

SKRIPSI

GAMBARAN ASUPAN MAKANAN DAN IMOBILISASI PADA PASIEN *BEDREST* DENGAN RESIKO DEKUBITUS DI RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH MEDAN TAHUN 2024



Oleh:

RUSMA LAURI SILITONGA

NIM. 012021021

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
2024**

SKRIPSI

**GAMBARAN ASUPAN MAKANAN DAN IMOBILISASI PADA
PASIEN *BEDREST* DENGAN RESIKO DEKUBITUS DI
RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH MEDAN
TAHUN 2024**



Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan

Dalam Program Studi D3 Keperawatan Pada
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

Oleh:
Rusma Lauri Silitonga
NIM. 012021021

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
2024**



LEMBAR PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : Rusma Lauri Silitonga
NIM : 012021021
Program Studi : D3 Keperawatan
Judul : Gambaran Asupan Makanan Dan Imobilisasi Pada Pasien *Bedrest* Dengan Resiko Dekubitus Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024.

Dengan ini menyatakan bahwa hasil penelitian skripsi yang telah saya buat ini merupakan hasil karya sendiri dan benar keasliannya. Apabila ternyata di kemudian hari penelitian skripsi ini merupakan hasil plagiat atau penjiplakan terhadap karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi berdasarkan aturan tata tertib di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.

Demikian, pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tidak dipaksakan.

Peneliti

Rusma Lauri Silitonga



**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
SANTA ELISABETH MEDAN**

Tanda Persetujuan

Nama : Rusma Lauri Silitonga

Nim : 012021021

Program studi : D3 Keperawatan

Judul : Gambaran Asupan Makanan Dan Imobilisasi Pada Pasien
Bedrest Dengan Resiko Dekubitus Di Rumah Sakit Santa
Elisabeth Medan Tahun 2024.

Menyetujui Untuk Diujikan Pada Sidang Ahli Madya Keperawatan
Medan, 04 Juni 2024

Pembimbing

Magda Siringo-ringgo SST., M.Kes

Mengetahui

Ketua program studi D3 Keperawatan

(Indra Hizkia Perangin-angin, S.Kep., Ns., M.Kep)



Telah diuji
Pada Tanggal, 04 Juni 2024
PANITIA PENGUJI

Ketua : Magda Siringo-ringo, SST., M.Kes

.....

Anggota : 1. Indra Hizkia Perangin-angin, S.Kep., Ns., M.Kep

.....

2. Rusmauli Lumban Gaol, S.Kep., Ns., M.Kep

.....

Mengetahui
Ketua Program Studi D3 Keperawatan

(Indra Hizkia Perangin-angin, S.Kep., Ns., M.Kep)



**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA
ELISABETH MEDAN**

Tanda Pengesahan

Nama : Rusma Lauri Silitonga
NIM : 012021021
Judul : Gambaran Asupan Makanan Dan Imobilisasi Pada Pasien
Bedrest Dengan Resiko Dekubitus Di Rumah Sakit Santa
Elisabeth Medan Tahun 2024

Telah Disetujui, Diperiksa Dan Dipertahankan Dihadapan Tim Penguji Sebagai
Persyaratan Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan
Pada, 04 Juni 2024 Dan Dinyatakan LULUS

TIM PENGUJI:

TANDA TANGAN

Penguji I : **Magda Siringo-ringo, SST., M.Kes**

Penguji II : **Indra Hizkia Perangin-angin, S.Kep., Ns., M.Kep**

Penguji III : **Rusmauli Lumban Gaol, S.Kep., Ns., M.Kep**

Mengetahui
Ketua Program Studi D3 Keperawatan

Mengesahkan
Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Santa Elisabeth Medan

(Indra Hizkia P, S.Kep., Ns., M.Kep) (Mestiana Br. Karo, M.Kep., DNSc)



HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIK

Sebagai civitas akademik Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : RUSMA LAURI SILITONGA
NIM : 012021021
Program Studi : D3 Keperawatan
Jenis Karya : Skripsi

Demi perkembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan Hak Bebas Royalti Non-eksklusif (Non-executive Royalti Free Right) atas karya ilmiah saya yang berjudul: Gambaran Asupan Makanan Dan Imobilisasi Pada Pasien *Bedrest* Dengan Resiko Dekubitus Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024, Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan).

Dengan hak bebas royalti Non-eksklusif ini Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan menyimpan, mengalih media/formatkan, mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai peneliti atau pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Medan, 04 Juni 2024
Yang menyatakan

(Rusma Lauri Silitonga)

ABSTRAK

Rusma Lauri Silitonga 012021021

Gambaran Asupan Makanan Dan Imobilisasi Pada Pasien *Bedrest* Dengan Resiko Dekubitus Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024

Prodi D3 Keperawatan

Kata kunci: Asupan makanan, Imobilisasi, Resiko dekubitus, Pasien *bedrest*

(xvii + 80 + Lampiran)

Latar belakang: Imobilisasi atau *bedrest* sebagai ketidakmampuan seseorang untuk bergerak dengan penuh energi disebabkan adanya beragam penyakit yang mengganggu kesehatan tubuh baik secara internal maupun eksternal merupakan resiko terjadinya dekubitus sehingga perlu adanya Asupan makanan yang cukup serta tepat untuk mencukupi keperluan gizi untuk seseorang yang sedang mengalami imobilisasi tersebut untuk mencegah terjadinya luka dekubitus akibat dari tekanan yang berlebih selama *bedrest*. **Tujuan:** Untuk mengetahui bagaimana Gambaran Asupan Makanan Dan Imobilisasi Pada Pasien *Bedrest* Dengan Resiko Dekubitus Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024. **Metode:** Penelitian ini menggunakan metode *purposive sampling* dengan jumlah responden sebanyak 30 orang dimana pengumpulan datanya dilakukan dengan menggunakan recall food atau lembar catatan makanan 24 jam dan lembar checklist/observasi. Teknik analisis data yang digunakan adalah analisa univariat. Adapun penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan pada tanggal 29 April- 05 Mei 2024 **Hasil:** Resiko dekubitus dengan resiko tinggi sebanyak 20 responden (66,7%) dikarenakan asupan makanan kalori kurang sebanyak 25 responden (83,3%), karbohidrat kurang sebanyak 27 responden (90%), protein lebih sebanyak 19 responden (63,3%), lemak kurang 18 responden (60%), vitamin kurang sebanyak 29 responden (96,7%), mineral kurang sebanyak 17 responden (56,7%), cairan lebih sebanyak 23 responden (76,7%) serta imobilisasi yang belum mampu pada responden yaitu sebanyak 21 responden (70%). **Simpulan:** resiko tinggi terkena dekubitus disebabkan oleh adanya asupan nutrisi yang tidak terpenuhi dan imobilisasi dari anggota gerak tubuh pasien. **Saran:** Diharapkan pasien dapat menghabiskan diet yang sudah disediakan oleh rumah sakit agar angka kecukupan gizi dapat terpenuhi, dan keluarga dapat membantu pasien melakukan ROM selama perawatan dirumah sakit sehingga mengurangi resiko terjadinya dekubitus yang tinggi.

Daftar pustaka (2006-2024)

ABSTRACT

Rusma Lauri Silitonga 012021021

Overview of Food Intake and Immobilization in Bedrest Patients with Decubitus Risk at Santa Elisabeth Hospital Medan in 2024

D3 Nursing Study Program

Keywords: Food intake, Immobilization, Decubitus risk, Bedrest patients

(xvii + 80 + Lampiran)

Background: Immobilization or bedrest as a person's inability to move with full energy due to the existence of various diseases that interfere with the health of the body both internally and externally is a risk of decubitus so that there is a need for adequate and appropriate food intake to meet nutritional needs for a person who is undergoing immobilization to prevent decubitus injuries due to pressure excess during bedrest. **Objective:** To find out how the description of food intake and immobilization in bedrest patients with the risk of decubitus. **Methods:** This study used a purposive sampling method with a total of 30 respondents where data collection is carried out using food recall or 24-hour food record sheets and checklist/observation sheets. The data analysis technique used is univariate analysis. **Results:** The risk of decubitus with high risk is due to the low calorie food intake of 25 respondents (83.3%), carbohydrates less as many as 27 respondents (90%), more protein as many as 19 respondents (63.3%), less fat than 18 respondents (60%), less vitamins as many as 29 respondents (96.7%), 17 respondents (56.7%) had less minerals, 23 respondents (76.7%) had more fluids and 21 respondents (70%) were unable to immobilize. **Conclusions:** the high risk of decubitus is caused by unmet nutrient intake and immobilization of the patient's limbs. **Suggestion:** It is hoped that the patient can finish the diet that has been provided by the hospital so that the nutritional adequacy can be met, and the family can help the patient do ROM during hospital treatment so as to reduce the risk of high decubitus.

Bibliography (2006-2024)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur peneliti panjatkan terhadap kehadiran Tuhan yang Maha Esa atas berkat dan kasihnya peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini. Adapun skripsi ini adalah **“Gambaran Asupan Makanan Dan Imobilisasi Pada Pasien Bedrest Dengan Resiko Dekubitus Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024”**. Skripsi ini bertujuan untuk melengkapi tugas dalam penyelesaian pendidikan D3 Program Studi D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.

Dalam penyusunan skripsi ini telah banyak mendapatkan bantuan, bimbingan dan dukungan. Oleh karena itu peneliti mengucapkan terimakasih kepada:

1. Mestiana Br Karo, M.Kep., DNSc, selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan, yang telah memberikan kesempatan dan menyediakan fasilitas untuk menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.
2. Dr. Eddy Jefferson, Sp.OT(K) Sport Injury selaku Direktur Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan, yang telah memberikan kesempatan dan menyediakan fasilitas untuk menyelesaikan penelitian di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.
3. Kepala Ruang rawat inap di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan yang telah memberikan kesempatan untuk menyelesaikan penelitian di Ruang Rawat inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.

4. Indra Hizkia Perangin-angin, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku ketua program studi D3 Keperawatan dan sekaligus dosen penguji II dalam skripsi ini, yang telah membimbing, memberikan dukungan motivasi serta semangat dalam perkuliahan serta dukungan dan semangat kepada peneliti untuk penyusunan skripsi ini dalam upaya menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.
5. Rusmauli Lumban Gaol S.Kep., Ns., M.Kep, selaku sekretaris program studi D3 Keperawatan dan sekaligus dosen penguji III dalam skripsi ini, yang telah membimbing, memberikan dukungan motivasi serta semangat dalam perkuliahan serta dukungan dan semangat kepada peneliti untuk penyusunan skripsi ini dalam upaya menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.
6. Magda Siringo-ringo SST., M.Kes selaku dosen pembimbing tugas akhir, dan sekaligus penguji I, yang telah membimbing, mendidik, memberikan dukungan, motivasi serta semangat untuk saya dalam perkuliahan terlebih dukungan untuk menyelesaikan skripsi ini.
7. Seluruh staf dosen dan pegawai yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan bimbingan kepada peneliti selama mengikuti pendidikan dan penyusunan skripsi di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.
8. Meiko Silitonga ayah tercinta dan ibu tersayang Ance Nababan, yang selalu memberikan doa dan dukungan yang luar biasa terhadap peneliti serta nenek saya Tiarlin Hutasoit dan abang saya Rahul Silitonga yang

selalu memberikan dorongan, dukungan baik emosional dan finansial, semangat dan motivasi kepada saya.

9. Sr. M. Ludovika FSE selaku koordinator asrama dan seluruh ibu asrama yang telah memberikan dukungan, dan perhatian serta bimbingan kepada peneliti selama mengikuti pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.

10. Seluruh teman-teman Program Studi D3 Keperawatan terkhusus angkatan XXX stambuk 2021, yang memberi semangat dan motivasi kepada peneliti dalam menyelesaikan skripsi ini serta semua orang yang peneliti sayangi.

Peneliti menyadari bahwa penelitian ini masih jauh dari kata sempurna, baik isi maupun teknik penelitian. Oleh karena itu, peneliti menerima kritik dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan skripsi ini. Semoga Tuhan Yang Maha Kuasa mencurahkan berkat dan karunian-Nya kepada semua pihak yang telah membantu peneliti. Harapan peneliti semoga skripsi ini dapat bermanfaat dalam pengembangan ilmu pengetahuan khusus nya bagi profesi keperawatan.

Medan, 04 Juni 2024

(Rusma Lauri Silitonga)



DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN SAMPUL DALAM.....	ii
LEMBAR PERNYATAAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI.....	v
LEMBAR PENGESAHAN	vi
HALAMAN PERNYATAAN PUBLIKASI.....	vii
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
KATA PENGANTAR.....	x
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR BAGAN.....	xvii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan.....	5
1.3.1 Tujuan umum	5
1.3.2 Tujuan khusus	6
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.4.1 Manfaat teoritis	6
1.4.2 Manfaat praktis.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Asupan Makanan.....	8
2.1.1. Defenisi asupan makanan	8
2.1.2. Defenisi nutrisi	8
2.1.3. Asupan nutrisi pada pasien <i>bedrest</i>	9
2.1.4. Manfaat nutrisi pada pasien <i>bedrest</i>	10
2.1.5. Jenis kandungan makanan pasien <i>bedrest</i>	10
2.1.6. Sumber bahan makanan.....	11
2.1.7. Komposisi makanan	12
2.1.8. Angka kecukupan gizi	13
2.1.9. Rumus menentukan kebutuhan kalori pada pasien <i>bedrest</i>	15



2.1.10. Rumus menentukan kebutuhan cairan harian	16
2.1.11. Metode pengukuran asupan makanan.....	17
2.1.12. Diet pasien dengan luka dekubitus	29
2.1.13. Menilai asupan makanan dengan <i>nutrisi survey</i>	30
2.2 Konsep Imobilisasi.....	31
2.2.1. Defenisi imobilisasi	31
2.2.2. Faktor penyebab terjadinya imobilisasi	31
2.2.3. Kategori imobilisasi.....	32
2.2.4. Pengukuran imobilisasi	33
2.2.5. Pelaksanaan imobilisasi	34
2.3 Konsep Dekubitus.....	35
2.3.1. Defenisi dekubitus	35
2.3.2. Etiologi dan patofisiologi dekubitus.....	35
2.3.3. Faktor resiko terjadinya dekubitus	37
2.3.4. Klasifikasi dekubitus	42
2.3.5. Stadium dekubitus	44
2.3.6. Komplikasi dekubitus	45
2.3.7. Pencegahan dekubitus.....	46
2.3.8. Intervensi awal pasien dengan resiko dekubitus.....	49
BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN	51
3.1 Kerangka Konsep	51
3.1.1 Definisi kerangka konsep.....	51
3.2 Hipotesis Penelitian	52
3.2.1 Defenisi hipotesis	52
BAB 4 METODE PENELITIAN.....	53
4.1 Rancangan Penelitian.....	53
4.2 Populasi dan Sampel	53
4.2.1 Populasi	53
4.2.2 Sampel	53
4.3 Variabel Penelitian dan Defisiensi Operasional.....	54
4.4 Instrumen Penelitian	57
4.5 Lokasi Dan Waktu Penelitian.....	58
4.5.1 Lokasi penelitian.....	58
4.5.2 Waktu penelitian.....	59
4.6 Prosedur Pengambilan data Dan Pengumpulan data	59
4.6.1 Pengambilan data.....	59
4.6.2 Teknik pengumpulan data	59
4.6.3 Uji validitas dan reliabilitas	62
4.7 Kerangka Operasional	62



4.8 Analisa Data	64
4.9 Etika Penelitian.....	65
BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	67
5.1 Hasil penelitian	67
5.1.1 Gambaran lokasi penelitian	67
5.1.2 Data demografi responden	69
5.1.3 Asupan makanan	70
5.1.4 Imobilisasi.....	72
5.1.5 Resiko dekubitus.....	72
5.2 Pembahasan	73
5.2.1 Asupan makanan	73
5.2.2 Imobilisasi	74
5.2.3 Resiko dekubitus	75
BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN.....	76
6.1 Simpulan	76
6.2 Saran	77
DAFTAR PUSTAKA	78
LAMPIRAN.....	80
1. Pengajuan judul	81
2. Usulan judul.....	82
3. Surat permohonan ijin penelitian.....	83
4. Surat balasan diberi ijin penelitian	84
5. Keterangan layak etik	85
6. Surat persetujuan menjadi responden	86
7. Surat <i>informend consent</i>	87
8. Daftar konsultasi.....	88
9. Petunjuk pengisian kuesioner	92
10. Asupan makanan (formulir <i>food recall</i> 24 jam)	95
11. Pengolahan nutrisi survey	96
12. <i>Gross motor function measurement</i> (GMFM)	97
13. Kuesioner resiko dekubitus <i>norton scale</i>	98
14. Hasil Output SPSS	99
15. Dokumentasi	102



DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 2.1 Angka Kecukupan Gizi.....	14
Tabel 2.2 Daftar Konversi Bahan Mentah-Matang.....	20
Tabel 4.1 Defenisi Operasional Gambaran Asupan Makanan Dan Imobilisasi Pada Pasien <i>Bedrest</i> Dengan Resiko Dekubitus Dirumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024	56
Tabel 5.1 Distribusi frekuensi responden berdasarkan data demografi pada pasien <i>bedrest</i> di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024	69
Tabel 5.2 Distribusi frekuensi responden berdasarkan data Asupan makanan pada pasien <i>bedrest</i> di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024	71
Tabel 5.3 Distribusi frekuensi imobilisasi pada pasien <i>bedrest</i> di Rumah Sakit Santa Elisabeth medan tahun 2024.....	72
Tabel 5.4 Distribusi frekuensi Resiko dekubitus pada pasien <i>bedrest</i> di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024	72



DAFTAR BAGAN

	Hal
Bagan 2.1 Faktor Resiko Terjadinya Dekubitus.....	41
Bagan 3.1 Kerangka Konsep Gambaran Asupan Makanan Dan Imobilisasi Pada Pasien <i>Bedrest</i> Dengan Resiko Dekubitus Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024	51
Bagan 4.1 Kerangka Operasional Gambaran Asupan Makanan Dan Imobilisasi Pada Pasien <i>Bedrest</i> Dengan Resiko Dekubitus Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024	63

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Imobilisasi ataupun *bedrest* yaitu ketidakmampuan individu untuk bergerak dengan penuh energi karena adanya beragam penyakit yang mengganggu kesehatan tubuh baik secara internal maupun eksternal. Akibat negatif dari imobilisasi adalah kerusakan keutuhan struktur kulit yang menyebabkan terjadinya luka dan iritasi. Dekubitus adalah komplikasi lain yang dapat terjadi pada pasien dengan imobilisasi. (Rahmawati & Supadmi, 2023). Menurut Said et al (2017), dekubitus adalah masalah yang sering terjadi bagi pasien dengan imobilisasi seperti pasien yang mengalami fraktur tulang belakang atau penyakit *degenerative* dan stroke. Akibatnya, perawatan di rumah sakit berlangsung lebih lama, pasien mengalami pemulihan kesehatan yang lebih lambat, dan biaya perawatan meningkat.

Dekubitus adalah luka yang muncul ketika kulit dan selaput lendir di dasar terjepit, umumnya terjadi di atas tonjolan tulang karena terus-menerus tergesek dan tertekan. Tekanan dan gesekan ini bisa dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti nutrisi, iklim, aliran darah, penyakit penyerta, dan kondisi kulit. Luka ini terjadi karena aliran darah yang berkurang, yang pada akhirnya menyebabkan sel-sel mati, kerusakan kulit, dan terbentuknya luka terbuka. Dekubitus merupakan sebagai salah satu komplikasi yang melemahkan fisik pada abad ke-20 dan paling mahal. Dekubitus adalah halangan ketiga yang paling mahal setelah penyakit kardiovaskuler dan kanker. (Arta et al., 2023)

Tekanan dan gesekan dapat dipengaruhi oleh nutrisi atau asupan makanan. Asupan makanan adalah pola makan yang cukup serta tepat untuk mencukupi keperluan nutrisi bagi individu sedang mengalami gangguan imobilisasi atau *bedrest*. Asupan makanan yang cukup dan sehat selama *bedrest* merupakan hal yang penting untuk membantu tubuh memulihkan sel-sel yang rusak selama seseorang mengalami imobilisasi dan mempertahankan sistem kekebalan tubuh. (Wasalamah, 2024)

Menurut Permatasari (2020), pada bulan januari hingga desember tahun 2018 di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo separuh pasien dekubitus di Unit Gawat Darurat, SMF Bedah plastik dan Poli Rawat Jalan paling mendominasi yaitu wanita yang berusia antara 45 hingga 65 tahun (24%) memiliki faktor resiko imobilisasi (96%) sebagai faktor terbanyak. Kelemahan pada anggota tubuh (13%) adalah riwayat penyakit yang paling banyak dialami oleh pasien dekubitus. Tindakan yang umum dilakukan adalah persiapan perawatan luka dan juga penyuluhan.

