

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Salah satu aspek utama dalam pemberian asuhan keperawatan di ruang ROI di Rumah Sakit dr. Soetomo Surabaya adalah mencegah munculnya masalah keperawatan gangguan integritas kulit dan mencegah terjadinya infeksi nosokomial. Keutuhan integritas kulit pasien dan pencegahan infeksi nosokomial menjadi fokus asuhan keperawatan disebabkan karena sebagian besar pasien yang berada di ruang ROI memiliki status ketergantungan total dan *Bed Rest Total* serta banyaknya alat-alat medis yang sifatnya invasif (kateter urin, kateter vena dan endotracheal tube) untuk waktu yang lama sehingga memiliki resiko tinggi mengalami kerusakan integritas kulit atau decubitus dan infeksi nosokomial.

Insidens decubitus yang terjadi di Indonesia sebesar 33.3 % (Suriadi, 2006). Angka ini sangat tinggi bila dibandingkan dengan insidens decubitus di ASEAN yang hanya berkisar 2.1-31.3 %. Insiden sangat tinggi terjadi pada pasien yang dirawat di ruang ICU. Hal ini terjadi karena *immunocompromised* penderita, dengan angka kejadian 8% sampai 40%. Pasien yang dirawat di rumah sakit dengan penyakit akut mempunyai angka insiden ulkus dekubitus sebesar 2-11% (Sugama et al., 1992; Seongsook et al., 2004; Kwong et al., 2005), Berdasarkan studi pendahuluan yang telah dilakukan, angka kejadian dekubitus di ruang ROI RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada bulan Februari – Maret 2014, sebesar 20% atau 5 pasien dari 20 pasien dengan tingkat ketergantungan total, serta rata-rata kejadian Dekubitus ditemukan pada rawat inap hari ke 5.

dekubitus, masalah tersering yang dihadapi banyak pasien dengan penyakit kronis, keadaan umum lemah, dan intoleransi aktivitas dalam waktu lama, sehingga menjadi masalah kesehatan sekunder yang dialami oleh pasien yang dirawat di rumah sakit (Morison, 2003). Faktor-faktor penyebab dekubitus dapat disebabkan oleh tekanan atau gesekan berulang kali dengan intensitas yang rendah dan mampu menimbulkan hiperkeratosis dan akantosis bergantung pada tebalnya epidermis (Sari, 2009). Hiperkeratosis terjadi akibat meningkatnya kohesi antar sel-sel di lapisan korneum dan berkurangnya kemampuan untuk melepaskan lapisan tersebut. dekubitus dapat disebabkan juga oleh kehilangan sensori, gangguan sirkulasi, demam, kurang darah atau anemia, kurang gizi, inkontinensia atau tidak mampu menahan kencing, atau dehidrasi serta keadaan lanjut usia (Danielle, 2011). Gangguan integritas kulit terjadi akibat tekanan yang lama, iritasi kulit, atau imobilisasi, sehingga menyebabkan dekubitus. Dekubitus dapat terjadi pada pasien yang mengalami gangguan mobilitas seperti pasien stroke, fraktur tulang belakang atau penyakit degenerative. Dekubitus juga terjadi dengan frekuensi yang cukup tinggi pada pasien-pasien neurologis oleh karena imobilisasi yang lama dan berkurangnya kemampuan sensorik seperti pada pasien-pasien yang dirawat di ruang ROI dengan tingkat ketergantungan total (Sutanto, 2008).

Dekubitus dapat dicegah dengan beberapa cara yaitu, merubah posisi pasien sedikitnya 2 jam sekali, menganjurkan masukan cairan dan nutrisi yang tepat dan adekuat, segera membersihkan feses atau urin dari kulit karena bersifat iritatif terhadap kulit, inspeksi daerah ulkus dikubitus umum terjadi, laporkan adanya area kemerahan dengan segera, jaga agar kulit tetap kering, jaga agar linen

tetap kering dan bebas dari kerutan, beri perhatian khusus pada daerah – daerah yang beresiko terjadi dekubitus, masase sekitar daerah kemerahan dengan sering menggunakan losion, jangan gunakan lotion pada kulit yang rusak, gunakan kain pengalas bila memindahkan pasien tirah baring, serta gunakan alas pendukung dan tempat tidur terapeutik. Mitigasi faktor resiko, rata-rata kesembuhan pasien per bulan meningkat 18%-39% selama rentang dua tahun. Dengan metode tersebut juga dapat menyembuhkan dengan rata-rata 2,1 pasien dengan luka ulkus tekanan disembuhkan setiap bulan pada tahun 2009 (Trimboli, 2010).

Mahasiswa sebagai pemberi asuhan keperawatan telah melakukan tindakan pencegahan dekubitus dengan dasar mitigasi faktor resiko hygiene yang kurang baik, terutama kulit pasien yang kontak dengan urine dan faeces dan tingkat kelembaban yang tinggi, dengan memandikan menggunakan antiseptic *Chlorhexidin gluconate 4%* yang dapat mengurangi kolonisasi kulit serta faktor ulserogenik feses yang mengakibatkan iritasi pada kulit, sehingga sangat efektif digunakan untuk mengurangi beban biologis pada kulit. Berdasarkan pengamatan dan pengumpulan data yang telah dilakukan mahasiswa mulai tanggal 10 - 15 Juli 2014, berikut ini akan dipaparkan bagaimana penerapan tehnik memandikan dengan menggunakan *Chlorhexidin gluconate 4%* terhadap mengurangi resiko terjadinya dekubitus di ruang ROI IRD Lantai III RSUD dr. Soetomo Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas maka rumusan masalah dalam penelitian ini “Bagaimana penerapan tehnik memandikan menggunakan *Chlorhexidin gluconat 4%* pada pasien GBS di ruang ROI IRD Lantai III RSUD Dr.Soetomo Surabaya ?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui penerapan teknik memandikan menggunakan *Chlorhexidin gluconat* 4% pada pasien GBS di ROI IRD lantai 3 RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi hasil pengkajian pada pasien GBS di ruang ROI IRD lantai 3 RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
2. Mengetahui penerapan teknik memandikan menggunakan *Chlorhexidin gluconat* 4% pada pasien GBS di ruang ROI IRD lantai 3 RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
3. Mengevaluasi penerapan teknik memandikan menggunakan *Chlorhexidin gluconat* 4% pada pasien GBS di ruang ROI IRD lantai 3 RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian dapat menambah dasar teori keperawatan terkait dengan tindakan keperawatan yang berkaitan dengan mempertahankan integritas kulit.

1.4.2 Manfaat Praktis

Dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat antara lain :

1. Bagi Rumah Sakit

Sebagai masukan untuk penerapan tindakan keperawatan yang bertujuan meningkatkan pelayanan di rumah sakit terkait upaya meminimalkan terjadinya angka kejadian decubitus serta menekan angka infeksi nosokomial.

2. Bagi Perawat

Alternatif tindakan mandiri perawat untuk menjaga kualitas hidup pasien terkait dengan terjadinya kejadian decubitus pada pasien immobilisasi.

3. Bagi Klien

Menurunkan kerusakan integritas kulit termasuk luka dekubitus yang pada akhirnya akan memberikan kenyamanan emosional bagi pasien.