

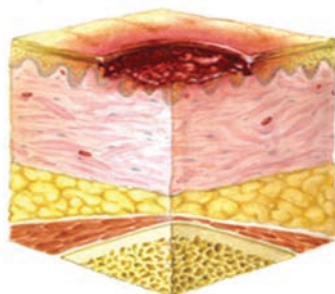


Pressure Injury

Pressure injury (dikenal juga sebagai *pressure ulcer*, ulkus dekubitus, *bedsore*) adalah cedera pada kulit dan dapat mengenai jaringan di bawahnya yang biasanya terjadi pada area penonjolan tulang, akibat tekanan, gesekan, atau *shear*. *Pressure injury* terjadi akibat tekanan yang menjepit kulit dengan tonjolan tulang, mengakibatkan oklusi pembuluh darah kecil di jaringan lunak. Prevalensi *pressure injury* bervariasi, sebuah penelitian di Eropa menyebutkan bahwa prevalensi *pressure injury* adalah 10,5%. Area yang sering terkena adalah sakrum, panggul, tumit, serta punggung, kepala bagian belakang, dan tumit. Pasien yang lebih berisiko mengalami *pressure injury* adalah pasien tirah baring jangka panjang, misalnya pasien yang mengalami kelumpuhan pasca-stroke.¹

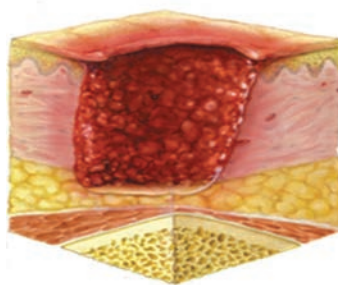
Ada beberapa faktor lain yang meningkatkan risiko terjadinya *pressure injury*, misalnya malnutrisi, maserasi (kondisi kulit yang basah akibat inkontinensia atau sebab lainnya), usia lanjut, pasien kurus, dan diabetes.¹ Menurut NPUAP (*National Pressure Ulcer Advisory Panel*) dan EPUAP (*European Pressure Ulcer Advisory Panel*), *pressure injury* dapat diklasifikasikan menjadi 6, yaitu: *stage 1*, *stage 2*, *stage 3*, *stage 4*, *unstageable*, dan *suspected deep tissue injury*.^{2,3}

menjadi pucat. Hati-hati pada pasien berkulit gelap karena *non-blanchable erythema* dapat tersamarkan.



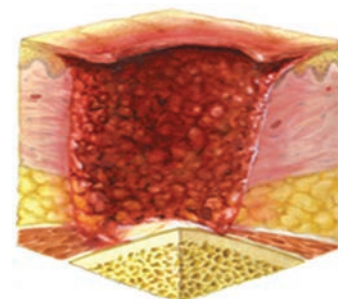
Gambar 2. *Stage 2: Partial-thickness loss of dermis*^{2,3}

Pada *stage* ini, cedera mencapai sebagian dermis. Manifestasi dapat sebagai bula berisi air atau sebagai luka dengan dasar dermis berwarna merah.



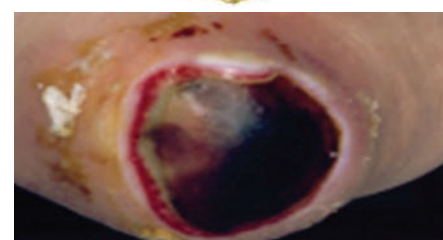
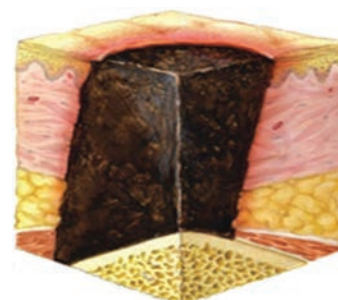
Gambar 3. *Stage 3: Full thickness tissue loss*^{2,3}

Pada *stage* ini, cedera mencapai keseluruhan ketebalan dermis dan dapat mencapai jaringan subkutan, namun belum mencapai tulang, tendon, atau otot. Mungkin bisa ada *slough* yang menutupi dasar luka. Pada luka dapat terjadi *undermining* atau *tunneling*.