Pada tahun 2016 berdasarkan data Sensus Kependudukan dan Demografi Indonesia (SKDI) kejadian pasien terkena dekubitus di Indonesia secara umum didata bahwa 15-25% pada perawatan lama, 5- 11% terjadi perawatan akut, dan perawatan di rumah 7-12%. (Stella & Makassar, 2021). Kejadian pada pasien terkena dekubitus masih sangat tinggi, dibidang kesehatan dekubitus merupakan permasalahan pertama. Prevalensi kejadian dekubitus di Indonesia 15,8 % hingga 38,18% yang lama dirawat di rumah sakit. (Rahmawati & Supadmi, 2023)

Skala kejadian dekubitus sangat beragam, 3%-10 % pasien rawat inap di Amerika Serikat kemungkinan terkena dekubitus, serta peningkatan dekubitus didata bahwa 15-25% pada perawatan lama, 5- 11% terjadi perawatan akut, dan perawatan di rumah 7-12%. Di Eropa, sekitar 3-83,6% perawatan akut dilakukan di panti jompo, sementara di Singapura angkanya berkisar antara 9-14% untuk perawatan akut juga pemulihan. Tingkat peristiwa dekubitus di Indonesia yaitu 33,3%, sangat tinggi dibandingkan dengan tingkat kejadian dekubitus di Asia Tenggara yaitu 2,1-31,3%. (Arta et al., 2023)

Studi terbaru menunjukkan bahwa kebutuhan dasar untuk protein eksogen pada orang tua adalah minimal 1,0 g / kg berat badan daripada 0,8 g / kg untuk orang dewasa yang baik. Perkiraan kebutuhan energi (30 kkal / kg) dan kebutuhan protein rata-rata (0.95 g / kg) memiliki validitas klinis yang memadai sebagai persyaratan minimum untuk mempertahankan status gizi dan mempercepat penyembuhan luka pada pasien yang lebih tua dengan dekubitus.

Metode pengobatan berdasarkan klasifikasi keparahan luka serta ada tidaknya faktor-faktor yang mendorong pengobatan luka itu sendiri. Pengobatan luka yang berlangsung lama dan tidak sempurna, mampu merugikan penderita berupa turunnya kualitas hidup diakibatkan ketidakpuasan pada saat melaksanakan kegiatan harian, peningkatan biaya rawatan, hingga dapat mengancam kehidupan penderita. Mengidentifikasi resiko dekubitus dengan baik dan benar adalah langkah pertama dalam mencegah kejadian dekubitus untuk pasien yang beresiko terkena dekubitus, ada beberapa poin yang dikembangkan

dalam mengkaji resiko dekubitus seperti skala branden, skala norton, skala gosnell, waterloww dan lain sebagainya. (Mulyanto & Yuwono, 2022)

Usaha dalam mencegah terjadinya dekubitus harus melihat sikap, perilaku perawat, motivasi, dan pengetahuan. Tingkat keberhasilan didasarkan dari usaha pencegahan tersebut, tetapi beberapa studi menunjukkan jika perawat tidak mempunyai pengetahuan serta tidak memiliki informasi yang penting dalam kegiatan pencegahan, menangani, dan memahami isi panduan. (Nofiyanto & Ivana, 2018)

Berdasarkan hasil studi pada april 2021 sebanyak 9 pasien dari 79 pasien ruang ICU yang mendapatkan dekubitus akibat tirah baring, dari hasil wawancara perawat telah melaksanakan usaha pencegahan terjadinya dekubitus dengan menggunakan kasur anti dekubitus pada pasien dengan resiko dekubitus, melakukan *Range Of Motion* (ROM) dalam 2 jam pada pasien beresiko dekubitus, menggantikan posisi pasien metode miring kiri miring kanan, memberi asupan atau nutrisi yang cukup, mengoleskan pelembab pada kulit, memberikan penyuluhan untuk keluarga pasien, dan melaksanakan pemeriksaan kembali pada pasien beresiko terkena dekubitus. (Mugiarti, 2022)

Asupan makanan yang berperan dalam pengobatan dekubitus yaitu kalori, karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral, cairan, arginin, dan mikronutrien (Vitamin A, C, dan seng) semuanya penting dalam penyembuhan luka. Protein adalah makronutrien yang paling penting karena sangat diperlukan untuk perbaikan jaringan. Peningkatan asupan protein telah dikaitkan dengan peningkatan tingkat penyembuhan. Protein makanan terutama penting pada orang

tua karena perubahan komposisi tubuh yang terjadi seiring bertambahnya usia dan berkurangnya tingkat aktivitas.

Adapun sampel pada penelitian ini sejumlah 30 orang berdasarkan penelitian Said et al, (2017) yang melaksanakan penelitian di Rumah Sakit di kamar Intensive care unit Labuang Baji Makassar untuk mengetahui apa saja faktor yang menyebabkan terjadinya dekubitus kepada pasien yang sedang dirawat. Berdasarkan hal tersebut, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai faktor-faktor yang memengaruhi terjadinya dekubitus pada pasien *bedrest* yang berjudul “Gambaran Asupan Makanan Dan Imobilisasi Pada Pasien *Bedrest* Dengan Resiko Dekubitus Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024”.

1.2.Rumusan Masalah

Berdasarkan konteks yang telah dijelaskan, peneliti dapat mengidentifikasi serta menarik kesimpulan bahwa permasalahan yang akan diamati adalah sebagai berikut “Gambaran Asupan Makanan Dan Imobilisasi Pada Pasien *Bedrest* Dengan Resiko Dekubitus Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024”.

1.3.Tujuan

1.3.1. Tujuan umum

Untuk mengetahui bagaimana Gambaran Asupan Makanan Dan Imobilisasi Pada Pasien *Bedrest* Dengan Resiko Dekubitus Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024.

1.3.2. Tujuan khusus

1. Untuk mengetahui asupan makanan yang terdiri dari kalori, karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral, dan cairan pada pasien *bedrest* dengan resiko dekubitus.
2. Untuk mengetahui imobilisasi pada pasien *bedrest* dengan resiko dekubitus.
3. Untuk mengetahui resiko dekubitus pada pasien *bedrest* di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.

1.4. Manfaat Penelitian**1.4.1. Manfaat teoritis**

Untuk menjadi pedoman untuk peneliti berikutnya yang akan melaksanakan penelitian mengenai Gambaran Asupan Makanan Dan Imobilisasi Pada Pasien *Bedrest* Dengan Resiko Dekubitus Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024.

1.4.2. Manfaat praktis

1. Bagi tempat yang di teliti

Dalam konteks pendidikan, sumber informasi ini dapat memberikan pengetahuan dan menjadi materi pembelajaran bagi peneliti selanjutnya tentang asupan makanan dan imobilisasi sebagai faktor resiko dekubitus.

2. Bagi peneliti

Untuk memperluas pengetahuan bagi peneliti serta mengembangkan wawasan tentang Gambaran Asupan Makanan Dan



Imobilisasi Pada Pasien *Bedrest* Dengan Resiko Dekubitus Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024.

3. Bagi mahasiswa

Penelitian ini memberikan kontribusi yang berarti bagi mahasiswa dalam hal pengetahuan tentang Gambaran Asupan Makanan Dan Imobilisasi Pada Pasien *Bedrest* Dengan Resiko Dekubitus Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Asupan Makanan

2.1.1. Defenisi asupan makanan

Asupan makanan adalah jumlah makanan atau berbagai jenis makanan untuk dikonsumsi oleh individu untuk bertujuan mencukupi keperluan fisiologi, psikologi dan sosiologi. Asupan makanan adalah konsumsi makanan yang cukup serta tepat untuk mencukupi keperluan nutrisi untuk individu yang mengalami gangguan imobilisasi atau *bedrest*. Asupan makanan yang cukup dan sehat selama *bedrest* merupakan hal yang penting untuk membantu tubuh memulihkan sel-sel yang rusak selama seseorang mengalami *bedrest* karena gangguan imobilisasi dan mempertahankan sistem kekebalan tubuh. (Wasalamah, 2024)

2.1.2. Defenisi nutrisi

Menurut wasalamah (2024), nutrisi adalah kandungan yang berada pada hidangan yang dibutuhkan oleh badan sebagai kepentingan seperti untuk tumbuh, mengatur dan bergerak atau nutrisi merupakan seluruh proses didalam tubuh seseorang untuk memanfaatkan makanan untuk bertahan hidup, tumbuh kembang, dan pemenuhan energi.

Asupan makanan yang dimakan oleh seseorang yang selama harus mengandung kalori, karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral, dan cairan. Berdasarkan manfaatnya nutrisi atau zat tersebut adalah sumber zat pengatur tubuh, sumber pertumbuhan, serta sumber pemeliharaan jaringan tubuh.

2.1.3. Asupan nutrisi pada pasien *bedrest*

Asupan nutrisi atau zat gizi yang diperlukan pada tubuh seseorang selama *bedrest* dikelompokkan pada tiga bagian yaitu sebagai berikut:

1. Zat gizi sumber energi

Asupan nutrisi atau zat gizi yang terdiri dari yaitu lemak, protein, serta karbohidrat yang merupakan sumber energi bagi organ. Proses pengikatan oksigen pada zat tersebut akan dimanfaatkan untuk aktivitas tubuh seseorang. Jumlahnya paling signifikan diantara semua makanan yang kita konsumsi, dan disebut juga sebagai bahan bakar yang membakar semangat.

2. Zat gizi pemelihara jaringan tubuh serta sumber pertumbuhan

Asupan nutrisi atau zat gizi yang termasuk dalam zat sumber pemeliharaan jaringan tubuh serta pertumbuhan ialah air, protein serta mineral. Kegunaan dari ketiga nutrisi tersebut adalah untuk menukar jaringan yang rusak, lalu membangun jaringan baru, dan menjaga sel atau jaringan tubuh. Zat ini juga disebut sebagai zat pembangun.

3. Zat gizi mengasuh proses tubuh

Asupan nutrisi atau zat gizi yang termasuk dalam mengendalikan segala proses didalam tubuh seseorang adalah mineral, protein, air dan vitamin. Kegunaan protein selaku penjaga keseimbangan air pada sel, menetralkan pada tubuh dan menciptakan perlindungan alami terhadap tubuh seseorang. Mineral serta vitamin yaitu pengatur reaksi oksidasi, kegunaan normal otot dan saraf hingga menua. Air digunakan untuk menjaga keseimbangan cairan

seperti proses peredaran darah, proses pencernaan, mengatur suhu tubuh, proses ekskresi. (SOEKATRI, 2011)

2.1.4. Manfaat nutrisi pada pasien *bedrest*

Menurut Almatsier (2011), setiap nutrisi atau zat gizi yang ada dalam asupan makanan memiliki manfaat utama untuk mengatur kesejahteraan dan kesehatan manusia. Adapun manfaat dari nutrisi pada asupan makanan yaitu:

1. Karbohidrat bermanfaat dalam memberikan energi untuk menjalankan kegiatan sehari-hari serta menjaga agar fungsi dalam tubuh tetap berjalan dengan baik.
2. Protein bermanfaat dalam mendirikan serta membenarkan jaringan tubuh meliputi rambut, kuku, kulit, serta otot.
3. Vitamin bermanfaat membantu menjaga kesehatan organ dan sel tubuh serta mempertahankan sistem kekebalan tubuh.
4. Mineral bermanfaat mengatur keseimbangan cairan tubuh, pembentukan tulang, dan kontraksi otot.
5. Cairan yaitu hal terpenting dalam asupan makanan yang bermanfaat untuk mempertahankan suhu tubuh, membuang produk sampingan metabolisme, dan membantu mengangkut nutrisi ke sel-sel.

2.1.5. Jenis kandungan makanan pasien *bedrest*

Jenis kandungan makanan pasien adalah makanan yang tersedia untuk dimakan oleh pasien selama *bedrest*. Jenis kandungan makanan pasien selama *bedrest* dikonsumsi adalah:

1. Karbohidrat yaitu sumber energi utama bagi tubuh seseorang yang sedang *bedrest*.
2. Protein yaitu nutrisi yang membantu pemeliharaan dan pertumbuhan jaringan tubuh.
3. Vitamin merupakan zat organik yang esensial untuk tubuh seseorang.
4. Mineral yaitu zat mengatur keseimbangan cairan tubuh, pembentukan tulang, dan kontraksi otot.
5. Cairan yaitu hal terpenting dalam asupan makanan yang bermanfaat untuk mempertahankan suhu tubuh, membuang produk sampingan metabolisme, dan membantu mengangkut nutrisi ke sel-sel. (Soekarti, 2011)

2.1.6 Sumber bahan makanan

Menurut Almatsier (2011), sumber bahan makanan dari nutrisi atau zat pertumbuhan yang akan diperlukan oleh organ individu pada proses penyembuhan luka dekubitus yaitu:

1. Karbohidrat yang banyak didapatkan pada makanan seperti pasta, nasi, roti, serta butir-butiran.
2. Protein dapat ditemukan pada ikan, telur, daging, dan kacang-kacangan.
3. Vitamin yang banyak didapatkan sayuran, buah-buahan, serta bahan makanan lainnya.
4. Mineral juga ditemukan pada zat dari tanah serta dibutuhkan dengan jumlah yang sedikit oleh organ, contohnya besi serta kalsium.
5. Cairan.

2.1.7. Komposisi makanan

Komposisi makanan atau pedoman menu makanan seimbang untuk pegangan pada pasien selama *bedrest* untuk menyusuri menu setiap hari yang bernutrisi dan sehat. Adapun komposisi makanan yang dapat digunakan adalah empat sehat lima sempurna yaitu pedoman menu seimbang pertama di Indonesia yang sekarang lebih dikenal dengan pedoman makanan “4 sehat 5 sempurna” yang didasarkan pada makanan sehari-hari yang terdiri dari 5 kelompok yaitu:

1. Makanan pokok adalah makanan yang membuat kenyang, seperti nasi, jagung, ubi, singkong, talas, serta makanan olahan seperti mi, bihun, dan sejenisnya.
2. Lauk berguna untuk memberikan kenikmatan hingga makanan pokok yang sangat memiliki rasa biasa, berubah menjadi lebih nikmat. Ada 2 jenis lauk yaitu:
 - (a) Lauk hewani misalnya ayam, telur, ikan, daging, kerang, dan sebagainya.
 - (b) Lauk nabati misalnya hasil olahan kacang-kacang seperti tahu, oncom, dan tempe.
3. Sayur berguna untuk memperlancar proses menelan karena disediakan dalam keadaan basah, sehingga membuat rasa segar seperti tumbuhan berdaun, tomat, dan akar-akaran seperti bit dan wortel.
4. Buah-buahan digunakan sebagai pencuci mulut atau untuk mengurangi rasa makanan yang kuat.

5. Susu merupakan sumber protein yang bernilai tinggi dan mengandung zat-zat gizi esensial lainnya yang mudah dicerna.

Asupan makanan harian yang berada pada empat kelompok makanan tersebut, dikombinasi dengan jumlah yang tepat, mampu memberikan nutrisi yang dibutuhkan ke organ seseorang untuk menuju derajat kesehatan yang baik. Asupan makanan yang terbagi dari lima kelompok bahan pangan makanan ini disebut dengan “4 Sehat” “5 Sempurna”. (Soekarti, 2011)

2.1.8. Angka kecukupan gizi

Angka kecukupan gizi ialah pertimbangan asupan jenis nutrisi yang perlu sekali ditinjau berdasarkan ilmu pengetahuan supaya asupan nutrisi itu cukup untuk mencukupi angka kebutuhan gizi yang terpenuhi dengan sempurna. Angka kecukupan gizi menggambarkan asupan umumnya untuk keseharian yang wajib dimakan oleh seseorang, tidak merupakan kepentingan seseorang dalam rawatan. (Pasaribu, 2023)

Penerapan asupan makanan adalah tindakan memberikan makanan dengan tujuan memenuhi kebutuhan harian atau separuh dari kepentingan gizi sehari-hari seperti santapan pagi atau sarapan, santapan siang, makan malam serta kudapan. Panduan ini dapat digunakan dalam perencanaan makanan, pengaturan tingkat gizi yang spesifik serta target, pengadaan makanan, serta penilaian asupan nutrisi.

Tabel 2.1 Angka kecukupan Gizi

Kelompok umur	Berat badan (kg)	Tinggi badan (cm)	Kalori (kcal)	Karbohidrat (g)	Protein (g)	lemak (g)	Vitamin (mg)				Mineral (mg)			Cairan (ml)
							Vitamin A	Vitamin E	Vitamin B	Vitamin C	kalsium	Fosfor	magnesium	
Anak-anak														
1-3 Tahun	13	92	1350	215	20	45	400	6	1,5	40	650	460	65	1150
4-6 Tahun	19	113	1400	220	25	50	450	7	1,8	45	1000	500	95	1450
7-9 Tahun	27	130	1650	250	40	55	500	8	3,8	45	1000	500	135	1650
Laki-laki														
10-12 Tahun	36	145	2000	300	50	65	600	11	3,7	50	1200	1200	160	1850
13-15 Tahun	50	163	2400	350	70	80	600	15	3,8	75	1200	1200	225	2100
16-18 Tahun	60	168	2650	400	75	85	700	15	3,8	90	1200	1200	270	2300
19-29 Tahun	60	168	2650	430	65	75	650	15	3,8	90	1200	700	360	2500
30-49 Tahun	60	166	2500	415	65	70	650	15	3,8	90	1200	700	360	2500
50-64 Tahun	60	166	2500	340	65	60	650	15	4,2	90	1200	700	360	2500
65-80 Tahun	58	164	2000	275	64	50	650	15	4,2	90	1200	700	350	1800
80+ Tahun	58	164	2000	235	64	45	650	15	4,2	90	1200	700	350	1600
Perempuan														
10-12 Tahun	38	147	1900	280	55	65	600	15	3,2	50	1200	1200	170	1850
13-15 Tahun	48	156	2050	300	65	70	600	15	3,2	65	1200	1200	220	2100
16-18 Tahun	52	159	2100	300	65	70	600	15	3,2	75	1200	1200	230	2150
19-29 Tahun	55	159	2150	360	60	65	600	15	3,5	75	1200	700	330	2350
30-49 Tahun	56	158	2150	340	60	60	600	15	3,5	75	1200	700	340	2350
50-64 Tahun	56	158	2150	280	60	60	600	15	3,7	75	1200	700	340	2350
65-80 Tahun	53	157	1500	230	58	58	600	20	3,7	75	1200	700	320	1550
80+ Tahun	53	157	1400	200	58	58	600	20	3,7	75	1200	700	320	1400

2.1.9 Rumus menentukan kebutuhan kalori pada pasien *bedrest*

Rumus *basal metabolic rate* (BMR) adalah rumus yang bisa diaplikasikan dalam menentukan total kebutuhan energi pada individu. *Basal metabolic rate* yaitu pengeluaran kalori secara umum dalam kondisi tenang tanpa stress dan puasa. Pendekatan Harris-Benedict dapat diaplikasikan untuk menghitung *basal metabolic rate* (BMR) saat memprediksikan kebutuhan energi individu. Tapi, jika pasien yang menjalani rawatan di rumah sakit, dapat menggunakan persamaan Ireton Jones yang memperkirakan jika pasien bernapas dengan ventilator atau spontan. (Hartono, 2006)

Rumus *Basal Metabolic Rate* (Harrist benedict):

Perempuan: $665 + (9,6 \times BB) + (1,8 \times TB) - (4,7 \times U)$

Laki-laki : $66 + (13,7 \times BB) + (5 \times TB) - (6,8 \times U)$

Rumus *Resting Energy Expenditure* (Ireton Jones):

Bantuan ventilator: $1925 - 10(A) + 5(W) + 281(S) + 292(T) + 851(B)$

Nafas langsung: $629 - 11(A) + 25(W) + 609(O)$

Kesimpulan:

1. Berat Badan: BB
2. Tinggi Badan: TB
3. Umur: U
4. Umur: A
5. Berat Badan: W
6. S: *Sex*; Laki-laki= 1; Perempuan: 0
7. T: Diagnosa Trauma; Ada: 1; Tidak Ada: 0

8. B: *Burn*; Ada: 1; Tidak Ada: 0

9. O: *Obesitas*; Ada: 1; Tidak Ada: 0

2.1.10. Rumus menentukan kebutuhan cairan harian

Rumus menentukan kebutuhan cairan harian dapat dihitung dengan menggunakan rumus berikut:

1. Rumus menentukan kebutuhan cairan menurut Watson

Perkiraan rumus ini bergantung pada umur, jenis kelamin, berat, dan tinggi badan. Adapun perhitungan menentukan keperluan cairan harian yaitu:

- a. Untuk pria berat total tubuh (TBW) dalam liter adalah $2,447 + (0,09145 \times \text{usia}) + (0,1074 \times \text{cm tinggi badan}) + (0,3362 \times \text{kg berat badan})$.
- b. Untuk wanita berat total tubuh (TBW) dalam liter adalah $2,097 + (0,1069 \times \text{cm tinggi badan}) + (0,2466 \times \text{kg badan badan})$.

