontraktur dan gunakan kasur busa, kasur kulit atau kasur perubah tekanan.

Keluarga juga berperan atau berfungsi untuk melaksanakan praktek asuhan keperawatan, yaitu untuk mencegah terjadinya gangguan kesehatan dan atau merawat anggota keluarga yang sakit. Kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan keperawatan mempengaruhi status kesehatan keluarga. Kesanggupan keluarga melaksanakan pemeliharaan kesehatan dapat dilihat dan tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan. Keluarga yang dapat melaksanakan tugas kesehatan berarti sanggup menyelesaikan masalah kesehatan (Setyowati, 2009).

Pada pasien tirah baring lama dengan gangguan mobilisasi, pasien hanya berbaring saja tanpa mampu mengubah posisi dan pasien tirah baring di tempat tidur dalam waktu yang cukup lama, maka pasien yang tanpa merubah posisi akan berisiko tinggi terjadinya luka tekan/dekubitus. Berdasarkan keterbatasan tersebut, maka tindakan pencegahan dekubitus harus dilakukan sedini mungkin. Keluarga sebagai orang terdekat yang merawat pasien perlu mengetahui pengetahuan tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan dekubitus agar keluarga itu sendiri dapat mencegah terjadinya dekubitus (Martini, 2012).

Indikator dalam mengukur peran keluarga dalam mencegah luka dekubitus pasien yang baik dapat dibagi menjadi tiga kategori, yaitu indikator yang cukup, kurang, dan lebih. Berikut adalah penjelasan mengenai ketiga kategori indikator tersebut:

a) Baik:

- 1) Keluarga aktif memberikan perawatan kulit yang tepat pada pasien
- 2) Keluarga mampu mengidentifikasi faktor risiko yang dapat menyebabkan luka dekubitus pada pasien dan mengambil tindakan pencegahan yang sesuai.
- 3) Keluarga mendapatkan edukasi tentang pencegahan luka dekubitus dari tim medis dan membagikan informasi tersebut pada orang lain.

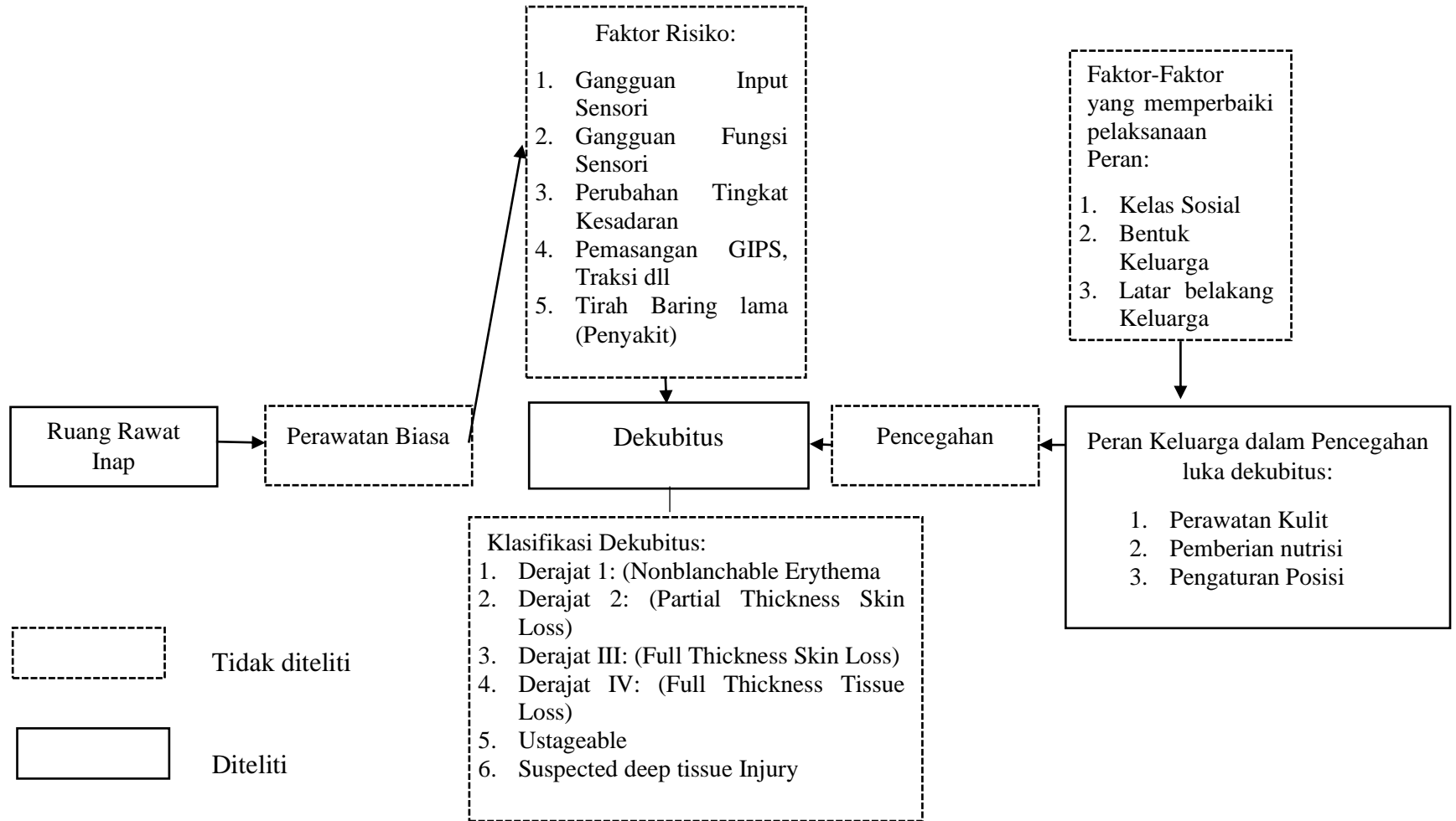
b) Cukup:

- 1) Keluarga membantu perawat dalam perubahan posisi pasien secara teratur
- 2) Keluarga membantu memonitor kulit pasien dan melaporkan tanda-tanda awal luka dekubitus
- 3) Keluarga memastikan pasien mendapatkan nutrisi yang cukup untuk mempercepat proses penyembuhan luka
- 4) Keluarga mendukung pasien dalam menjalankan program pencegahan luka dekubitus

c) Kurang:

- 1) Keluarga tidak terlibat dalam perawatan pasien
- 2) Keluarga tidak memonitor kulit pasien dan tidak melaporkan tanda-tanda awal luka dekubitus
- 3) Keluarga tidak memastikan pasien mendapatkan nutrisi yang cukup untuk mempercepat proses penyembuhan luka (Panel, 2019).

**C. Skema Landasan Teori**

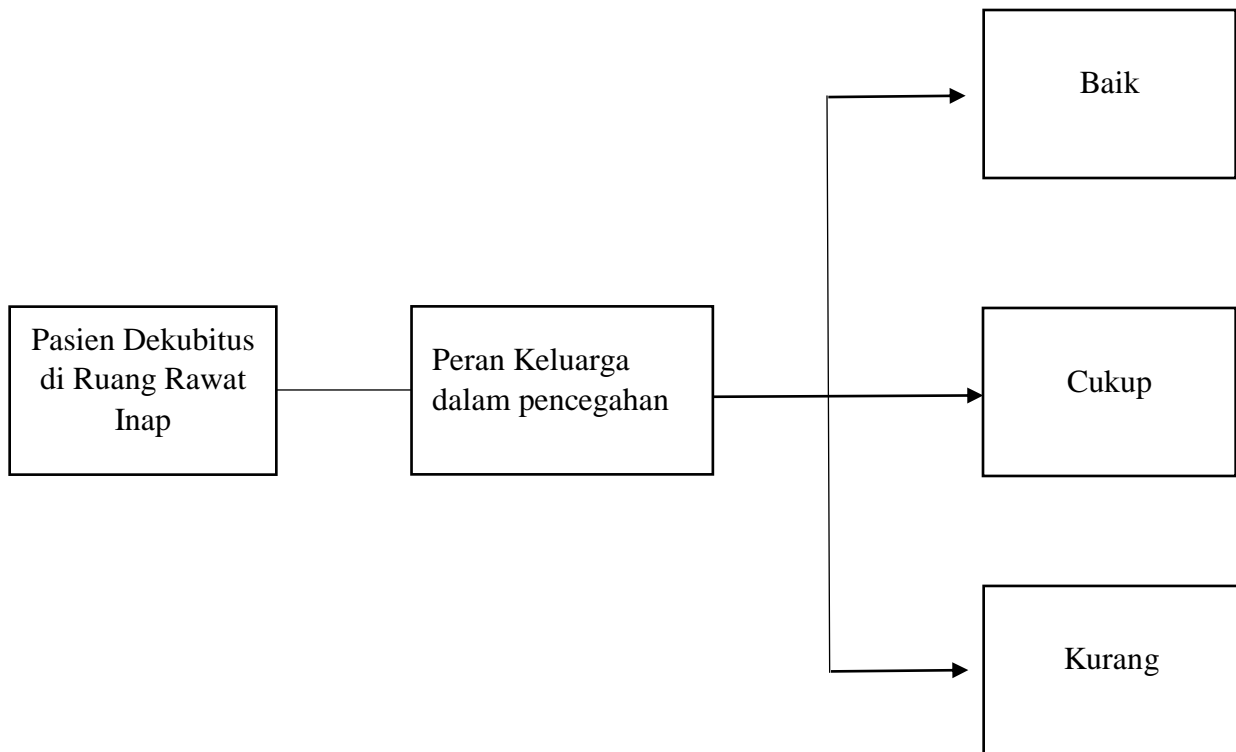


Skema 2.1 Landasan Teori

Sumber: (Rahayu, 2018; Agustina, 2020; Hasibuan, 2019)



#### D. Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 2.1 Kerangka Konsep Penelitian