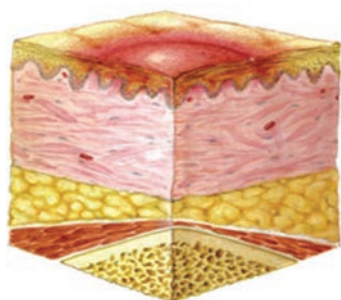
Gambar 4. *Stage 4: Full thickness tissue loss* mencapai tulang, tendon, atau otot.^{2,3}

Pada *stage* ini, cedera mencapai seluruh ketebalan dermis dan subkutan, sehingga mencapai organ di bawah kulit seperti tulang, tendon, atau otot. Pada luka ini bisa didapatkan *slough* atau *eschar*. Luka juga dapat mengalami *undermining* atau *tunneling*.



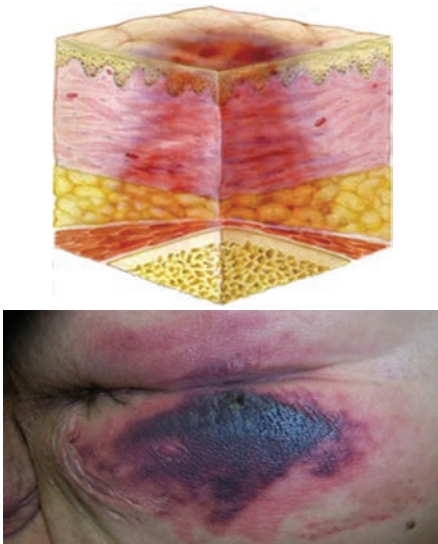
Gambar 5. *Unstageable*.^{2,3}

Pada *stage* ini, cedera tertutupi seluruhnya oleh lapisan jaringan mati, misalnya oleh *slough* dan/ atau *eschar*. Dengan demikian, *staging* belum bisa ditentukan sampai keseluruhan jaringan mati di-*debride*ment hingga mencapai dasar luka.