2. Rumus yang digunakan untuk menghitung kebutuhan cairan harian berdasarkan berat badan (Rumus Holliday Segar)

- a. Cara menghitung kebutuhan cairan harian adalah sebagai berikut:
10 kg pertama berat badan memerlukan 1 L asupan air. Lalu, 10 kg kedua perlu 500 ml air. Sementara, setiap kilogram sisanya perlu 20 ml air. Dalam contohnya, berat badan Tn. K adalah 55 kg. Jadi, 10 kg selanjutnya memerlukan 1 L, 10 kg berikutnya memerlukan 500 ml, dan 35 kg terakhir memerlukan 700 ml air ($35 \times 20 \text{ ml}$).

Jika dijumlahkan, kebutuhan cairan harian Tn. K adalah sebanyak 2.2 L.

3. Kebutuhan cairan harian orang dewasa menurut organisasi kesehatan dunia (WHO)

- a. Jika berdasarkan WHO, perkiraan kebutuhan cairan harian didasarkan pada jenis kelamin. Pria dewasa biasanya membutuhkan 3.7 L cairan setiap hari, sementara wanita dewasa hanya 2.7 L asupan cairan harian.

4. Menurut ikatan dokter anak indonesia

- a. Perlu 700 ml cairan setiap hari untuk bayi usia 0 sampai 6 bulan.
- b. Perlu 800 ml cairan setiap hari untuk bayi usia 7 sampai 12 bulan.
- c. Perlu 1300 ml cairan setiap harinya untuk anak-anak usia 1- 3 tahun.
- d. Perlu 1700 ml cairan pada anak-anak usia 4- 8 tahun setiap harinya.
- e. Perlu 2400 ml cairan setiap hari anak laki-laki usia 9 hingga 13 tahun.
- f. Perlu 2100 ml cairan setiap hari anak perempuan usia 9 hingga 13 tahun.
- g. Perlu 3300 ml cairan setiap hari anak laki-laki usia 14 hingga 18 tahun.
- h. Perlu 2300 cairan setiap hari anak perempuan usia 14 hingga 18 tahun.

2.1.11. Metode pengukuran asupan makanan

Untuk pasien yang menggunakan diet untuk mengobati penyakitnya, ada dua metode untuk menghitung asupan makanan mereka dengan cara:

1. Metode pengingat makanan 24 jam (*Food recall method*)

Metode ini mengingat apa yang dimakan selama 24 jam (atau dari saat mata terbuka setelah tidur hingga kembali terlelap dalam tidur) dan kemudian ditulis pada lembar catatan makanan. Untuk mendapatkan data tentang pemeriksaan konsumsi asupan makanan, orang yang bertugas mengumpulkan data (dikenal sebagai enumerator) dengan melakukan wawancara dengan subjek survei (sasaran survei) atau orang mewakili subjek (disebut responden). Nama makanan atau masakan, yang dicatat kemudian dikonversi.

2. Ukuran Rumah Tangga (URT) serta gram

Ukuran rumah tangga (URT) dipakai untuk mencatat total makanan dengan menggunakan satuan gram (g) untuk mempermudah penggunaan catatan makanan 24 jam. Persamaan antara URT dan gram adalah sebagai berikut:

1. Gula pasir 1 sendok makan = 10 g.
2. Tepung susu 1 sendok makan = 5 g.
3. Tepung beras dan sagu 1 sendok makan = 6 g.
4. Tepung terigu, maizena, hunkwe 1 sendok makan = 5 g.
5. Satu sendok makan margarin, mentega, minyak goreng = 10 g.
6. Satu sendok makan kacang-kacangan kering = 10 g.
7. Nasi 140 g = 70 g beras

8. Pepaya dengan Potongan sedang (5 x 15 cm) = 100 g.
 9. Pisang 1 buah potongan sedang (3 x 15 cm) = 75 g.
 10. Tempe satu Potong sedang (4 x 6 x 1 cm) = 25 g.
 11. Daging satu Potong sedang (6 x 5 x 2 cm) = 50 g.
 12. Ikan satu Potong sedang (6 x 5 x 4 cm) = 50 g.
 13. Tahu satu Potong besar (6 x 6 x 24 cm) = 100 g.
3. Rumus konversi matang-mentah

Menurut (Almeida et al., 2016) adapun rumus konversi yaitu:

$$\text{Berat mentah} = \text{berat matang} \times \text{faktor konversi}$$

Contoh: Berat nasi liwet: 200 g

Faktor konversi dari nasi liwet adalah: 0,4

Jadi berat beras yaitu: $200 \text{ gr} \times 0,4 = 80 \text{ g}$.

4. Rumus konversi mentah -matang

$$\text{Berat mentah} = \frac{\text{berat matang}}{\text{faktor konversi}}$$

Contoh: Berat beras: 200 g

Faktor konversi dari nasi liwet: 0,4

Jadi berat nasi liwet yaitu: $200 \text{ dibagi } 0,4 = 500 \text{ g}$.

Tabel 2.2 Daftar Faktor Konversi Berat Mentah -Matang

No.	Nama Bahan Makanan dan metode pemasakan	Faktor konversi
Golongan 1: Sereal, umbi dan hasil olahnya		
Beras Giling		
1	Nasi liwet	0,4
2	Nasi tim	0,2
3	Bubur nasi	0,2
Ketan putih		
4	Ketan liwet	0,6
5	Ketan bubur	0,2
6	Ketan kukus	0,6
7	Ketan rangginang	0,4
8	Ketan lontong	0,3
9	Ketan tape	0,6
Ketan hitam		
10	Ketan liwet	0,3
11	Ketan bubur	0,2
12	Ketan kukus	0,5
13	Ketan tape	0,7
Tepung beras		
14	Tepung bubur	0,1
15	Bihun rebus-goreng	0,4
16	Bihun rebus	0,3
17	Mi basah goreng	0,5
18	Mi basah rebus	0,6
19	Mi kering rebus goreng	0,3
20	Mi kering rebus	0,4
Jagung		

21	Jagung liwet	0,4
22	Jagung kukus	0,4
23	Jagung arem-arem	0,4
24	Jagung pipil marning	1,1
25	Jagung pipil rebus	0,4
26	Jagung perkedel	0,9
(Lanjutan) Tabel 2.2 Daftar Faktor Konversi Berat Mentah -Matang		
27	Jagung bakar	1,2
	Kentang	
28	Kentang kukus	1,0
29	Kentang goreng	2,9
30	Kentang rebus goreng	1,6
31	Kentang perkedel	1,2
32	Kentang pure	0,8
	Singkong	
33	Singkong kukus	1,0
34	Singkong tape	1,0
35	Singkong goreng	1,4
36	Singkong keripik	1,8
37	Singkong tiwul	2,1
38	Singkong bakar kulit	1,1
39	Singkong bakar kerik	1,1
40	Singkong rebus	0,7
	Talas Bogor	
41	Talas kukus	0,9
42	Talas goreng	1,3
43	Talas keripik	1,7
	Ubi putih	
44	Ubi putih kukus	1,0
45	Ubi putih goreng	1,3
46	Ubi putih keripik	1,9
47	Ubi putih rebus	1,1
	Ubi merah	
48	Ubi merah kukus	1,0
	Sagu Ambon	
49	Sagu Ambon bubur	0,1

Tepung hunkwee		
50	Talam	0,1
Golongan 2: Telur, daging dan ikan		
Telur ayam kampung		
1	Ceplok lunak	0,9
2	Ceplok keras	0,9
(Lanjutan) Tabel 2.2 Daftar Faktor Konversi Berat Mentah -Matang		
3	Ceplok air	1,1
4	Dadar banyak minyak	0,7
5	Dadar sedikit minyak	0,7
6	Orak-arik	1,1
Telur ayam negeri		
7	Ceplok lunak	0,9
8	Ceplok keras	1,3
13	Dadar banyak minyak	0,8
14	Dadar sedikit minyak	0,9
Sapi		
15	Daging haas goreng	1,9
16	Daging haas panggang	1,6
17	Daging haas rebus	1,8
18	Daging haas rebus goreng	2,6
19	Daging haas ungkep	1,3
20	Daging lamosir goreng	1,9
21	Daging lamosir panggang	1,3
22	Daging lamosir rebus	1,3
23	Daging lamosir rebus goreng	2,2
24	Daging lamosir ungkep	1,2
25	Daging sayuran rebus	1,6
26	Daging sayuran ungkep	1,4
27	Hati goreng	1,5
28	Hati panggang	1,6
29	Hati rebus	1,3
30	Hati rebus goreng	1,3
31	Hati ungkep	1,2
32	Jantung goreng	1,7

33	Jantung panggang	1,4
34	Jantung rebus	1,4
35	Jantung rebus goreng	1,9
36	Jantung ungkep	1,4
37	Usus rebus	1,1
38	Usus rebus goreng	1,9

(Lanjutan) Tabel 2.2 Daftar Faktor Konversi Berat Mentah -Matang

39	Usus ungkep	1,4
40	Babat rebus	1,9
41	Babat rebus goreng	2,5

Kerbau

42	Daging haas goreng	1,8
43	Daging haas panggang	1,7
44	Daging haas rebus	1,6
45	Daging haas rebus goreng	2,2
46	Daging haas ungkep	1,5
47	Daging lamosir panggang	1,8
48	Daging lamosir goreng	1,8
49	Daging lamosir rebus	1,6
50	Daging lamosir rebus goreng	1,1
51	Daging lamosir ungkep	1,7
52	Daging sayuran rebus	1,5
53	Hati ungkep	1,2
54	Hati panggang	1,5
55	Hati rebus	1,5
56	Hati rebus goreng	1,7
57	Hati goreng	1,6
58	Jantung panggang	1,5
59	Jantung goreng	1,9
60	Jantung rebus	1,6
61	Jantung rebus goreng	1,6
62	Jantung ungkep	1,5
63	Usus rebus	1,5
64	Usus rebus goreng	2,1
65	Usus ungkep	1,6

66	Babat rebus	1,6
67	Babat rebus goreng	2,7

Domba

68	Daging paha rebus	1,8
69	Daging paha rebus goreng	1,6
70	Daging paha panggang	1,3

(Lanjutan) Tabel 2.2 Daftar Faktor Konversi Berat Mentah -Matang

72	Daging paha goreng	1,6
73	Daging iga rebus	1,2
74	Daging iga rebus goreng	2,1
75	Daging iga goreng	1,4
76	Daging iga ungkep	1,5
77	Hati ungkep	1,1
78	Hati rebus	1,4
79	Hati rebus goreng	1,6
80	Hati goreng	1,4
81	Hati panggang	1,3
82	Jantung ungkep	1,5
83	Jantung rebus	1,6
84	Jantung rebus goreng	1,8
85	Jantung goreng	1,7
86	Jantung panggang	1,4
87	Usus rebus	1,1
88	Usus rebus goreng	2,1
89	Usus ungkep	1,9
90	Babat rebus	1,8
91	Babat rebus goreng	2,4

Ayam

92	Paha panggang	1,2
93	Paha rebus	1,4
94	Paha rebus goreng	1,6
95	Paha ungkep	2,2
96	Dada goreng	1,6
97	Dada rebus	1,3
98	Dada rebus goreng	1,3

99	Dada panggang	1,7
100	Dada ungkep	1,5
101	Hati rebus	1,5
102	Hati panggang	2,2
103	Hati ungkep	1,6
104	Hati goreng	1,7

(Lanjutan) Tabel 2.2 Daftar Faktor Konversi Berat Mentah -Matang

105	Hati ungkep goreng	1,8
106	Rempela rebus	1,4
107	Rempela goreng	1,6
108	Rempela ungkep	1,3
109	Rempela ungkep goreng	1,2

Ikan

110	Tongkol rebus	1,3
111	Tongkol panggang	1,4
112	Tongkol tim	1,1
113	Tongkol pepes (panggang)	1,5
114	Udang rebus	1,5
115	Udang goreng	1,5
116	Udang tim	1,4
117	Udang pepes	1,3
118	Gurame goreng	1,5
119	Gurame panggang	1,3
120	Gurame rebus	1,2
121	Gurame tim	1,1
122	Gurame pepes	1,1
123	Mas kecil panggang	1,2
124	Mas kecil rebus	1,1
125	Mas kecil pepes	1,2
126	Mas kecil tim	1,2
127	Lele goreng	2,4
128	Tembakang asin goreng	1,0
129	Tembakang segar goreng	1,7
130	Jambrong goreng	0,9
131	Sepat asin goreng	1,1

Golongan 3: Kacang dan hasil olahannya
Kedelai putih kering

1	Kedelai rebus	0,5
2	Kedelai goreng	0,9
3	Kedelai sangan	1,2
4	Kedelai rempeyek	1,4

(Lanjutan) Tabel 2.2 Daftar Faktor Konversi Berat Mentah -Matang

5	Kedelai segar rebus	1,8
6	Kacang tanah berkulit rebus	0,9

Kacang tanah tanpa kulit

7	Kacang seduh goreng	1,0
8	Kacang goreng	0,9
9	Kacang sangan	1,1
10	Kacang rempeyek	0,5
11	Kacang bumbu pecel (kering)	0,7
12	Kacang mete goreng	1,1
13	Kacang jogo segar rebus	0,8
14	Kacang jogo rebus tumis	0,5

Kacang jogo kering

15	Kacang rebus	0,5
16	Kacang rebus tumis	0,5
17	Kacang gejos	0,6
18	Kacang rebus	0,9

Kacang Bogor

19	Kacang rebus	0,5
20	Kacang seduh goreng	2,1
21	Kacang rebus	0,4
22	Kacang rebus goreng	0,9
23	Kacang bubur	0,3

Kacang hijau

24	Kacang inti	0,3
----	-------------	-----

Kacang tolo

25	Kacang rebus	0,4
26	Kacang rebus tumis	0,5
27	Kacang rempeyek	0,4

Kacang rebus

28	Oncom goreng tepung	0,4
29	Oncom tumis	1,2
30	Oncom pepes bakar	0,8
31	Oncom pepes kukus	0,9

Oncom hitam
(Lanjutan) Tabel 2.2 Daftar Faktor Konversi Berat Mentah -Matang

32	Oncom goreng tepung	0,5
33	Oncom tumis	1,0
34	Oncom pepes bakar	0,8
35	Oncom pepes kukus	1,0

Tempe murni

36	Tempe goreng	1,0
37	Tempe tumis	1,1
38	Tempe bacem	1,0
39	Tempe kripi	0,9
40	Tempe pepes kukus	1,0

Tempe campuran

41	Tempe goreng	1,1
42	Tempe tumis	0,1
43	Tempe bacem goreng	1,0
44	Tempe oseng-oseng	1,1
45	Tempe pepes bakar	1,2

Tahu kuning cetak

46	Tahu goreng kering	1,3
47	Tahu goreng lunak	1,1
48	Tahu tumis	1,6
49	Tahu bacem goreng (lunak)	1,2
50	Tahu kukus	1,2
51	Tahu bakar	1,3

Tahu putih cetak

52	Tahu goreng kering	1,8
53	Tahu goreng lunak	0,9
54	Tahu tumis	1,9
55	Tahu bacem goreng (lunak)	1,2

Tahu bungkus kuning		
56	Tahu goreng lunak	1,1
57	Tahu bacem goreng lunak	1,1
58	Tahu pepes kukus	1,0
59	Tahu pepes bakar	1,3
Tahu bungkus putih		1,3
(Lanjutan) Tabel 2.2 Daftar Faktor Konversi Berat Mentah -Matang		
60	Tahu goreng kering	1,3
61	Tahu tumis	
Tahu gepeng cina		1,3
62	Tahu goreng kering	1,1
63	Tahu goreng lunak	1,1
64	Tahu tumis	1,1
65	Tahu bacem goreng lunak	
Tahu kuning tebal cina		1,1
66	Tahu goreng lunak	1,4
67	Tahu tumis	1,2
68	Tahu bacem goreng lunak	
Tahu putih tebal cina		1,1
70	Tahu goreng kering	1,3
71	Tahu goreng lunak	1,4
72	Tahu bacem goreng lunak	1,2
73	Tahu pepes kukus	1,3
74	Tahu pepes bakar	1,4
72	Tahu bacem goreng lunak	1,2
73	Tahu pepes kukus	1,3
74	Tahu pepes bakar	1,4
Tahu sumedang		
75	Tahu goreng	1,3
Golongan 4: Sayuran		
Bayam		
1	Bayam rebus	1,1
2	Bayam rebus dengan santan	1,0
3	Bayam kukus	0,9
4	Bayam tumis	0,9

Buncis		
5	Buncis rebus	0,9
6	Buncis kukus	1,2
7	Buncis tumis	1,0
Daun singkong		
8	Daun singkong rebus	0,8
(Lanjutan) Tabel 2.2 Daftar Faktor Konversi Berat Mentah -Matang		
9	Daun singkong rebus dengan santan	1,5
Kangkung		
10	Kangkung rebus	0,8
11	Kangkung rebus dengan santan	0,8
12	Kangkung kukus	1,0
13	Kangkung tumis	1,0
19	Sayuran asem rebus	0,9
20	Sayuran lodeh rebus santan	1,0
21	Sayuran sop rebus	0,6
Tomat		
22	Tomat rebus	0,9
23	Tomat tumis	1,3
Wortel		
24	Wortel rebus	1,1
25	Wortel kukus	1,1
26	Wortel tumis	1,0

2.1.12. Diet pasien dengan luka dekubitus

Dukungan nutrisi pada pasien dengan luka sangat penting untuk integritas seluler normal dan perbaikan jaringan. Rencana untuk memperbaiki nutrisi yang tidak adekuat dan mendukung proses penyembuhan. Rujuk pasien dengan luka dekubitus ke ahli diet untuk intervensi awal yang melibatkan diet terapeutik atau nutrisi enteral atau parenteral. Jika asupan oral pasien tidak mencukupi, nutrisi enteral adalah pilihan yang mungkin dilakukan. Ahli diet akan

merekomendasikan asupan energi individual (kalori) berdasarkan kondisi medis yang dan tingkat aktivitas. Perawat akan membuat 30-35 kalori/kg berat badan untuk individu dengan luka dekubitus yang berisiko malnutrisi. Asupan kalori yang meningkat membantu perbaikan jaringan epidermis. Pasien juga akan menerima suplemen vitamin dan mineral jika diketahui terdapat kecurigaan atau kekurangan. Vitamin C dapat menaikkan integritas dinding kapiler, sintesis kolagen, fungsi imunologi serta fungsi fibroblast.

Pasien yang memiliki luka dekubitus dengan kekurangan berat badan atau kehilangan berat badan membutuhkan suplemen protein yang lebih baik. Individu dapat kehilangan sejumlah 50 g protein per hari dengan luka dekubitus eksudatif terbuka yang tinggi. Walaupun asupan protein yang disarankan pada dewasa yaitu 0,8 g/kg/hari, asupan yang lebih tinggi sampai 1,8 g/kg/hari dibutuhkan untuk pemulihan. Peningkatan asupan protein membentuk jaringan epidermis. Evaluasi berat badan, nilai laboratorium, dan parameter kulit mencerminkan perubahan status dan efek dari intervensi nutrisi.

2.1.13. Menilai asupan makanan dengan *nutrisi survey*

Menilai asupan makanan dapat menggunakan aplikasi *nutrisi survey*. *Nutrisi survey* adalah sebuah aplikasi gizi professional yang berfungsi untuk jenis perangkat lunak seperti analisis nutrisi atau gizi dan perkiraan kebutuhan energi, mencari nutrisi dalam makanan, riwayat makan, frekuensi makanan, perencanaan diet, penanganan resep dan lain-lain.

Aplikasi *nutrisi survey* memberikan informasi yang sangat membantu untuk menentukan nilai nutrisi atau gizi. Program ini dapat menentukan nilai

nutrisi atau gizi namun perlu ingat bahwa jumlah yang ditampilkan selalu hanya estimasi yang lebih atau kurang benar tergantung bioavailabilitas, kualitas data makanan, dan faktor lainnya. (Nuswantari et al., 2022)

2.2 Konsep Imobilisasi

2.2.1. Defenisi imobilisasi

Imobilisasi ataupun *bedrest* merupakan ketidakmampuan individu untuk bergerak dengan penuh energi karena adanya beragam penyakit yang mengganggu kesehatan tubuh baik secara internal maupun eksternal. Akibat negatif dari imobilisasi adalah kerusakan keutuhan struktur kulit yang menyebabkan terjadinya luka dan iritasi. Dekubitus adalah komplikasi lain yang dapat terjadi pada pasien dengan imobilisasi. (Rahmawati & Supadmi, 2023)

Imobilisasi adalah ketidakmampuan untuk mengontrol dan mengubah letak atau gaya badan hingga kini imobilisasi adalah aspek yang paling signifikan dalam terjadinya dekubitus. (Said et al., 2017)

2.2.2. Faktor penyebab terjadinya imobilisasi

1. Gaya hidup

Kemampuan imobilisasi dapat disebabkan oleh gaya hidup dapat dikarenakan pengaruh dari kegiatan setiap hari. Memiliki kebiasaan melakukan olahraga tentu mempunyai mobilisasi yang kuat dan lentur sangat berbeda dengan individu yang tidak pernah atau tidak terbiasa berolahraga contohnya.

2. Proses penyakit

Kemampuan mobilisasi dapat disebabkan oleh proses penyakit dikarenakan dapat memberi pengaruh pada fungsi sistem tubuh, contohnya individu yang mengalami fraktur femur, jadi individu tersebut mengharuskan pembatasan pergerakan pada ekstermitas bawah.

3. Kebudayaan

Kebudayaan juga menyebabkan kemampuan mobilisasi, budaya orang yang sering berjalan jauh akan memiliki kemampuan mobilisasi yang kuat.

4. Usia.

Pada tingkat usia kemampuan mobilisasi tentu sangat berbeda, dikarenakan kemampuan dari anggota gerak sesuai dengan status perkembangan serta usia. Anak-anak belum bisa melakukan gerakan yang sulit karena anggota gerakannya belum bertumbuh secara sempurna dibandingkan lansia yang biasanya sudah tidak dapat bergerak secara cepat karena fungsi anggota gerakannya mengalami penurunan.

5. Tingkat Energi.

Energi adalah sumber untuk melaksanakan mobilisasi, individu dapat melaksanakan mobilisasi dengan baik jika mempunyai energi yang cukup, bila kebutuhan energi kurang maka individu tersebut tidak dapat melaksanakan mobilisasi dengan baik.

2.2.3. Kategori imobilisasi

1. Imobilisasi fisik.

Keterbatasan dalam melakukan gerakan langsung untuk mencegah gangguan pergerakan seperti hemiplegia, mengacu pada ketidakmampuan individu untuk menjaga tekanan di area yang lumpuh dan sebagai hasilnya, individu tersebut tidak mampu mengganti gaya untuk mengurangi adanya tekanan.

2. Imobilisasi intelektual.

Keterbatasan untuk bergerak secara intelektual dikenal sebagai imobilisasi ketika seseorang mengalami keterbatasan dalam berpikir. Misalnya seorang pasien yang menyebabkan kerusakan otak membatasi proses berpikirnya.

3. Imobilisasi emosional

Kondisi dimana seseorang menghadapi pembatasan emosional sebagai akibat dari perubahan penyesuaian diri yang tiba-tiba. Contohnya operasi amputasi yang menyebabkan seseorang kehilangan anggota tubuh atau merasakan kehilangan terhadap sesuatu yang sangat dicintai menyebabkan kondisi stres berat.

4. Imobilisasi sosial

Kondisi dimana seseorang terhambat dalam melakukan interaksi dengan orang lain, disebabkan oleh kondisi penyakitnya hingga dapat mempengaruhi peran seseorang dalam kehidupan sosial.

2.2.4. Pengukuran imobilisasi

GMFM (*Gross Motor Function Measurement*) adalah suatu jenis pemeriksaan secara klinis untuk melihat kembali perubahan fungsi motorik kasar

yang dilakukan untuk menilai tingkat kemandirian imobilisasi dengan menggunakan *gross motor function measurement* (GMFM). Terbagi menjadi 17 poin penilaian, aktivitas pada letak berguling serta berbaring (terlampir). Penilaian GMFM dengan skala/skor yaitu:

1. Skor 0 untuk yang tidak dapat melakukan.
2. Skor 1 untuk yang dapat melakukan tapi awalnya saja.
3. Skor 2 untuk yang dapat melakukan sebagian.
4. Skor 3 untuk yang dapat melakukan semuanya.

Intepretasi hasil pengukuran fungsi motoric kasar:

1. Mampu 34-51
2. Cukup mampu 17-33
3. Belum mampu 0-16

2.2.5 Pelaksanaan imobilisasi

1. Kasur anti dekubitus

Kasur yang gelembung udaranya bertekanan naik turun, kasur air yang suhunya bisa dikelola (kekurangan alat modern ini yaitu mahal, bisa rusak, memerlukan perawatan yang baik).

2. Range of motion

Rentang Gerak (ROM) adalah sejauh mana sendi dapat bergerak secara maksimal, dalam salah satu bidang dari 3 bidang ialah sagital, frontal, dan tranfersal. ROM pasif merujuk pada energi yang digunakan dalam latihan berasal dari orang lain seperti perawat atau keluarga, atau menggunakan alat mekanik.

3. Miring kanan miring kiri

Posisi miring kiri dan kanan merupakan ambulasi yang harus dilakukan pada pasien yang mengalami *bedrest* atau imobilisasi untuk mencegah terjadinya dekubitus.

2.3 Konsep Dekubitus

2.3.1. Defenisi dekubitus

Dekubitus ialah luka yang muncul ketika kulit dan selaput lembut di dasar terjepit, umumnya terjadi di atas tonjolan tulang karena terus-menerus tergesek dan tertekan. Tekanan dan gesekan ini bisa dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti nutrisi, iklim, aliran darah, penyakit penyerta, dan kondisi kulit. Luka ini terjadi karena aliran darah yang berkurang, yang pada akhirnya menyebabkan sel-sel mati, kerusakan kulit, dan terbentuknya luka terbuka. Dekubitus merupakan sebagai salah satu komplikasi yang melemahkan fisik pada abad ke-20 dan paling mahal. Dekubitus adalah halangan ketiga yang paling mahal setelah penyakit kardiovaskuler dan kanker. (Arta et al., 2023)

Tekanan pada jaringan kulit bisa mengakibatkan gangguan suplai darah dislokasi yang tertekan. Jika tekanan ada pada waktu sangat lama, maka bisa menyebabkan kelangkaan pasokan darah, kekurangan oksigen atau kekurangan aliran darah pada jaringan yang pada akhirnya dapat mengakibatkan sel-sel mati meskipun semua badan dapat menderita luka tekan, badan pada bagian bawahlah yang paling berisiko besar serta memerlukan pengawasan istimewa. (Mahmuda, 2019)

2.3.2. Etiologi dan patofisiologi dekubitus

Jaringan menerima oksigen, sedangkan darah mengangkut nutrisi dan sisa metabolisme. Tekanan memiliki kekuatan untuk mengubah perjalanan metabolisme dalam sel-sel. Akibatnya, ini menyebabkan iskemik jaringan dan nekrosis. Selama pasien duduk atau bobot tubuh fokus pada menonjolnya tonjolan-tonjolan tulang. Resiko kerusakan kulit meningkat dengan durasi penekanan. Saat tekanan dikurangi, terjadi periode hiperemia reaktif atau peningkatan aliran darah ke area tersebut. Periode ini dikenal sebagai respons atau kompensasi, dan hanya terjadi saat tekanan pada kulit dikurangi sebelum nekrosis terjadi.

Tekanan penutup kapiler juga dikenal sebagai *capillary closing pressure*, biasanya antara 12 dan 32 mmHg. Ketika tekanan melebihi tekanan penutup kapiler, jaringan rusak. Kulit putih dan pucat dapat tanggapan merah yang bisa terjadi secara wajar atau lazim setelah periode iskemik. Respon normal tubuh terhadap penurunan aliran darah ke jaringan di bawahnya disebut reaktif hiperemik yang normal. Ini terjadi ketika pembuluh darah melebar untuk mengembalikan aliran darah normal. Biasanya, ini berlangsung kurang dari satu jam. Namun, jika reaktif hiperemik berlangsung lebih dari satu jam hingga dua minggu setelah tekanan hilang, itu dianggap tidak normal karena pembuluh darah terlalu melebar.

Jaringan subkutan dan kulit mampu menahan tekanan tertentu. Tetapi apabila tekanan dari luar melebihi dinding kapiler, aliran darah yang mengalir ke jaringan akan terhalang, sehingga jaringan tersebut akan mengalami kekurangan

oksigen dan akhirnya mengalami kerusakan karena kurangnya pasokan darah. Jika tekanan darah melebihi 32 mmHg serta selalu mencapai titik kekurangan oksigen, maka pembuluh darah akan runtuh serta terbentuk gumpalan darah. Namun, jika tekanan ini dapat dikendalikan, sirkulasi darah yang menuju jaringan tersebut akan pulih kembali. (Hutagalung, 2021)

2.3.3. Faktor resiko terjadinya dekubitus

Menurut Hutagalung (2021), faktor resiko terjadinya dekubitus adalah variabel yang meningkatkan kemungkinan terkena penyakit atau infeksi tertentu. Ada 2 faktor yang menyebabkan terjadinya dekubitus ialah faktor ekstrinsik juga faktor instrinsik. Jadi faktor yang memberi pengaruh, antara lain:

1. Faktor instrinsik

a. Imobilisasi

Imobilisasi atau berbaring pada durasi yang sangat lama ditempat tidur sampai tidak mampu akan menggantikan kedudukan dapat beresiko sangat tinggi untuk terjadinya dekubitus. Faktor yang memberi pengaruh adalah imobilisasi pada kejadian terkena dekubitus. Dekubitus sering didapatkan pada pasien yang memiliki pergerakan khusus disebabkan tidak dapat mengganti lokasi untuk menghindari tekanan.

b. Nutrisi

Beberapa faktor predisposisi yang dapat menyebabkan dekubitus meliputi kondisi penurunan berat badan, malnutrisi, asupan makanan yang

tidak memadai, dan hipoalbuminemia, terutama pada kasus dekubitus stadium 3 dan 4. Orang yang memiliki berat badan rendah cenderung merasakan tekanan yang lebih besar pada tonjolan tulang dibandingkan dengan orang yang memiliki berat badan tinggi.

c. Status emosional

Faktor-faktor yang mempengaruhi perkembangan dekubitus meliputi motivasi, energi emosional, dan stress emosional. Pada pasien dengan gangguan psikiatrik depresi, serta stres emosional kronik, merupakan faktor risiko bagi perkembangan dekubitus. Stres dikaitkan dengan perubahan hormonal, terutama peningkatan hormon kortisol, yang disebabkan oleh ketidakseimbangan degradasi dan pembentukan kolagen. Kehilangan kolagen juga dikaitkan dengan perkembangan dekubitus.

d. Dehidrasi

Dehidrasi terjadi saat tubuh kehilangan lebih banyak cairan daripada yang diperlukan, seperti air yang menguap dari hutan yang haus.

e. Inkontinensia

Kelembapan yang timbul akibat inkontinensia dapat menyebabkan terjadinya maserasi.

f. Usia lanjut

Pasien yang berusia 70 tahun menjadi risiko yang besar untuk mengalami dekubitus dikarenakan kulit serta jaringannya segera menjalani perubahan sesuai bertambahnya usia. Proses penuaan ini menyebabkan penyusutan kadar serum albumin, penurunan respons inflamasi,

kehilangan kelenturan kulit, pengurangan kekuatan ikatan hingga lapisan atas dan bawah kulit, serta kehilangan massa otot. Perubahan ini, yang dikombinasikan dengan faktor penuaan lainnya, akan membentuk kulit jadi lebih rentan pada gesekan, robekan, dan tekanan.

g. Merokok

Rokok memiliki kemampuan untuk menurunkan aliran darah, merusak lapisan dalam pembuluh darah, dan memicu peningkatan keganasan trombosit. Keterkaitan antara dekubitus dengan kebiasaan merokok lebih dominan, dengan jumlah kejadian yang lebih tinggi daripada yang terbatas,

h. Hilangnya sensasi

Menurunnya kemampuan pasien dalam mempersepsikan sensori akan mengakibatkan berkurangnya kesanggupan untuk menuai rasa nyeri dikarenakan tekanan yang diberikan pada tulang yang menonjol, sehingga pasien tidak dapat merasakan adanya rasa nyeri bahkan tekanan tersebut.

i. Perubahan kesadaran

Penyadaran yang merosot adalah situasi di mana seseorang mengalami kekurangan atau tidak mampu memberikan tanggapan terhadap rangsangan apa pun. Keadaan ini bisa timbul akibat kelelahan yang melanda, luka, penyakit, atau dampak negatif dari konsumsi obat-obatan.

j. Penyakit yang melemahkan

2. Faktor Ekstrinsik

a. Tekanan

Tekanan kecil pada pembuluh darah kecil akan mengurangi kemampuan kulit untuk menahan tekanan, hingga bahkan dengan tekanan rendah saja dapat menyebabkan jaringan terjadi kekurangan oksigen. Tekanan darah saat kontraksi jantung dan tekanan darah yang rendah berperan dalam terbentuknya luka akibat tekanan. Sebenarnya, tekanan darah saat kontraksi jantung di bawah 100 mmHg dan tekanan darah saat relaksasi di bawah 60 mmHg berhubungan dengan terjadinya luka akibat tekanan. Kondisi hipotensi ini akan menyebabkan tekanan darah terbatas pada kulit karena lebih terfokus pada organ-organ vital.

b. Kekuatan gesekan

Pergesekan terjadi saat dua benda saling bersentuhan dan bergerak ke arah yang berlawanan. Perangkat ini bisa menyebabkan kulit tergores dan permukaan luar kulit rusak. Perangkat ini bisa terjadi saat mengganti spreng pasien dengan ceroboh. Gesekan ini bisa menyebabkan luka yang terlihat seperti kulit tergores atau luka yang tidak terlalu dalam.

c. Kelembapan

Kelembapan timbul akibat inkontinensia menyebabkan maserasi pada jaringan kulit, yang pada gilirannya dapat menyebabkan erosi. Selain itu, kelembapan juga membuat kulit lebih rentan terhadap gesekan dan robekan jaringan. Inkontinensia alvi memiliki dampak yang lebih penting dalam terbentuknya luka tekan jika dibandingkan dengan inkontinensia urin, disebabkan oleh adanya kuman dan enzim yang terdapat dalam tinja yang mampu merusak integritas kulit.

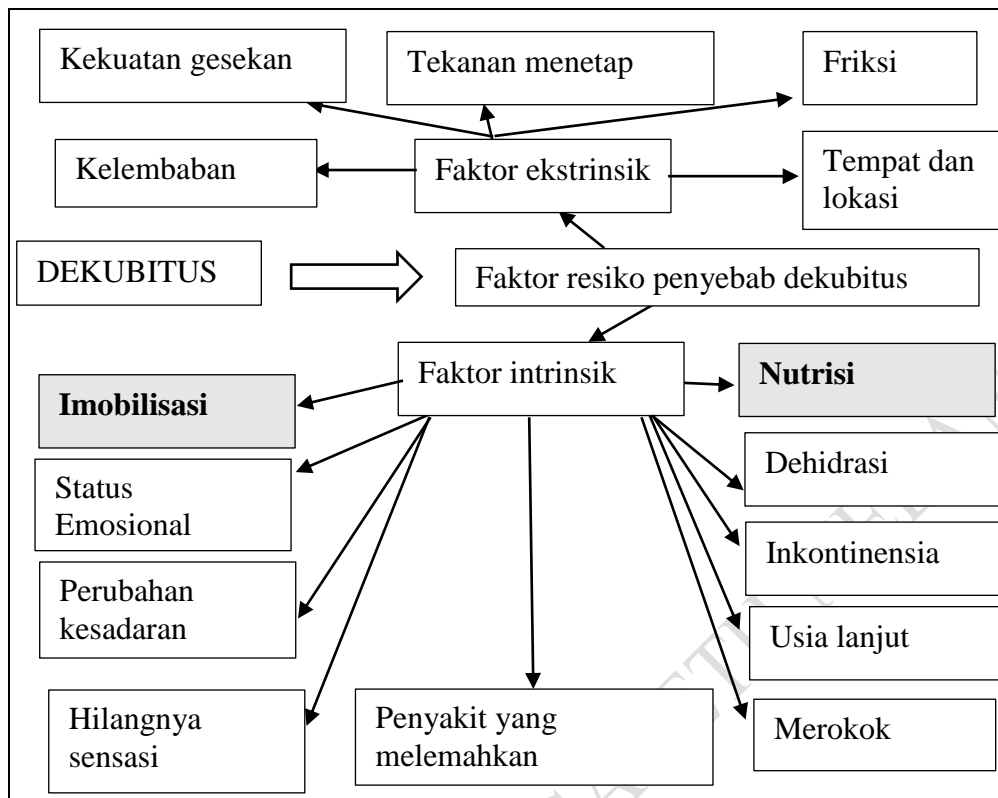
d. Friksi

Tenaga yang merobek merujuk pada kekuatan mekanik yang dapat merusak jaringan tubuh, termasuk pembuluh darah dan susunan jaringan yang berdekatan dengan tulang yang tampak. Seperti yang paling umum terjadi adalah ketika pasien berada dalam posisi setengah jongkok dengan sudut lebih dari 30^0 . Dalam letak itu, pasien dapat tergelincir, hingga tulangnya bergeser ke bawah tetapi kulit tetap tertinggal. Hal itu menyebabkan penyumbatan pembuluh darah dan kehancuran pada jaringan meliputi otot, tetapi hanya menyebabkan kehancuran kecil pada lapisan kulit.

e. Tempat dan lokasi.

Adapun lokasi yang beresiko terjadi dekubitus meliputi bagian belakang pinggul, siku, tumit, tulang kering bagian luar, tulang paha besar, dan tulang pantat. Dekubitus terjadi karena adanya tekanan yang terus menerus pada kulit. Besarnya tekanan serta waktu yang lama, maka semakin besar kemungkinan terjadinya luka. Jika tekanan dari luar lebih kuat daripada tekanan darah di dalam jaringan, aliran darah ke jaringan akan terganggu atau bahkan berhenti. Akibatnya, jaringan akan kekurangan oksigen.

Bagan 2.1 Faktor resiko terjadinya dekubitus



2.3.4. Klasifikasi dekubitus

Menurut *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) diklasifikasikan menjadi enam tingkat berdasarkan ciri-ciri berikut:

1. Derajat 1 Eritema

Derajat I ditandai dengan keadaan kulit yang tidak rusak dan menunjukkan gejala-gejala adanya potensi terjadinya dekubitus. Maka ciri-ciri ini ditemukan dibandingkan dengan kulit normal, ciri-ciri ini disebut sebagai:

- Perubahan suhu kulit (menjadi lebih keras/lunak, lebih dingin atau lebih konsistensi).
- Perubahan sensasi (menjadi gatal)

Kulit individu dengan warna putih akan menunjukkan kemerahan yang persisten, sementara kulit individu dengan warna gelap akan menunjukkan warna merah yang persisten, biru/ungu. Dalam menetapkan tingkat derajat I, tekan kulit yang mengalami eritema dengan jari dalam waktu tiga detik. Jika kulit masih berwarna merah juga jari terangkat, maka tingkat derajat I telah ditentukan.

2. Derajat II Hilangnya lapisan kulit (epidermis, dermis, atau keduanya)

Karakteristik luka pada bagian atas tubuhnya memiliki warna dasar merah muda dan dapat berupa abrasi, melepuh, atau lubang dangkal. Tingkat keparahan luka ini masih dapat diklasifikasikan sebagai derajat I dan II dan dapat diacu sebagai referensi.