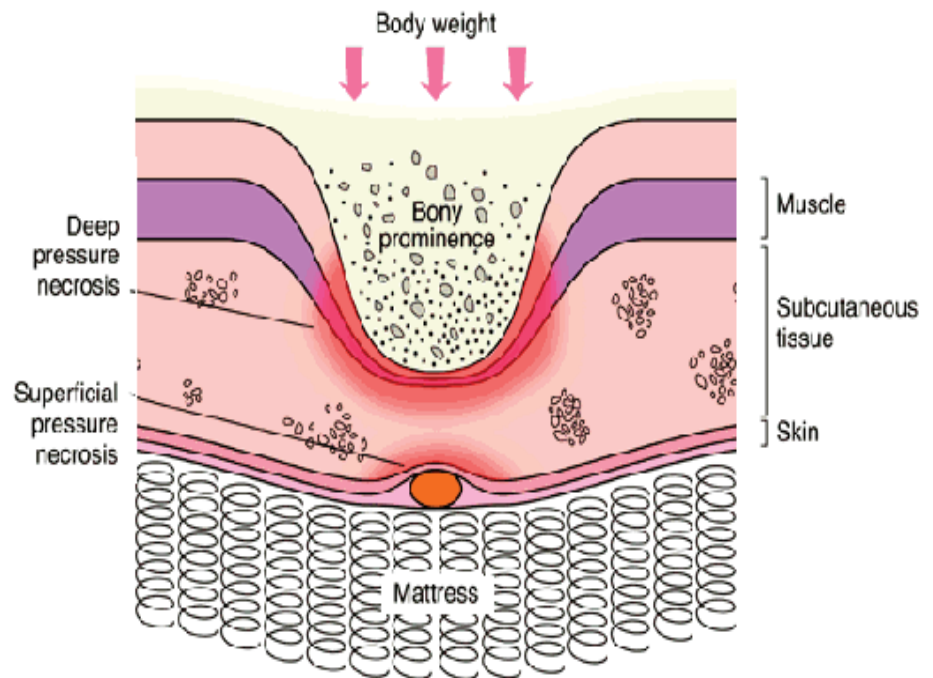


Gambar 1. *Stage 1: Non-blanchable erythema*^{2,3}

Pada *stage* ini, cedera hanya terbatas sampai epidermis saja, sehingga kulit relatif intak. Ditandai dengan eritema bersifat *non-blanchable*, yaitu apabila ditekan dengan jari lalu dilepas, kulit tidak



Gambar 6. Suspected deep tissue injury^{2,3}
Area kulit tampaknya intact tetapi mengalami perubahan warna menjadi merah keunguan, dapat terdapat bula berisi air. Kondisi ini menggambarkan adanya kerusakan lapisan dermis atau jaringan ikat di bawah kulit.



Untuk mencegah *pressure injury*, pertama-tama tenaga kesehatan sebaiknya melakukan penilaian risiko pasien. Pasien yang berisiko *pressure injury* dapat melakukan langkah-langkah pencegahan. Salah satu faktor yang paling penting adalah nutrisi yang baik. Disarankan untuk memberikan kalori harian sebesar 35 Kkal/kg dengan protein 1,25 – 1,5 g/kg untuk pasien yang telah ataupun berisiko mengalami *pressure injury*. Selain itu, pasien juga perlu diberi asupan cairan dan vitamin yang memadai.³

Pada pasien yang berisiko *pressure injury* harus dilakukan reposisi secara teratur. Frekuensi reposisi pasien disesuaikan dengan kondisi pasien, apabila memungkinkan setiap 2 jam.

Hindari posisi yang dapat memberikan *pressure* atau gesekan pada ulkus. Sebaiknya tegakkan sandaran kepala sampai sekitar 30° tetapi jangan lebih, karena dapat menyebabkan gesekan. Apabila ditemukan ada area tubuh pasien yang mengalami *non-blanchable erythema*, dapat dipertimbangkan tindakan *offloading* (melindungi permukaan kulit yang cedera) menggunakan *foam dressing* yang cukup tebal.³

Perawatan luka pada *pressure injury*, dilakukan seperti halnya perawatan luka kronik pada umumnya, yaitu melibatkan 3 tahap: *cleansing* (mencuci), *debridement*, dan

dressing (menggunakan *dressing* luka dengan tepat). Untuk pemilihan *dressing* luka, dapat dilakukan menggunakan konsep TIME (*tissue, infection/inflammation, moisture, dan edge*) untuk memilih dan menggunakan *modern dressing* dengan tepat.³

SIMPULAN

Pressure injury adalah salah satu penyebab morbiditas dan mortalitas pada pasien rawat inap, dengan tindakan penilaian risiko, asupan nutrisi, reposisi dan perawatan yang baik, morbiditas dan mortalitas akibat *pressure injury* dapat dikurangi. (NNO)

REFERENSI:

1. Kirman CN, Geibel J. Pressure injuries (pressure ulcers) and wound care: Practice essentials, background, anatomy [Internet]. 2017 Oct 23 [cited 2017 Nov 10]. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/190115-overview?pa=jn6L8S15ey0OwTTa6Wikj9ekJ%2BxcHBC7%2F%2FCXu6b7FGjt4ik31qWncV0e0rXqMYMnslMb4ISwJcWh2GUWuba%2FQuejCO3Rk4DWsD37DrSZWvU%3D>
2. National pressure ulcer advisory panel (NPUAP) [Internet]. [cited 2017 Nov 10]. Available from: <http://www.npuap.org/>
3. EPUAP – European pressure ulcer advisory panel [Internet]. [cited 2017 Nov 10]. Available from: <http://www.epuap.org/>