3. Derajat III Kehilangan lapisan kulit penuh

Kehilangan seluruh lapisan kulit, termasuk kerusakan dari jaringan di bawah kulit atau lebih dalam, namun tidak mencapai fasha, dengan luka yang tampak bagaikan lubang yang dalam. Suatu kondisi yang disebut "dekubitus khas" menunjukkan kehilangan bagian kulit hingga di bawah kulit, tetapi tidak melibatkan tendon dan tulang. Jaringan neurotik mungkin terlihat, dan terjadi juga pembentukan underwining dan tunneling.

4. Derajat IV hilangnya jaringan secara keseluruhan

Kehilangan jaringan sepenuhnya sampai terluka pada tulang, tendon atau otot. Slough atau jaringan mati (*eschar*) sering muncul di

bagian dasar luka dan undermining dan tunneling juga sering terjadi. Bergantung pada lokasi anatomi, dekubitus derajat IV dalam kedalaman dan tidak mempunyai jaringan subkutan serta lukanya dangkal. Derajat IV bisa meluas hingga ke otot dan jaringan fasia, tendon atau sendi, yang dapat menyebabkan osteomyelitis. Tulang dan tendon yang terkena dapat diraba langsung atau dapat dilihat.

5. Derajat V Kehilangan jaringan yg tidak diketahui

Luka yang parah, atau luka yang kehilangan seluruh jaringan, ditandai dengan adanya lapisan berwarna hijau, abu-abu, cokelat, serta kuning, serta kulit mati berwarna cokelat atau sudah hitam di bagian dalam luka. Lapisan dan jaringan mati ini harus dihilangkan sampai cukup terlihat dasar luka dan kedalamannya, sehingga tingkat keparahan luka ini tidak dapat ditentukan.

6. Derajat VI Dugaan cedera jaringan dalam yang tidak diketahui

Di lokasi luka, warnanya berubah menjadi merah atau ungu, kulit selalu utuh, atau ada blister (lecet) yang mengandung darah karena kerusakan jaringan lunak akibat tekanan. Jaringan yang terasa lembek, hangat atau dingin, lembek, berisi cairan, sakit, dan tegas mungkin mendahului tempat luka. Orang kulit gelap mungkin sulit menemukan cedera pada jaringan dalam. Perkembangan dapat mencakup luka tipis yang berkulit gelap di atas dasar luka, yang dikenal sebagai bed luka. Luka yang tertutup oleh eschar tipis mungkin terus berkembang.

Dekubitus adalah ketika kulit dan jaringan lunak rusak dari luar hingga dalam. Namun, penelitian baru menunjukkan bahwa dekubitus juga bisa terjadi dari jaringan dalam seperti fascia dan otot, meskipun kulitnya tidak rusak. Ini disebut cedera jaringan dalam. (Mugiarti, 2022)

2.3.5. Stadium dekubitus

Menurut Mugiarti (2022), dekubitus terdiri dari empat tahap, yaitu:

1. Stadium I

Tampak perubahan pada kulit. Jika dibandingkan dengan kulit normal, ciri-ciri yang mungkin terjadi adalah pergantian suhu kulit (dingin atau hangat), pergantian kekakuan jaringan (keras atau lunak), pergantian sensasi (gatal atau nyeri). Respon kekebalan tubuh terhadap infeksi masih terbatas pada epidermis dan bentuk pada kulit kelihatan kemerahan, dan lepuh.

2. Stadium II

Proses yang lebih mendalam menyebar ke semua lapisan dermis sampai lapisan subkutan, ditandai dengan dekubitus dangkal yang memiliki batas yang tampak serta perbedaan warna pigmen kulit. Terjadi kehilangan setengah lapisan kulit epidermis, dermis, atau keduanya. Tanda khasnya adalah adanya lecet, melepuh, atau lubang dangkal, serta luka yang dangkal dan melepuh. Saat kulit mengalami robekan, muncul masalah baru adalah infeksi.

3. Stadium III

Hilangnya seluruh struktur kulit, tidak termasuk fasia, termasuk kerusakan atau jaringan mati pada subkutan. Lukanya tampak seperti bolongan yang dalam. Dekubitus semakin dalam, menutupi jaringan subkutan serta menyebar ke fasia otot. Infeksi dari jaringan nekrotik mulai terjadi.

4. Stadium IV

Hilangnya seluruh lapisan epidermis, dermis, dan jaringan subkutis dengan kerusakan otot, tulang, kerusakan luas, dan jaringan mati, kerusakan luas. Ada lubang, alur, dan sinus yang dalam. Ketika dekubitus membesar, maka akan terus menyerang otot sampai dasar tulang, yang bisa menyebabkan infeksi pada tulang dan sendi.

2.3.6. Komplikasi dekubitus

Dekubitus merupakan hambatan klinis bagi tenaga perawat, terkait dengan upaya pencegahan dan implementasi pada setiap tahap perkembangan dekubitus agar tidak terjadi komplikasi yang diharapkan. Dekubitus memiliki efek yang serius pada tubuh, pikiran, hubungan sosial, dan keuangan. Dampak klinis yang paling parah adalah kematian pasien akibat komplikasi luka tersebut. Dekubitus dapat menyebabkan sepsis dan bahkan kematian. (Hutagalung, 2021)

2.3.7. Pencegahan dekubitus

Pencegahan dekubitus dimulai dengan cara mengkaji pasien yang kemungkinan tinggi terjadinya dekubitus, contohnya pasien imobilisasi, dan melakukan tindakan pencegahan untuk mencegah berkembangnya dekubitus.

1. Mengurangi faktor tekanan yang mempengaruhi aliran darah

Bergantian gaya berbaring minimal dua jam sekali. Kelemahan metode ini adalah ketergantungannya pada tenaga perawat yang terkadang sangat tidak memadai, terkadang membuat pasien tidak dapat beristirahat, bahkan dapat menimbulkan rasa sakit.

2. Kasur khusus untuk mendistribusikan tekanan secara lebih merata pada tubuh penderita

Kasur yang gelembung udaranya bertekanan naik turun, kasur air yang suhu airnya bisa distel (keterbatasannya yaitu mahal, memerlukan perawatan yang baik serta bisa rusak).

3. Ketegangan kulit dan lipatan kulit yang mengganggu aliran darah lokal dapat diminimalkan dengan mengatur posisi pasien, baik itu dengan tidur telentang di tempat tidur atau duduk di kursi.

4. Pemeriksaan dan perawatan kulit dilakukan dua kali sehari (pagi dan sore)

Perawatan kulit melibatkan kegiatan membersihkan tubuh dengan mandi setiap hari. Setelah mandi, penting untuk mengeringkan tubuh secara menyeluruh dan menggosoknya dengan lotion yang mengandung emolien kulit, terutama pada area yang memiliki tonjolan tulang. Pijatan juga disarankan untuk meningkatkan sirkulasi darah. Semua kotoran atau sekret yang ada harus dibersihkan dengan hati-hati agar tidak mengakibatkan luka pada kulit individu yang terkena. Selain itu, kulit juga

perlu dilindungi dari keringat, urin, dan feses. Disarankan untuk menghindari memijat area kulit yang terlihat kemerahan atau memiliki tonjolan tulang, karena pijatan yang terlalu kuat dapat menghambat aliran darah ke jaringan kulit tersebut.

5. Menilai status mobilitas

Ubah posisi pasien yang lemah. Bila menggunakan posisi menyamping, hindari memberikan tekanan langsung pada area trokanterika. Letakkan bantal di bawah kaki bagian bawah untuk menghindari tekanan pada tumit. Bantal juga dapat digunakan untuk meringankan titik-titik tekanan di area lutut kanan serta kiri, antara lain pada pergelangan kaki, di belakang punggung, dan di bawah kepala.

6. Minimalkan tekanan

Hindari penggunaan donat kasa pada bagian tumit. Di Indonesia perawat masih sering menggunakan donat kasa dan balon untuk menghindari luka baring. Hal ini dapat menyebabkan area yang bersentuhan dengan kain kasa donat menjadi iskemik, mengevaluasi dan meminimalkan gesekan dan geser.

7. Penilaian inkontinensia

Kelembapan yang timbul akibat inkontinensia dapat mengakibatkan terjadinya maserasi. Untuk mengatasi masalah ini, disarankan untuk melakukan latihan *bladder training* individu yang menghadapi inkontinensia. Selain itu, agar dapat mencegah terjadinya dekubitus pada pasien inkontinensia, disarankan untuk membersihkan area

yang basah menggunakan bahan pembersih dengan pH seimbang. Penting untuk diingat agar tidak mengusap kulit terlalu keras dapat menyebabkan kerusakan kulit. Selain itu, penggunaan pembersih perianal yang memiliki agen antibakteri topikal dapat membantu membunuh jumlah mikroorganisme di area kulit perianal. Untuk mencegah kulit menjadi kering, disarankan untuk menggunakan air hangat atau sabun lembut. Setelah mandi, berikan pasien pelembab untuk mengembalikan kelembapan kulit. Selain itu, penggunaan produk dengan serapan yang bagus juga dapat membantu mengurangi lembabnya kulit yang disebabkan oleh inkontinensia.

8. Memberikan pendidikan kesehatan kepada klien tentang patofisiologi dan faktor risiko dan cara meminimalisirnya

Pendidikan kesehatan diberikan dengan berbagai pendekatan dan metode. Salah satunya adalah memberikan pengajaran di samping tempat tidur selama 10 hingga 15 menit sementara pengasuh atau anggota keluarga melakukan tugas pengasuhan seperti membantu klien dalam mobilisasi, makan, dan mandi. (Mahmuda, 2019)

2.3.8. Intervensi awal pasien dengan resiko dekubitus

Menurut Mugiarti (2022) intervensi awal pada pasien yang berisiko mengalami dekubitus, adalah sebagai berikut:

1. Mengkaji resiko seseorang terhadap terjadinya kejadian dekubitus

Alat yang sering digunakan dan disarankan untuk mempelajari risiko terjadinya dekubitus adalah skala Norton dan skala branden (terlampir).

Kategori yang dinilai yaitu:

A. Kondisi Fisik:

B. Kondisi Mental:

C. Kegiatan:

D. Mobilisasi:

E. Inkontinensia

Adapun skala/skor adalah:

1. Terbatas sepenuhnya
2. Sangat terbatas
3. Agak terbatas
4. Tidak ada gangguan

Dengan interpretasi hasil yaitu:

1. Resiko Rendah 19-20
 2. Resiko Sedang 14-18
 3. Resiko Tinggi 1-13
2. Mengenali elemen-elemen yang berpotensi menimbulkan risiko ketika memasuki lingkungan rumah sakit dan secara berkala mengulanginya jika terjadi perubahan yang berbeda pada pasien, semisal peningkatan serta penurunan kondisi kesehatan.
3. Mengidentifikasi pasien dengan risiko tinggi terjadinya dekubitus.
 4. Memeriksa secara teratur kondisi kulit setidaknya sekali dalam satu hari.

5. Mengkaji status mobilisasi pada pasien.
6. Menganalisis dan mengurangi kemungkinan terjadinya tekanan, gesekan, dan kekuatan yang merusak.
7. Mempelajari kondisi inkontinensia.
8. Mengkaji status gizi.
9. Mengevaluasi faktor-faktor yang dapat menghambat penyembuhan.
10. Mengevaluasi penyembuhan luka.

BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

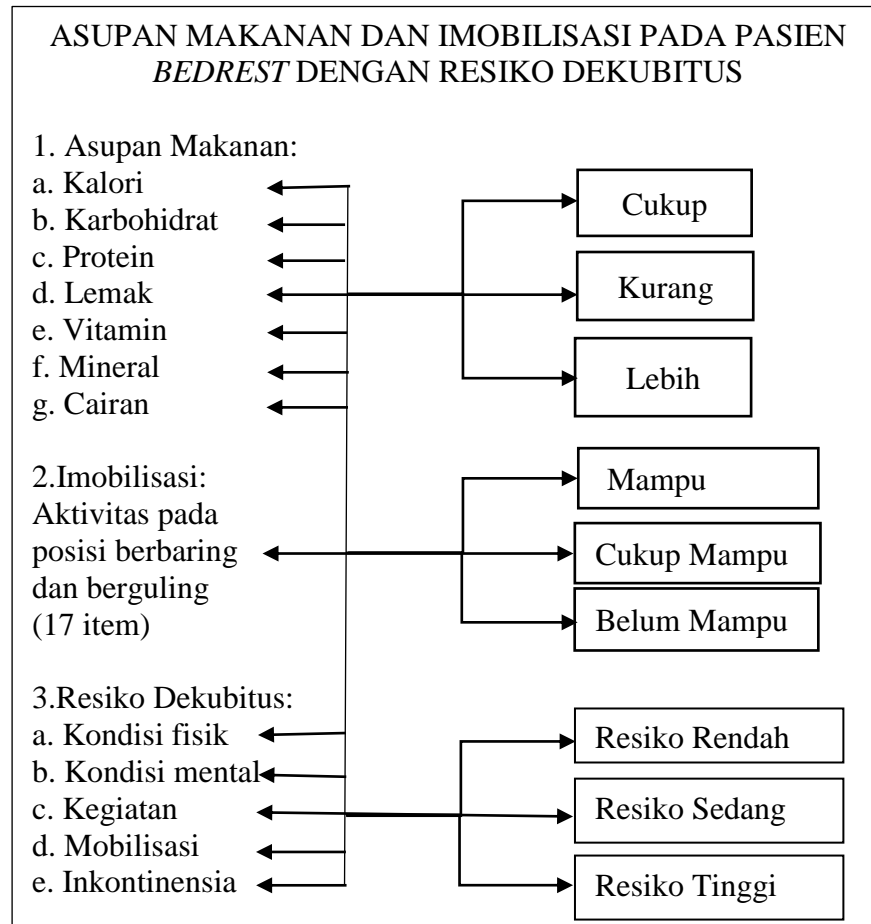
3.1 Kerangka Konsep

3.1.1 Definisi Kerangka Konsep

Ide pokok adalah menyusun kerangka operasional dalam penelitian yang bertujuan sebagai dasar pemikiran dalam kegiatan ilmiah. Konsep tidak dapat diukur atau diamati secara langsung, oleh karena itu untuk mengukur dan

mengamatinya, konsep tersebut harus dijelaskan dalam bentuk variabel (Nursalam, 2020).

Bagan 3.1 Kerangka Konsep Penelitian Gambaran Asupan Makanan Dan Imobilisasi Pada Pasien *Bedrest* Dengan Resiko Dekubitus Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024



3.2 Hipotesis Penelitian

3.2.1 Defenisi hipotesis

Hipotesis merupakan solusi sementara untuk untuk pertanyaan atau masalah penelitian. Hipotesis dibuat sebelum penelitian dilakukan karena akan membantu menentukan langkah-langkah yang harus diambil untuk mengumpulkan, menganalisis, dan menginterpretasikan data. (Nursalam, 2020)

Pada skripsi berikut tidak mengandung hipotesis dikarenakan peneliti hanya mengamati gambaran asupan makanan dan imobilisasi pada pasien *bedrest* dengan resiko dekubitus di rumah sakit santa elisabeth medan tahun 2024.

BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian adalah karya akhir mencakup evaluasi alternatif dan pemilihan tindakan yang paling optimal untuk mencapai tujuan yang dihasilkan bagi peneliti, terkait melalui cara penerapan suatu penelitian (Nursalam, 2020)

Adapun rancangan penelitian ini adalah deskriptif dengan desain *cross sectional* yaitu untuk melihat gambaran kejadian didalam suatu populasi dan menganalisis data variabel yang dikumpulkan pada suatu titik waktu tertentu, dimana peneliti akan menggambarkan, mengobservasi, serta mengamati Gambaran asupan makanan dan imobilisasi pada pasien *bedrest* dengan resiko dekubitus di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2024.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi merupakan seluruh individu akan menjadi fokus penelitian, seperti manusia atau klien yang memenuhi syarat-syarat yang telah ditetapkan oleh peneliti. (Nursalam, 2020)

Adapun populasi pada penelitian ini yaitu pasien di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan yang beresiko terkena dekubitus seperti pada pasien yang mengalami gangguan imobilisasi/*bedrest* tahun 2024. Jumlah populasi dalam penelitian ini adalah sebanyak 45 orang.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah sekelompok individu yang mewakili populasi yang akan diamati dan diteliti. (Nursalam, 2020). Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan teknik sampel yang disebut *purposive sampling*, di mana peneliti secara selektif memilih responden yang memenuhi syarat yang ditetapkan oleh peneliti.

1. Kriteria sampel inklusi yaitu:
 - a. Pasien yang mau jadi responden penelitian.

- b. Pasien yang menderita penyakit Stroke.
- c. Pasien yang mengalami Fraktur.
- d. Pasien yang mengalami *Congestive Heart Failure* (CHF).
- e. Pasien yang mengalami *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF).
- f. Pasien yang mengalami Post operasi.
- g. Pasien yang dirawat diruangan *High Care Unit* (HCU).
- h. Pasien yang menjalani rawatan diruangan *Intensive Care Unit* (ICU).

Adapun sampel dalam penelitian ini adalah sebanyak 30 orang berdasarkan penelitian (Said et al., 2017) melakukan penelitian mengenai faktor-faktor yang memengaruhi terjadinya dekubitus pada pasien yang dirawat di Ruang ICU RS Labuang Baji Makassar.

4.3 Variabel Penelitian dan Defenisi Operasional

Variabel merupakan faktor ataupun sifat yang memberikan perbedaan nilai akan suatu objek (manusia, benda, serta lain-lain). Dalam penelitian, variabel ini dapat berupa total pendapatan, serta derajat. (Nursalam, 2020). Variabel yang digunakan adalah asupan makanan, imobilisasi dan resiko dekubitus.

Definisi operasional adalah suatu pengertian yang didasarkan pada karakteristik yang dapat diamati dari objek yang didefinisikan. Karakteristik-karakteristik yang dapat diamati dan diukur ini menjadi unsur krusial dalam definisi operasional ini. (Nursalam, 2020)

Tabel 4.2 Definisi Operasional Gambaran Asupan Makanan Dan Imobilisasi Pada Pasien *Bedrest* Dengan Resiko Dekubitus Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024

Variabel	Defenisi operasional	Indikator	Alat Ukur	Skala	Skor	Hasil
Asupan makanan	Untuk mengetahui bagaimana asupannya asupan zat gizi pasien <i>bedrest</i>	Jumlah asupan bahan makanan atau kalori yang mengandung g zat gizi:	<i>Food recall</i> <i>mengg unakan nutrisi survey (2017)</i> <i>Dengan</i>	Numerik	A. Asupan Kalori Laki-laki 1400-2650 kcal Perempuan 1400-2050 kcal	a. Cukup 1400-2650 kcal b. Kurang <1400-2650 kcal c. Lebih >1400-2650 kcal

					1.Karbohidrat	1.Karbohidrat
					Laki-laki 235-430 g	a. Cukup 200-430 g
					Perempuan 200-300 g	b. Kurang < 200-430 g
						c. Lebih > 200-430 g
					2. Protein	2. Protein
					Laki-laki 64-65 g	a. Cukup 58-65 g
					Perempuan 58-65 g	b. Kurang <58-65 g
						c. Lebih >58-65 g
					3.Lemak	3. Lemak
					Laki laki 45-75 g	a. Cukup 45-75 g
					Perempuan 58-70 g	b. Kurang < 45-75 g
						c. Lebih > 45-75 g
					4.Vitamin	4.Vitamin
					Laki-laki 758,8-759,2 mg	a. Cukup 683,2 -759,2 mg
					Perempuan 683,2-698,7 mg	b. Kurang <683,2 -759,2 mg
						c. Lebih >683,2 -759,2 mg
					5.Mineral	5.Mineral
					Laki-laki 2.250-2.670	a. Cukup 2.220-2670
					Perempuan 2.220-2670	b. Kurang <2.220-2670
						c. Lebih >2.220-2.670
					6.Cairan	6.Cairan
					Laki-laki 1.600-2.500 ml	a. Cukup 1.400-2.500 ml
					Perempuan 1.400-2.100 ml	b. Kurang <1.400-2.500 ml
						c. Lebih >1.400-2.500 ml
Imobilisasi	Untuk mengetahui bagaimana imobilitas pada pasien bedrest	Dimensi terlentang dan tengkurap 17 item (Gross motor function motoric)	Formulir observasi	0: Tidak dapat melakukan 1: Dapat melakukan tapi awal saja 2: Dapat melakukan Sebagian 3: Dapat melakukan semua	1.TDM:0 2.DMTA:1 3.DMS:2 4.DMSE:3	1.Mampu 34-51 2.Cukup mampu 17-33 3.Belum mampu 0-16
Resiko dekubitus	Untuk mengetahui bagaimana resiko dekubitus pada pasien bedrest	A. Kondisi Fisik: 4: Baik 3: Cukup baik 2: Buruk 1: Sangat Buruk B. Kondisi Mental: 4: Waspada 3: Apatis 2: Bingung 1: Pingsan/Tidak sadar C. Kegiatan: 4: Dapat berpindah 3: Berjalan	Formulir observasi	1.Terbatas sepenuhnya 2.Sangat terbatas 3.Agak terbatas 4.Tidak ada gangguan	1.TS:1 2.ST:2 3.AT:3 4.TG:4	1.Resiko Rendah 19-20 2.Resiko Sedang 14-18 3.Resiko Tinggi 1-13

dengan
bantuan
2. Terbatas
kursi
1. Terbatas
ditempat
tidur
D.Mobilisa
si:
4. Penuh
3. Agak
terbatas
2. Sangat
terbatas
1. Sulit
bergerak
E.
Inkontinens
ia
4. Tidak
ngompol
3. Kadang-
kadang
2. Biasanya
yang keluar
urine
1. Yang
keluar urine
dan kotoran

4.4. Instrument Penelitian

Instrument penelitian adalah metode yang digunakan untuk mengumpulkan data dalam rangka menggali informasi dari responden berkaitan dengan imobilisasi dan resiko dekubitus adalah pengukuran observasi yaitu digunakan sebagai bukti nyata serta akurat pada kesimpulan, observasi yang dipakai pada penelitian ini adalah observasi tersusun yaitu peneliti secara teliti mendefinisikan yang akan diamati dengan menggunakan perencanaan yang matang.

Alat penelitian yang digunakan untuk mengumpulkan data adalah lembar catatan makanan yang dicatat dan lembaran checklist. Lembar catatan makanan ini (Food Recall) digunakan untuk menggali informasi dari para responden mengenai variabel asupan makanan. (Pasaribu, 2023)

Instrumen yang digunakan yaitu *Gross Motor Function Measurement* (GMFM) merupakan suatu bagian pengukuran klinis berfungsi mengevaluasi

adanya perubahan fungsi motorik kasar. Pengukuran aktivitas fungsional motorik dilakukan untuk menilai tingkat kemandirian imobilisasi dengan menggunakan *gross motor function measurement* (GMFM). Terdapat dari 17 poin inti dari pemeriksaan ini, yaitu aktivitas pada posisi berbaring dan berguling serta *Norton Scale* yang digunakan untuk menilai tingkat risiko terjadinya dekubitus. Skala *Norton* adalah instrument khusus guna menganalisis pasien yang berisiko mengalami dekubitus untuk pengukuran resiko dekubitus.

4.5 Lokasi Dan Waktu Penelitian

4.5.1 Lokasi penelitian

Lokasi penelitian dilakukan di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan yang terletak di jalan Haji Misbah. Pemilihan rumah sakit ini sebagai didasarkan pada pengalaman peneliti yang telah lama mengenal rumah sakit tersebut sebagai tempat praktik klinik.

4.5.2 Waktu penelitian

Waktu penelitian ini dilakukan oleh peneliti sendiri pada 29 April -05 Mei 2024 di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.

4.6 Prosedur Pengambilan data Dan Pengumpulan data

4.6.1 Pengambilan data

Pengambilan data yang diterapkan pada penelitian ini yaitu menggunakan data primer. Data primer yaitu data yang diterima langsung dari responden, serta data obstrusiveness yaitu data yang harus didasarkan pada

kemampuan status responden, dan dalam penelitian ini, terungkap bahwa responden umumnya cenderung mendapatkan umpan balik yang tidak biasa. Namun, jika penelitian dilakukan tanpa pengetahuan responden, hal ini dapat berdampak negatif terhadap masalah etika. (Nursalam, 2020)

4.6.2 Teknik pengumpulan data

1. Data primer

Pengumpulan data merupakan tahapan dalam penelitian yang melibatkan pendekatan terhadap subjek dan pengumpulan karakteristik data subjek yang dibutuhkan. (Nursalam, 2020) Metode pengumpulan data yang akan dipakai pada penelitian ini yaitu metode data primer, di mana data akan diperoleh secara langsung dari subjek penelitian. Adapun tahapan yang akan dilaksanakan dalam proses pengumpulan data adalah sebagai berikut:

- a. Menyatakan persetujuan terhadap judul penelitian untuk pengantar dalam surat permohonan izin untuk melakukan penelitian kepada ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan dengan tujuan melaksanakan penelitian di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.
- b. Permohonan izin untuk melaksanakan penelitian diajukan kepada Ketua Program Studi D3 Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan, kemudian dikirimkan ke Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.
- c. Sesudah ada balasan setuju dari pihak Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan, selanjutnya pelaksanaan penelitian di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.

- d. Peneliti izin kepada kepala ruangan yang ada di setiap ruangan Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan ke tempat sasaran sebagai responden.
- e. Setelah mendapatkan persetujuan dari kepala ruangan di setiap ruangan Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan, peneliti dengan penuh semangat menjelaskan kepada responden mengenai tujuan, manfaat, prosedur penelitian, dan juga meminta persetujuan dengan kontrak waktu yang jelas. Kontrak waktu ini sangat penting untuk mencegah terjadinya responden yang mengundurkan diri saat penelitian sedang berlangsung.
- f. Peneliti memberikan persetujuan yang diinformasikan kepada responden sebagai tanda kesediaan mereka untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.
- g. Menggali data asupan makanan dilaksanakan dengan memberi lembar catatan makanan (*food recall*) (terlampir).
- h. Peneliti menjelaskan bagaimana cara mengisi data demografi dan mengisi lembar catatan makanan yang ada.
- i. Responden mengisi data demografi dan mengisi lembar catatan makanan yang ada selama 1 hari atau 24 jam.
- j. Peneliti mengumpulkan lembar catatan makanan yang sudah selesai di hari berikutnya.
- k. Peneliti memeriksa ulang hasil dari lembar catatan makanan, jika ada data demografi belum terisi atau sudah terisi secara keseluruhan.
- l. Jika catatan makanan pada lembaran masih kosong, maka peneliti akan mengembalikannya kepada responden untuk diisi.

- m. Lembar catatan makanan yang telah diisi dan standar operasional yang telah dijawab akan di kumpulkan serta dilaksanakan analisa data.

2. Data *obstrusiveness*

Pengumpulan data imobilisasi dan resiko dekubitus diperoleh dengan cara melakukan mengamati dan observasi yang harus didasarkan pada kemampuan status responden.

3. Data sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh dari institusi atau yang diterima dari orang lain. Data sekunder pada penelitian ini yaitu data jumlah pasien *bedrest* diruangan Rumah Sakit Santa Elisabeth, serta gambaran umum tempat penelitian.

4.6.3 Uji validitas dan reliabilitas

1. Validitas

Prinsip validitas merujuk pada proses pengumpulan dan penilaian yang mengacu pada prinsip kontrol instrumen dalam pengumpulan data. Instrumen tersebut memiliki kemampuan untuk mengukur variabel yang seharusnya diukur.

2. Reliabilitas

Reliabilitas merujuk pada kesesuaian hasil pengukuran atau pengamatan ketika fenomena yang ada di dunia ini diukur dan diamati secara

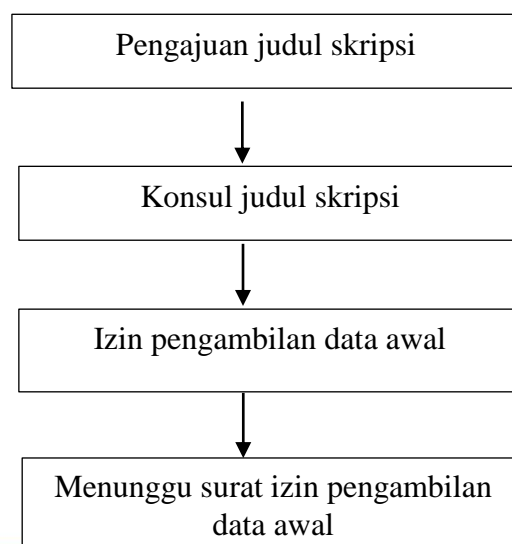
berulang dalam periode waktu yang berbeda. Baik alat maupun metode pengukuran atau pengamatan memiliki peran yang penting dalam mencapai reliabilitas yang tinggi. Namun, perlu diingat bahwa reliabilitas tidak selalu menjamin keakuratan yang mutlak. (Nursalam, 2020)

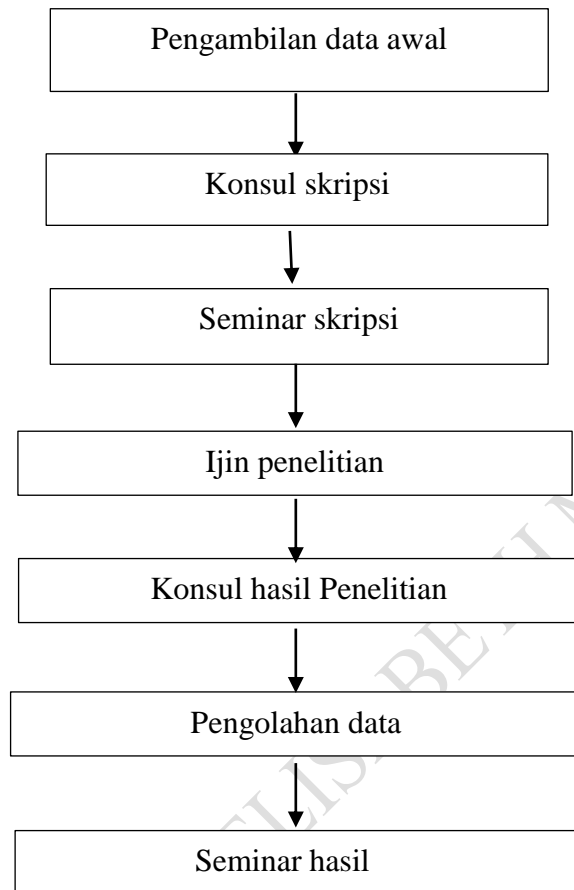
Pada skripsi ini tidak dilakukan uji validitas dan reliabilitas dikarenakan sudah pernah dilakukan penelitian oleh peneliti sebelumnya.

4.7 Kerangka Operasional

Dalam penelitian ini, kerangka operasional menggambarkan sebuah landasan kerja yang mengungkapkan rangkaian langkah-langkah peneliti dalam menjalankan penelitian tentang gambaran asupan makanan dan imobilisasi pada pasien *bedrest* dengan resiko dekubitus di rumah sakit santa Elisabeth medan tahun 2024.

Bagan 4.1. Kerangka Operasional Gambaran Asupan Makanan Dan Imobilisasi Pada Pasien *Bedrest* Dengan Resiko Dekubitus Dirumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun2024





4.8 Analisa data

Analisis univariat diperlukan untuk menjelaskan setiap variabel yang sedang diteliti dalam penelitian ini dengan cara melihat bagaimana data tersebar pada setiap variabel. Analisis univariat dalam penelitian ini menunjukkan bagaimana responden terdistribusi berdasarkan data demografi seperti usia, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan. Bentuk analisis univariat ini tergantung pada jenis data yang digunakan. (Nursalam, 2020). Proses pengolahan data pada rancangan penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. *Editing* adalah proses menggali ke dalam data, menjelajahi setiap sudut penelitian, memeriksa dengan cermat, dan memperbaiki isi formulir atau kuesioner data penelitian dengan baik agar dapat diproses dengan tepat.
2. *Coding* untuk mengkodekan data hasil kuesioner menjadi lebih sederhana dan memberikan penilaian atau penandaan khusus sebelum diproses oleh komputer.
3. *Data entry* yaitu tugas memasukkan data ke dalam komputer menggunakan aplikasi perangkat lunak adalah untuk mengabadikan data yang telah melalui proses penyuntingan dan pengkodean.
4. Pembersihan (cleaning) dilakukan untuk membersihkan dan memperbaiki data yang telah diklasifikasikan, guna memastikan keakuratan dan kebenaran data, serta melakukan analisis data.
5. Tabulasi digunakan untuk menghasilkan tabel data dengan keinginan peneliti.

4.9 Etika penelitian

Kode etik penelitian merupakan aturan tentang bagaimana seharusnya kita berperilaku saat melakukan penelitian yang melibatkan peneliti dan subjek penelitian. Etika penelitian ini mencakup bagaimana peneliti harus berperilaku dan bagaimana subjek penelitian harus diperlakukan, serta hasil yang dihasilkan oleh peneliti. Ada tiga prinsip umum tentang bagaimana kita seharusnya berperilaku secara etis dalam penelitian, yaitu berbuat baik, menghargai martabat manusia, dan adil. (F.Polit & Beck, 2012)

1. *Respect for human* (menghormati martabat manusia)

Para partisipan memiliki kebebasan untuk memilih dengan sendirinya, di mana pilihan mereka harus selalu dihormati dan dianggap berharga. Pilihan sendiri berarti jika calon partisipan dapat dengan sukarela memastikan jika mereka bersedia atau menolak untuk menjadi bagian dari penelitian, tanpa risiko perlakuan yang tidak adil.

2. *Beneficence* (berbuat baik)

Penelitian yang dilaksanakan harus mengurangi kesalahan atau kerugian sebanyak mungkin dan sekaligus meningkatkan manfaat atau keuntungan bagi responden dalam penelitian tersebut.

3. *Justice* (keadilan)

Ini termasuk hak peserta untuk menjaga privasi mereka dan diperlakukan dengan adil. Salah satu hal yang adil adalah membagi manfaat dan beban penelitian secara adil. Semua peserta diperlakukan sama sesuai dengan aturan yang ditetapkan. Peneliti juga perlu meyakinkan bahwa penelitiannya tidak terlalu mengganggu dan terus menjaga privasi peserta. Peserta berhak untuk menjaga kerahasiaan data analisis mereka.

4. *Informed consent* (lembar persetujuan)

Informed consent adalah dokumen persetujuan yang diberikan oleh responden setelah mereka diberikan informasi yang cukup mengenai penelitian, mengerti informasi tersebut, dan mempunyai keahlian untuk setuju atau menolak keikutsertaan secara sukarela.

Dalam penyusunan skripsi ini peneliti akan melakukan layak etik oleh Commite di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan dengan *ethical exemption No. 125/KEPK-SE/PE-DT/IV/2024*.

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran lokasi penelitian

Pada bab ini, kita akan mengeksplorasi temuan dan diskusi dari penelitian yang melibatkan gambaran pola makan dan pengurangan gerakan pada pasien yang terbaring di tempat tidur dengan risiko terkena dekubitus di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan pada tahun 2024. Penelitian ini melibatkan 30 responden

yang menjadi subjek penelitian. Kami akan menyajikan data hasil penelitian ini yang mencakup gambaran pola makan dan pengurangan gerakan pada pasien yang terbaring di tempat tidur dengan risiko terkena dekubitus di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan pada tahun 2024.

Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan ialah sebuah lembaga kesehatan swasta yang terletak di jalan Haji Misbah No.7 VIII, Kelurahan Sempakata, Kecamatan Medan Selayang. Rumah Sakit ini didirikan tanggal 19 November 1930 dan diresmikan dengan pedoman "Dibalik penderitaan ada rahmat".

Rumah sakit ini adalah sebuah lembaga kesehatan yang memiliki tingkat kelas madya tipe B dan dimiliki oleh Kongregasi Fransiskanes Santa Elisabeth Medan. Rumah sakit ini adalah salah satu fasilitas kesehatan yang dibangun oleh para biarawati untuk pelayanan ke masyarakat, dengan moto "Ketika Aku Sakit Kamu Melawat Aku (Mat 25:36)" dan visi untuk menjadi tanda kehadiran Allah di dunia dengan memberikan pelayanan kasih yang menyembuhkan orang-orang yang sakit dan menderita sesuai dengan tuntutan zaman".

Misi Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan yaitu memberi layanan kesehatan yang aman serta berkualitas dengan penuh kasih sayang, menaikkan keahlian tenaga manusia, serta menaikkan fasilitas yang mencukupi dengan tetap memperdulikan mereka yang kurang mampu.

Tujuan dari Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan adalah untuk menciptakan dengan nyata semangat kongregasi Fransiskanes Santa Elisabeth dengan layanan kesehatan kepada semua orang tanpa memandang suku, bangsa,

agama, ras, juga golongan serta memberikan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi mereka yang sakit, menderita, dan memerlukan pertolongan.

Peningkatan kualitas dalam kegiatan pelayanan Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan didukung oleh tenaga medis dan non medis. Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan memiliki 17 ruangan rawat inap yang terdiri dari 8 ruangan rawat inap internis, 2 ruangan rawat inap bedah, 3 ruangan rawat inap Unit Perawatan Intensif (ICU), 3 ruangan rawat inap perinatologi, dan 1 ruangan Theresia untuk anak-anak. Ruangan rawat inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan terbagi menjadi beberapa kelas, yaitu kelas I, kelas II, kelas III, VIP, super VIP, dan eksekutif. Ruangan yang menjadi fokus penelitian peneliti adalah ruangan rawat inap kecuali perinatologi dan anak.

5.1.2. Data demografi responden

Adapun data demografi responden pada penelitian ini yaitu jenis kelamin, umur, pendidikan, dan pekerjaan yang dapat dilihat pada tabel 5.1 dibawah ini.

Tabel. 5.1. Distribusi frekuensi data demografi pada pasien *bedrest* di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024.

Data demografi pada pasien <i>bedrest</i> di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan	f (n=30)	%
Jenis Kelamin:		
Laki-laki	18	60
Perempuan	12	40

Umur

Masa remaja awal (12-16 tahun)	1	3.3
Masa remaja akhir (17-25 tahun)	2	6.7
Masa dewasa akhir (35-45 tahun)	4	13.3
Masa lansia awal (46-55 tahun)	5	16.7
Masa lansia akhir (56-65 tahun)	7	23.3
Masa manula (>65 tahun)	11	36.7

Pendidikan

SMP	1	3.3
SMA	25	83.3
D3	1	3.3
S1	3	10.3

Pekerjaan

Petani	5	16.7
Wiraswasta	14	46.7
Ibu Rumah Tangga	6	20
Guru	1	3.3
Pegawai negeri	2	6.7
Supir	1	3.3
Pelajar	1	3.3

Berdasarkan tabel 5.1, data menunjukkan bahwa dari semua responden yang disurvei, terdapat 18 orang laki-laki (60%) dan 12 orang perempuan (40%).

Berdasarkan data umur responden berada pada rentang masa remaja awal umur 12-16 tahun yaitu sejumlah 1 responden (3,3%), pada masa remaja akhir umur 17-25 tahun yaitu sebanyak 2 responden (6,7%), pada masa dewasa akhir umur 36-45 tahun yaitu sebanyak 4 responden (13,3%), pada masa lansia awal umur 46-55 tahun yaitu sebanyak 5 responden (16,7%), pada masa lansia akhir umur 56-65 tahun yaitu sebanyak 6 responden (20%), pada masa manula umur >65 tahun yaitu sebanyak 12 responden (40%).

Berdasarkan data pendidikan responden diperoleh pendidikan SMP sejumlah 1 responden (3,3%), SMA sejumlah 25 orang (83,3%), D3 sejumlah 1 responden (3,3%) S1 sejumlah 3 responden (10%).

Berdasarkan data pekerjaan responden diperoleh pekerjaan Petani sejumlah 5 responden (16,7%), Wiraswasta sejumlah 14 responden (46,7%), Ibu Rumah Tangga sejumlah 6 responden (20%), Guru sejumlah 1 responden (3,3%), Pegawai negeri sejumlah 2 responden (6,7%), Supir sejumlah 1 responden (3,3%), Pelajar sejumlah 1 responden (3,3%).

5.1.3 Asupan makanan

Asupan makanan pada pasien *bedrest* di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024 terdiri dari asupan kalori, karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral dan cairan akan dicatat dalam lembar kuesioner catatan makanan 24 jam yang terdiri dari waktu, nama hidangan, bahan makanan serta ukuran yang dikonsumsi dalam satu hari atau 24 jam.

Tabel. 5.2. Distribusi frekuensi responden berdasarkan data Asupan makanan pada pasien *bedrest* di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024.

Asupan makanan	Kategori (n=30)					
	Cukup		Kurang		Lebih	
	f	%	f	%	f	%
1.Kalori	0	0	25	83.3	5	16.7
2.Karbohidrat	0	0	27	50	3	10
3.Protein	0	0	11	36.7	19	63.3
4.Lemak	0	0	18	60	12	40
5.Vitamin	0	0	29	96.7	1	3.3
6.Mineral	0	0	17	56.7	13	43.3
7.Cairan	0	0	7	23.3	23	76.7

Berdasarkan tabel 5.2 Asupan makanan pada pasien *bedrest* di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024 yang terdiri dari kalori, karbohidrat,

protein, lemak, vitamin, mineral, dan cairan, yang diperoleh dari recall food atau catatan makanan 24 jam diolah dengan nutrisi survey maka didapatkan Kalori kurang yaitu sebanyak 25 responden (83,3%), kalori lebih yaitu sebanyak 5 responden (16,7%). Karbohidrat kurang yaitu sebanyak 27 responden (90%), karbohidrat lebih yaitu sebanyak 3 responden (10%). Protein kurang yaitu sebanyak 11 responden (36,7%), protein lebih yaitu sebanyak 19 responden (63,3%). Lemak kurang yaitu sebanyak 18 responden (60%), lemak lebih yaitu sebanyak 12 responden (40%). Vitamin kurang yaitu sebanyak 29 responden (96,7%), vitamin lebih yaitu sebanyak 1 responden (3,3%). Mineral kurang yaitu sebanyak 17 responden (56,7%), mineral lebih yaitu sebanyak 13 responden (43,3%). Cairan kurang yaitu sebanyak 7 responden (23,3%), cairan lebih yaitu sebanyak 23 responden (76,7%).

5.1.4 Imobilisasi

Imobilisasi pada pasien *bedrest* di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024 belum mampu, cukup mampu, mampu yang dilakukan dalam 3 hari rawatan oleh responden sebagai hasil observasi menggunakan lembar checklist dapat dilihat pada tabel 5.3 dibawah ini.

Tabel 5.3. Distribusi frekuensi imobilisasi pada pasien *bedrest* di Rumah Sakit Santa Elisabeth medan tahun 2024

Imobilisasi	f (n=30)	%
-------------	----------	---

Mampu	2	7.7
Cukup Mampu	7	23.3
Belum mampu	21	70

Berdasarkan tabel 5.3 imobilisasi pada pasien *bedrest* di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024 dengan imobilisasi mampu yaitu sebanyak 2 responden (6,7%), cukup mampu yaitu sebanyak 7 responden (23,3%), belum mampu yaitu sebanyak 21 responden (70%).

5.1.5 Resiko dekubitus

Resiko dekubitus pada pasien *bedrest* di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024 sebanyak 30 responden menunjukkan resiko dekubitus tinggi yang dilakukan dalam 3 hari rawatan pada responden sebagai hasil observasi menggunakan lembar checklist. Maka hasil penilaian dapat dilihat pada tabel 5.4 dibawah ini.

Tabel 5.4. Distribusi frekuensi Resiko dekubitus pada pasien *bedrest* di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024

Resiko Dekubitus	f (n=30)	%
Resiko Rendah	2	6.7
Resiko Sedang	8	26.7
Resiko Tinggi	20	66.7

Berdasarkan tabel 5.4 resiko dekubitus pada pasien *bedrest* di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024 dengan resiko rendah yaitu sebanyak 2 responden (6,7%), resiko sedang yaitu sebanyak 8 responden (26,7%), dan resiko tinggi yaitu sebanyak 20 responden (66,7%).

5.2 Pembahasan

5.2.1 Asupan makanan

Asupan makanan adalah jumlah makanan atau berbagai jenis makanan untuk dikonsumsi oleh individu untuk bertujuan mencukupi keperluan fisiologi, psikologi dan sosiologi. Asupan makanan adalah konsumsi makanan yang cukup serta tepat untuk mencukupi keperluan nutrisi untuk individu yang mengalami gangguan imobilisasi atau *bedrest*. Asupan makanan yang cukup dan sehat selama *bedrest* merupakan hal yang penting untuk membantu tubuh memulihkan sel-sel yang rusak selama seseorang mengalami *bedrest* karena gangguan imobilisasi dan mempertahankan sistem kekebalan tubuh. (Wasalamah, 2024).

Berdasarkan penelitian yang telah dilaksanakan di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024 dengan menggunakan lembar catatan makanan/recall food dan lembar observasi kepada 30 responden, diperoleh hasil penelitian asupan makanan kalori, karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral dan cairan dengan kategori cukup, kurang, dan lebih.

Berdasarkan tabel 5.2 Asupan makanan pada pasien *bedrest* di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024 yang terdiri dari kalori, karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral, dan cairan, yang diperoleh dari recall food atau catatan makanan 24 jam diolah dengan nutrisi survey maka didapatkan Kalori kurang yaitu sebanyak 25 responden (83,3%). Karbohidrat kurang yaitu sebanyak 27 responden (90%). Protein lebih yaitu sebanyak 19 responden (63,3%). Lemak kurang yaitu sebanyak 18 responden (60%). Vitamin kurang yaitu sebanyak 29 responden (96,7%). Mineral kurang yaitu sebanyak 17 responden (56,7%). Cairan lebih yaitu sebanyak 23 responden (76,7%).

Peneliti beramsumsi bahwa asupan makanan pada pasien *bedrest* di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan diakibatkan karena makanan yang disediakan oleh bagian gizi rumah sakit tidak dikonsumsi semuanya, sehingga tidak mencukupi angka kebutuhan gizi kalori, karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral dan cairan pada pasien *bedrest* tersebut.

5.2.2 Imobilisasi

Imobilisasi ataupun *bedrest* merupakan ketidakanggupan individu untuk bergerak dengan penuh energi karena adanya beragam penyakit yang mengganggu kesehatan tubuh baik secara internal maupun eksternal. Akibat negatif dari imobilisasi adalah kerusakan keutuhan struktur kulit yang menyebabkan terjadinya luka dan iritasi. Dekubitus adalah komplikasi lain yang dapat terjadi pada pasien dengan imobilisasi. (Rahmawati & Supadmi, 2023).

Berdasarkan tabel 5.3. imobilisasi pada pasien *bedrest* di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024 dengan imobilisasi belum mampu yaitu sebanyak 21 responden (70%). Peneliti beramsumsi imobilisasi yang belum mampu pada pasien *bedrest* dikarenakan adanya kelemahan anggota gerak badan dan adanya penyakit penyerta seperti stroke dan lain lain merupakan faktor resiko terjadinya dekubitus.

Asumsi ini didukung oleh penelitian Permatasari (2020), dimana imobilisasi menjadi faktor resiko terbanyak terjadinya dekubitus pada pasien *bedrest* sebesar (96%) dikarenakan terjadinya kelemahan pada anggota tubuh (13%) dan adanya riwayat penyakit.

5.2.3 Resiko dekubitus

Menurut Hutagalung (2021), faktor resiko terjadinya dekubitus adalah variabel yang meningkatkan kemungkinan terkena penyakit atau infeksi tertentu. Ada 2 faktor yang mempengaruhi terjadinya dekubitus adalah faktor ekstrinsik dan faktor instrinsik. Adapun faktor resiko yang diteliti pada penelitian ini adalah nutrisi dan imobilisasi pada pasien *bedrest*.

Berdasarkan tabel 5.4 resiko dekubitus pada pasien *bedrest* di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024 dengan resiko tinggi yaitu sebanyak 20 responden (66,7%). Peneliti beramsumsi resiko tinggi terjadinya dekubitus tinggi disebabkan oleh asupan nutrisi yang kurang dan mobilisasi yang kurang akibat dari kelemahan anggota gerak badan dan penyakit penyerta seperti stroke dan lain-lain.

Asumsi ini didukung oleh Mugiarti (2022), bahwa pasien beresiko dekubitus dapat dikurangi dengan memberi asupan/nutrisi yang cukup, serta melakukan *range of motion* (ROM) dalam 2 jam pada pasien yang memiliki imobilisasi belum mampu, dan melaksanakan pemeriksaan kembali pada pasien yang beresiko tinggi terkena dekubitus.

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

6.1. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan dengan jumlah 30 responden mengenai asupan makanan, imobilisasi pada pasien *bedrest* dengan resiko dekubitus di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2024 maka disimpulkan:

1. Hasil penelitian ditemukan Asupan makanan pada pasien *bedrest* di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024 yang terdiri dari kalori, karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral, dan cairan, yang diperoleh dari recall food atau catatan makanan 24 jam diolah dengan nutrisi survey maka didapatkan kalori kurang yaitu sebanyak 25 responden (83,3%), karbohidrat kurang yaitu sebanyak 27 responden (90%), protein lebih yaitu sebanyak 19 responden (63,3%), lemak kurang yaitu sebanyak 18 responden (60%), vitamin kurang yaitu sebanyak 29 responden (96,7%), mineral kurang yaitu sebanyak 17 responden (56,7%), cairan lebih yaitu sebanyak 23 responden (76,7%).
2. Hasil penelitian ditemukan imobilisasi pada pasien *bedrest* di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024 dengan imobilisasi belum mampu yaitu sebanyak 21 responden (70%).
3. Hasil penelitian ditemukan resiko dekubitus pada pasien *bedrest* di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024 dengan resiko tinggi yaitu sebanyak 20 responden (66,7%).

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan

Diharapkan bahwa hasil penelitian ini akan memberikan wawasan berharga bagi Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan, sehingga dapat menjadi sumber inspirasi yang berharga bagi mereka.

6.2.2 Bagi Responden

Diharapkan menjadi informasi untuk meningkatkan asupan makanan dan imobilisasi pada pasien *bedrest* dalam kehidupan sehari-hari agar tercapai angka kecukupan gizi dan imobilisasi yang mampu.

6.2.3 Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan bahwa temuan dari penelitian ini dapat menjadi landasan yang kuat dan menjadi batu loncatan untuk penelitian penelitian selanjutnya yang terkait.

DAFTAR PUSTAKA

Almeida, C. S. de, Miccoli, L. S., Andhini, N. F., Aranha, S., Oliveira, L. C. de, Artigo, C. E., Em, A. A. R., Em, A. A. R., Bachman, L., Chick, K., Curtis,

- D., Peirce, B. N., Askey, D., Rubin, J., Egnatoff, D. W. J., Uhl Chamot, A., El-Dinary, P. B., Scott, J.; Marshall, G., Prensky, M., ... Santa, U. F. De. (2016). Pedoman Konversi Berat Matang-Mentah, Berat Dapat Dimakan, Dab Resep Makanan Siap Saji dan Jajanan. *Revista Brasileira de Linguística Aplicada*, 5(1), 1689–1699. <https://doku.pub/documents/buku-konversi-mentah-matangpdf-4lo55mgy740x>
- Arta, K. S., Listyorini, D., & Hermawati, H. (2023). Penerapan Massage Effleurage Menggunakan Minyak Zaitun dan Minyak Almond untuk Menurunkan Resiko Dekubitus di ICU RSUD Karanganyar. *Indogenius*, 2(3), 102–113. <https://doi.org/10.56359/igj.v2i3.277>
- F.Polit, D., & Beck, cheryl T. (2012). *Essentials Of Nursing Research* (B. Polit (ed.); Vol. 5, Issue 1). <https://revistas.ufrj.br/index.php/rce/article/download/1659/1508%0Ahttp://hpatiapress.com/hpjournals/index.php/qre/article/view/1348%5Cnhttp://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09500799708666915%5Cnhttps://mckinseyonsociety.com/downloads/reports/Educa>
- Hartono, A. (2006). *Terapi Gizi dan Diet Rumah Sakit* (M. Ester (ed.); 2nd ed.). Kedokteran ECG.
- Hutagalung, M. siregar. (2021). *Luka tekan pada pasien stroke dan manfaat aspirin bagi pasien stroke iskemik*.
- Mahmuda, I. N. N. (2019). Pencegahan Dan Tatalaksana Dekubitus Pada Geriatri. *Biomedika*, 11(1), 11. <https://doi.org/10.23917/biomedika.v11i1.5966>
- Mugiarti, T. (2022). *Hubungan Peran Perawat dalam Pencegahan Kejadian Luka Dekubitus di Ruang ICU/IMC*. 25, 8088088.
- Mulyanto, A., & Yuwono, D. K. (2022). Gizi Yang Tepat pada Penyembuhan Luka. *Poltekita: Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 3(1), 71–76. <https://doi.org/10.33860/pjpm.v3i1.677>
- Nofiyanto, M., & Ivana, E. (2018). Gambaran Peran Perawat Dalam Pencegahan Dekubitus Di Bangsal Penyakit Dalam Rumah Sakit Di Yogyakarta. *Media Ilmu Kesehatan*, 7(1), 89–96. <https://doi.org/10.30989/mik.v7i1.272>
- Nursalam. (2020). *Ilmu keperawatan Pendekatan Praktis Nursalam. Ilmu keperawatan Pendekatan Praktis*. <https://www.scribd.com/document/369416381/3-2Metodologi-Nursalam-EDISI-4-21-NOV>
- Nuswantari, A., Ratnasari, D. eka, & Saputri, K. (2022). *Panduan Aplikasi Gizi* (Moh.Nasrudin (ed.)). PT Nasya Expanding Management. https://www.google.co.id/books/edition/Panduan_Aplikasi_Gizi/b9-mEAAAQBAJ?hl=en&gbpv=1&dq=panduan+aplikasi+gizi&pg=PA104&printsec=frontcover
- Pasaribu, N. (2023). Gambaran asupan makanan dan status gizi pasien kanker yang menjalani kemoterapi di rumah sakit santa elisabeth medan tahun 2023.

Angewandte Chemie International Edition, 6(11), 951–952., 2(asupan makanan dan status gizi), 89.

Permatasari, A. (2020). *Profil Pasien Ulkus Dekubitus Ditinjau Dari Aspek Faktor Risiko Dan Penyakit Lain Yang Menyertai Serta Tatalaksana Yang Dilakukan Di Smf Bedah Plastik Rsud Dr. Soetomo Surabaya Periode 1 Januari 2018 – 31 Desember 2018*. <https://repository.unair.ac.id/102525/>

Rahmawati, T., & Supadmi, D. (2023). Penerapan Massage Effleurage Dengan Virgin Coconut Oil (Vco) Terhadap Pencegahan Debubitus Pada Pasien Bedrest Di Icu Infeksius Rsud Kota Salatiga Application of Effleurage Massage With Virgin Coconut Oil (Vco) To Prevention of Decubitus in Patients Bedre. *Jurnal OSADHAWEDYAH*, 1(3), 81–88. <https://nafatimahpustaka.org/osadhawedyah>

Said, S., Haskas, Y., & Semana, A. (2017). Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Dekubitus Pada Pasien Yang Dirawat Di Ruang Icu Rs Labuang Baji Makassar. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*, 2(1), 7–12.

SOEKATRI, M. (2011). *Gizi Seimbang dalam Daur Kehidupan* (S. Almtsier (ed.)). PT Gramedia pustaka Utama. <https://www.google.com/search?tbm=bks&q=gizi+seimbang+dalam+daur+hidup>

Stella, R. S., & Makassar, M. (2021). *Pengaruh Pemberian Virgin Coconut Oil (VCO) Terhadap Luka Dekubitus Pada Pasien Tirah Baring Lama di RS. Stella Maris Makassar*. 12, 120–123.

Wasalamah. (2024). *Pemenuhan Nutrisi dan Perawatan Pasien Kanker* (A. Susanto (ed.); I. PRADINA PUSTAKA. https://www.google.co.id/books/edition/Pemenuhan_Nutrisi_dan_Perawatan_Pasien_K/ecXsEAAAQBAJ?hl=en&gbpv=1&dq=pemenuhan+nutrisi+dan+perawatan+kanker&printsec=frontcover



LAMPIRAN

PENGAJUAN JUDUL SKRIPSI

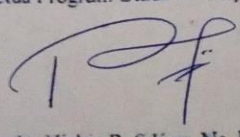
STIKES SANTA ELISABETH MEDAN
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
Jl. T. S. No. 118, Kel. Sembakut, Kec. Medan Selayang
Telp. 061-8214620, Fax. 061-8225309 Medan - 20131
Email: stikes_elisabeth@yahoo.co.id Website: www.stikeselisabethmedan.ac.id

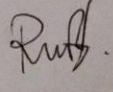
PENGAJUAN JUDUL PROPOSAL

JUDUL PROPOSAL : Gambaran asupan makanan dan immobilisasi
dalam resiko dekubitus pada pasien rawat inap
di rumah sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2024

Nama Mahasiswa : Rusma Lauri Spletonga
NIM : 012021021
Program Studi : D3 Keperawatan STIKes Santa Elisabeth Medan

Medan, 26 Februari 2024

Menyetujui,
Ketua Program Studi D3 Keperawatan

(Indra Hizkia P, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

Mahasiswa

(Rusma Lauri Spletonga)

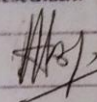
USULAN JUDUL SKRIPSI DAN TIM PEMBIMBING

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN

USULAN JUDUL SKRIPSI DAN TIM PEMBIMBING

1. Nama Mahasiswa : Rusma lauri sritonga
2. NIM : 012021021
3. Program Studi : D3 Keperawatan STIKes Santa Elisabeth Medan.
4. Judul : Gambaran asupan makanan dan imobilisasi dalam resiko dekubitus pada pasien rawat inap di rumah sakit santa elisabeth medan tahun 2024

5. Tim Pembimbing :

Jabatan	Nama	Kesediaan
Pembimbing	Magda Siringo - I Prigo SST, M.Kes	

6. Rekomendasi

a. Dapat diterima judul Gambaran Asupan Makanan dan imobilisasi Pada Pasien Bedrest dengan Resiko Dekubitus Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024

Yang tercantum dalam usulan Judul diatas

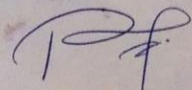
b. Lokasi penelitian dapat diterima atau dapat diganti dengan pertimbangan obyektif

c. Judul dapat disempurnakan berdasarkan pertimbangan ilmiah.

d. Tim Pembimbing dan mahasiswa diwajibkan menggunakan buku panduan penulisan Proposal penelitian dan skripsi, dan ketentuan khusus tentang Skripsi yang terlampir dalam surat ini.

Medan 26 Februari 2024

Ketua Program Studi D3 Keperawatan


(Indra Hizkia P, S.Kep, Ns, M.Kep)

SURAT PERMOHONAN IJIN PENELITIAN



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes)
SANTA ELISABETH MEDAN**
Jl. Bunga Terompet No. 118, Kel. Sempakata, Kec. Medan Selayang
Telp. 061-8214020, Fax. 061-8225509 Medan - 20131
E-mail: stikes_elisabeth@yahoo.co.id Website: www.stikeselisabethmedan.ac.id

Medan, 20 April 2024

Nomor : 0646/STIKes/RSE-Penelitian/IV/2024
Lamp. : -
Hal : Permohonan Ijin Penelitian


Kepada Yth.:
Direktur
Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan
di
Tempat.

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyelesaian studi pada Prodi D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan, melalui surat ini kami mohon kesediaan Bapak untuk memberikan ijin penelitian bagi mahasiswa tersebut di bawah ini, yaitu:

NO	N A M A	NIM	JUDUL PENELITIAN
1.	Rusma Lauri Silitonga	012021021	Gambaran Asupan Makanan Dan Imobilisasi Pada Pasien <i>Bedrest</i> Dengan Resiko Dekubitus Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024.

Demikian hal ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasama yang baik kami ucapkan terimakasih.


Mestiana Br Karo, M.Kep., DNSc
Ketua

Tembusan:
1. Mahasiswa Yang Bersangkutan
2. Arsip

SURAT BALASAN DIBERI IJIN PENELITIAN

YAYASAN SANTA ELISABETH
RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH MEDAN
JL. Haji Misbah No. 7 Telp : (061) 4144737 – 4512455 – 4144240
Fax : (061)-4143168 Email : rsemdn@yahoo.co.id
Website : <http://www.rssemedan.id>
MEDAN – 20152

Medan, 25 April 2024

Nomor : 1098/Dir-RSE/K/IV/2024

Kepada Yth,
Ketua STIKes Santa Elisabeth
di
Tempat

Perihal : Ijin Penelitian

Dengan hormat,

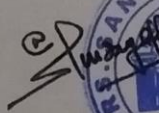
Sehubungan dengan surat dari Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan Nomor : 0646/STIKes/RSE-Penelitian/IV/2024 perihal : **Permohonan Ijin Penelitian**, maka bersama ini kami sampaikan permohonan tersebut dapat kami setujui.

Adapun Nama – nama Mahasiswa dan Judul Penelitian adalah sebagai berikut :

NO	NAMA	NIM	JUDUL PENELITIAN
1	Rusma Lauri Silitonga	012021021	Gambaran Asupan Makanan Dan Imobilisasi Pada Pasien <i>Bedrest</i> Dengan Resiko Dekubitus Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024.

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Hormat kami,
Rumah Sakit Santa Elisabeth


dr. Eddy Jefferson, STIKes Sports Injury
Direktur

Cc. Arsip

KETERANGAN LAYAK ETIK

STIKes SANTA ELISABETH MEDAN
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
Jl. Bunga Terompet No. 118, Kel. Sempakata, Kec. Medan Selayang
Telp. 061-8214020, Fax. 061-8225509 Medan - 20131
E-mail: stikes_elisabeth@yahoo.co.id Website: www.stikeselisabethmedan.ac.id

KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN

KETERANGAN LAYAK ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL EXEMPTION
"ETHICAL EXEMPTION"
No. 125/KEPK-SE/PE-DT/IV/2024

Protokol penelitian yang diusulkan oleh
The research protocol proposed by

Peneliti Utama : Rusma Lauri Silitonga
Principal In Investigator

Nama Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan
Name of the Institution

Dengan judul
Title

“Gambaran Asupan Makanan Dan Imobilisasi Pada Pasien Beres Dengan Resiko Dekubitus Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024.”

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal iniseperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indicator setiap standar.
Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.

Pernyataan layak Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 19 April 2024 sampai dengan tanggal 19 April 2025
This declaration of ethics applies during the period April 19, 2024, until April 19, 2025.

April 19, 2024
Chairperson,
Mestiana Br. Kato, M. Kep. DNSc

SURAT PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth

Calon responden Peneliti

Di tempat

Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan

Dengan Hormat

Dengan perantaran surat ini saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Rusma Lauri Silitonga

NIM : 012021021

Alamat : JL. Bunga Terompet No.118 Pasar VIII Medan Selayang

Mahasiswa program studi D3 Keperawatan yang sedang melakukan Penelitian dengan judul **“Gambaran Asupan Makanan Dan Imobilisasi Pada Pasien *Bedrest* Dengan Resiko Dekubitus Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024”**. Penelitian yang akan dilaksanakan oleh Peneliti tidak akan menimbulkan kerugian terhadap calon partisipan, segala informasi yang diberikan oleh responden kepada peneliti akan dijaga kerahasiannya, dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian semata. Peneliti sangat mengharapkan kesediaan individu untuk menjadi responden dalam penelitian ini tanpa adanya ancaman dan paksaan.

Apabila saudara/i yang bersedia menjadi responden dalam penelitian ini, Peneliti memohon kesediaan responden untuk menandatangani surat persetujuan untuk menjadi responden dan bersedia untuk memberikan informasi yang dibutuhkan peneliti guna pelaksanaan penelitian. Atas segala perhatian dan kerjasama dari seluruh pihak saya mengucapkan terimakasih.

Hormat saya
Peneliti

(Rusma Lauri Silitonga)

INFORMED CONSENT

SURAT PERSETUJUAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama (initial) :
Umur :
Jenis kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan
Menyatakan bersedia menjadi subyek penelitian dari:
Nama : Rusma Luri Silitonga
NIM : 012021021
Program Studi : D3 Keperawatan

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta mengetahui tentang tujuan yang jelas dari penelitian yang berjudul “**Gambaran Asupan Makanan Dan Imobilisasi Pada Pasien *Bedrest* Dengan Resiko Dekubitus Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024**”. Maka dengan ini saya menyatakan persetujuan untuk ikut serta dalam penelitian ini dengan catatan bila sewaktu-waktu saya merasa dirugikan dalam bentuk apapun, saya berhak membatalkan persetujuan ini.

Medan, 29 April 2024

Peneliti

Responden

(Rusma Lauri Silitonga)

()

DAFTAR KONSULTASI SKRIPSI

LPEMBAR KONSULTASI

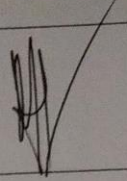
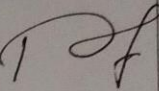
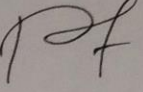
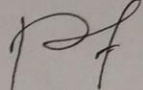
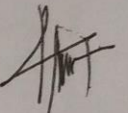
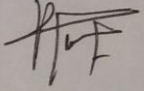
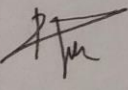
NAMA MAHASISWA : Rusma Lauri Silpitonga

NIM : 012021021

JUDUL PROPOSAL : Gambaran Asupan Makanan dan imobilisasi pada pasien bedrest dengan resiko dekubitus di rumah sakit santa Elisabeth Medan Tahun 2024

DOSEN PEMBIMBING : Magda Springo-ringo SST., M. kes

No	Tanggal	Uraian Kegiatan Bimbingan	Saran	Paraf Pembimbing
1	24 Februari 2024	pengajuan judul dan konsul judul proposal	Revisi kembali judul proposal dan konsul kembali	
2	26 Februari 2024	pengajuan judul dan konsul judul proposal	Acc judul kerjakan bab I	
3	28 Februari 2024	konsul bab I	Tambahkan faktor resiko dekubitus - Revisi tujuan khusus	
4	29 Februari	konsul bab I	- Acc bab I lanjut kerjakan bab II	
5	04 Maret 2024	konsul bab II	- Rumus Harist benedict dan ireton jones - pengukuran imobilisasi G.M.F.M	
6	11 Maret 2024	konsul Bab III dan IV	- Lanjut bab III & IV - Revisi kerangka konsep	
7	16 Maret 2024	kuisioner pengukuran imobilisasi dan bab III	Acc seminar proposal	
8	26 Maret 2024	konsul proposal setelah seminar proposal	- Rumus konversi - Rumus kebutuhan cairan - Revisi ulang kerangka konsep - Revisi kuesioner	

9	05 April 2024	konsul proposal	Acc proposal lanjut konsul pengujian II & III Acc Jiled	
10	06 April 2024	konsul kuesioner dan checklis observasi	Perbaiki perhitungan kuesioner resiko dekubitus	
11	08 April 2024	konsul kuesioner resiko dekubitus	Tambahkan panduan pengisian kuesioner	
12	09 April 2024	konsul proposal dan panduan pengisian kuesioner penelitian	Acc proposal Acc Jiled	
13	10 April 2024	konsul proposal ke Penguji 3	perbaiki sistematika penulisan	
14	16 April 2024	konsul perbaikan proposal		
15	17 April 2024	Cover & Daftar Isi Penulis & Revisi		
		Revisi		

LEMBAR KONSULTASI










NAMA MAHASISWA : Rusma Lauri Silitonga

NIM : 012021021

JUDUL SKRIPSI : Gambaran Asupan Makanan dan Imobilitas pada Pasien Bedrest dengan Restriksi Dekubitus di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024

DOSEN PEMBIMBING : Magda Siringo-ringo SST, M.Kes

No	Tanggal	Uraian Kegiatan Bimbingan	Saran	Paraf Pembimbing
1	Jumat, 10 Mei 2024	konsultasi hasil penelitian lembar catatan makanan, lembar observasi	tabulasi data Lanjut pengolahan data	
2	Sabtu, 11 Mei 2024	konsul tabulasi data	lanjut pengolahan data dan Bab V hasil penelitian	
3	Senin, 13 Mei 2024	konsul Bab V hasil penelitian dan pembahasan	perbaiki urutan penulisan dan hasil SPSS	
4	Kamis, 16 Mei 2024	konsul revisi bab V	perbaiki bagian pembahasan lanjut bab VI	
5	Selasa, 21 Mei 2024	konsul Bab V (pembahasan) dan Bab VI	ACC bab V perbaiki kesimpulan lanjut saran	
6	Senin, 27 Mei 2024	konsultasi bab VI	perbaiki saran penelitian	
7	Selasa, 28 Mei 2024	konsultasi bab VI kesimpulan dan saran	perbaiki sistematis penulisan Bab V dan VI	
8	Rabu, 29 Mei 2024	konsultasi skripsi	ACC sidang	

9	Selasa, 11 Juni 2024	konsultasi skripsi	-Tambahan bab II -draf, penata letakan -perbaiki Do -perbaiki Tabel S-2	
10	Jumat, 14 Juni 2024	konsultasi skripsi	-jelaskan ruang jawab gap -Paparkan Abstrak	
11	Sabtu, 15 Juni 2024	konsultasi skripsi	Acc. final perbaikan penulisan kalimat menurut Mubtashim	
12	Senin, 10 Juni 2024	konsultasi skripsi	perbaiki tabel definisi operasional	
13	Rabu, 12 Juni 2024	konsultasi skripsi	perhatikan sistematis penulisan	
14	Jumat, 14 Juni 2024	konsultasi skripsi	An. dymia	
15	Rabu, 12 Juni 2024	konsultasi skripsi		
16	Jumat, 14 Juni 2024	konsultasi skripsi	Revisi	
17	Senin, 24 Juni 2024	konsultasi Abstrak B-Inggris		

KUESIONER PENELITIAN**GAMBARAN ASUPAN MAKANAN DAN IMOBILISASI PADA PASIEN
BEDREST DENGAN RESIKO DEKUBITUS DI RUMAH SAKIT SANTA
ELISABETH MEDAN TAHUN 2024**

Dengan hormat

Saya Rusma Lauri Silitonga Mahasiswa Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan Program Studi D3 Keperawatan dengan Nomor Induk Mahasiswa 012021021, sedang menyusun tugas akhir sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar A. Md Kep dengan judul “**GAMBARAN ASUPAN MAKANAN DAN IMOBILISASI PADA PASIEN BEDREST DENGAN RESIKO DEKUBITUS DI RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH MEDAN TAHUN 2024**”. Oleh karena itu saya sangat membutuhkan pendapat dari responden untuk melengkapi penelitian ini. Besar harapan saya kesediaan Bapak/Ibu untuk mengisi kuesioner ini dengan sejujurnya. Atas bantuan Bapak/Ibu saya ucapkan terima kasih dan selamat mengerjakan kuesioner ini.

PETUNJUK PENGISIAN KUESIONER

1. Isilah formulir food recall 24 jam sesuai dengan apa yang anda makan pada satu hari atau 24 jam. Penilaian dilakukan berdasarkan angka kecukupan gizi berdasarkan usia yang akan dikelola menggunakan nutrisi survey. Adapun nutrisi atau zat yang akan dinilai pada penelitian ini sebagai berikut:

1. Kalori
 - a. Cukup
 - b. Kurang

c. Lebih

2. Karbohidrat

- a. Cukup
- b. Kurang
- c. Lebih

3. Protein

- a. Cukup
- b. Kurang
- c. Lebih

4. Vitamin

- a. Cukup
- b. Kurang
- c. Lebih

5. Mineral

- a. Cukup
- b. Kurang
- c. Lebih

6. Cairan

- a. Cukup
- b. Kurang
- c. Lebih

2. Setiap memakan makanan atau pun minuman mohon dicatat selalu beserta dengan waktu makan, jenis hidangan dan bahan makanan berdasarkan ukuran rumah tangga.

3. Kemudian peneliti akan melakukan observasi pengukuran fungsi motorik kasar dimensi terlentang dan tengkurap menggunakan 17 item dimana peneliti akan memilih dengan check list selama tiga hari rawatan dengan skala

- a. Skor 34-51 = Mampu
- b. Skor 17-33 = Cukup Mampu
- c. Skor 0-16 = Belum Mampu

4. Dan peneliti akan menilai resiko dekubitus menggunakan skala norton selama 3 hari rawatan dengan skala:
 - a. Skor 1-13= Resiko tinggi.
 - b. Skor 14-18= Resiko sedang.
 - c. Skor 19-20= Resiko rendah.
5. Mohon memberikan jawaban yang sebenarnya.
6. Setelah melakukan pengisian, mohon Bapak/Ibu mengembalikan kepada yang menyerahkan kuesioner.

I. IDENTITAS RESPONDEN

1. Initial Responden	
2. Jenis Kelamin	
3. Usia Responden	
4. Pendidikan Responden <ol style="list-style-type: none">a. Tidak Sekolahb. SD/MIc. SMP/MTSd. SMA/MA/SMKe. Perguruan Tinggi	
5. Pekerjaan Responden <ol style="list-style-type: none">a. Ibu Rumah Tanggab. Pegawai Negeri/Pegawai Swastac. Pedagangd. Pengusahae. Petanif. Buruhg. Lain-lain, Sebutkan...	



ASUPAN MAKANAN (FORMULIR *FOOD RECALL* 24 JAM)

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN

ASUPAN MAKANAN (FORMULIR FOOD RECALL 24 JAM)

Initial Responden : Ny. E
Tanggal : 29 April 2024
Hari ke : 1

Waktu Makan	Hidangan	Bahan makanan	Jumlah	
			URT	Gram
24-00	Susu	susu dancow		30 gr
		APR		150 cc
04-06	Susu	susu dancow		30 gr
		APR		150 cc
08-00	sonde	tepung beras		5 gr
		susu dancow		5 gr
		telur ayam		90 gr
		wortel		25 gr
		Gula pasir		5 gr
		Mentega		1 gr
		APR		200 cc
10-00	Jus. Melon	Melon		100 gr
	Gula	Gula pasir		20 gr
12-00	sonde	tepung beras		5 gr
		telur ayam		90 gr
		wortel		25 gr
		Gula pasir		5 gr
		Mentega		1 gr
		APR		200 gr
		susu dancow		5 gr
16-00	sonde	tepung beras		5 gr
		telur ayam		90 gr
		wortel		25 gr
		Gula pasir		5 gr
		Mentega		1 gr
		APR		200 cc
		susu dancow		5 gr
20-00	sonde	tepung beras		5 gr
		telur ayam		90 gr
		Gula pasir		10 gr
		Mentega		1 gr
		APR		200 gr
		susu dancow		5 gr

PENGOLAHAN NUTRISI SURVEY

Analysis of the food record			
Food	Amount	energy	carbohydr.
tepung beras	20 g	72,2 kcal	15,9 g
telur ayam	360 g	558,4 kcal	4,0 g
Carrot fresh	75 g	19,4 kcal	3,6 g
mentega	4 g	28,4 kcal	0,0 g
Drinking water	1250 g	0,0 kcal	0,0 g
susu dancow	100,5 g	466,2 kcal	51,9 g
Melon fresh	110 g	42,1 kcal	9,1 g
gula pasir	45 g	174,1 kcal	45,0 g
Meal analysis: energy 1360,8 kcal (100 %), carbohydrate 129,4 g (100 %)			
Energy: 1360,8 karbo: 129,4 Protein: 29,8 lemak: 61,0 vit: 265,4 min: 2.486,7 Cairan: 2.315,9			
Result			
Nutrient content	analysed value	recommended value/day	percentage fulfillment
energy	1360,8 kcal	2036,3 kcal	67 %
water	1415,9 g	2250,0 g	63 %
protein	69,8 g (21%)	60,1 g (12 %)	116 %
fat	61,0 g (40%)	69,1 g (< 30 %)	88 %
carbohydr.	129,4 g (39%)	290,7 g (> 55 %)	45 %
dietary fiber	3,1 g	30,0 g	10 %
alcohol	0,0 g	-	-
PUFA	5,8 g	10,0 g	58 %
cholesterol	1559,8 mg	-	-
Vit. A	2352,9 µg	800,0 µg	294 %
carotene	6,1 mg	-	-
Vit. E (eq.)	11,8 mg	12,0 mg	98 %
Vit. B1	0,7 mg	1,0 mg	67 %
Vit. B2	2,6 mg	1,2 mg	213 %
Vit. B6	0,9 mg	1,2 mg	76 %
tot. fol.acid	216,4 µg	400,0 µg	54 %
Vit. C	49,0 mg	100,0 mg	49 %
sodium	835,9 mg	2000,0 mg	42 %
potassium	1837,1 mg	3500,0 mg	52 %
calcium	1061,5 mg	1000,0 mg	106 %
magnesium	142,9 mg	300,0 mg	48 %
phosphorus	1282,3 mg	700,0 mg	183 %
iron	14,7 mg	10,0 mg	147 %
zinc	9,5 mg	7,0 mg	136 %

GROSS MOTOR FUNCTION MEASUREMENT (GMFM)

Dimensi telentang dan tengkurap

Keterangan:

0: Tidak dapat melakukan

1: Dapat melakukan tapi awal saja

2: Dapat melakukan Sebagian

3: Dapat melakukan semua

No	Item yang dinilai	Skala/skor			
		0	1	2	3
1	Telentang, kepala pada garis tengah tubuh, rotasi kepala dengan ekstermitas simetris				
2	Telentang, menyatukan jari-jari kedua tangan dibawa pada garis tengah tubuh				
3	Telentang, mengangkat kepala 45 ⁰				
4	Telentang, fleksi hip dan knee kiri full ROM				
5	Telentang, fleksi hip dan knee kanan full ROM				
6	Telentang, meraih dengan lengan kiri, tangan menyilang garis tengah tubuh menyentuh mainan				
7	Telentang, meraih dengan lengan kanan, tangan menyilang garis tengah tubuh menyentuh mainan				
8	Telentang, berguling ke tengkurap melalui sisi kiri tubuh				
9	Telentang, berguling ke tengkurap melalui sisi kanan tubuh				
10	Tengkurap, mengangkat kepala keatas				
11	Tengkurap, menghadap kedepan, mengangkat kepala dengan lengan lurus				
12	Tengkurap, menghadap kedepan, tumpuan berat badan pada kaki kiri lengan yang berlawanan diangkat kedepan				
13	Tengkurap, menghadap kedepan, tumpuan berat badan pada kaki kanan, lengan yang berlawanan diangkat kedepan				
14	Tengkurap, berguling terlentang melalui sisi kiri tubuh				
15	Tengkurap, berguling terlentang melalui sisi kanan tubuh				
16	Tengkurap, berputar 90 ⁰ kekiri menggunakan ekstermitas				
17	Tengkurap, berputar 90 ⁰ kekanan menggunakan ekstermitas				
Total skor					

Keterangan:

1. Skor 34-51= Mampu

2. Skor 17-33= Cukup Mampu

3. Skor 0-16 = Belum Mampu

RESIKO DEKUBITUS NORTON SCALE

No	Parameter	Skor	Hari rawatan ke-		
			1	2	3
1	Kondisi Fisik: 1. Baik 2. Cukup Baik 3. Buruk 4. Sangat Buruk	4 3 2 1			
2	Kondisi Mental: 1. Waspada 2. Apatis 3. Bingung 4. Pingsan/Tidak sadar	4 3 2 1			
3	Kegiatan: 1. Dapat berpindah 2. Berjalan dengan bantuan 3. Terbatas kursi 4. Terbatas ditempat tidur	4 3 2 1			
4	Mobilitas: 1. Penuh 2. Agak terbatas 3. Sangat Terbatas 4. Sulit bergerak	4 3 2 1			
5	Inkontinensia: 1. Tidak ngompol 2. Kadang-kadang 3. Biasanya yang keluar urine 4. Yang keluar kencing dan kotoran	4 3 2 1			
TOTAL SKOR					
Nama & paraf yang melakukan penilaian					

Keterangan:

1. Skor 19-20 Resiko Rendah
2. Skor 14-18 Resiko Sedang
3. Skor 1-13 Resiko Tinggi

HASIL OUTPUT SPSS

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	18	60.0	60.0	60.0
	Perempuan	12	40.0	40.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masa remaja awal	1	3.3	3.3	3.3
	Masa remaja akhir	2	6.7	6.7	10.0
	Masa dewasa akhir	4	13.3	13.3	23.3
	Masa lansia awal	5	16.7	16.7	40.0
	Masa lansia akhir	6	20.0	20.0	60.0
	Manula	12	40.0	40.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SMP	1	3.3	3.3	3.3
	SMA	25	83.3	83.3	86.7
	D3	1	3.3	3.3	90.0
	S1	3	10.0	10.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Petani	5	16.7	16.7	16.7
	Wiraswasta	14	46.7	46.7	63.3
	Ibu rumah tangga	6	20.0	20.0	83.3
	Guru	1	3.3	3.3	86.7
	Pegawai negeri	2	6.7	6.7	93.3
	Supir	1	3.3	3.3	96.7
	Pelajar	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Kalori

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	25	83.3	83.3	83.3
	Lebih	5	16.7	16.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Karbohidrat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	27	90.0	90.0	90.0
	Lebih	3	10.0	10.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Protein

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	11	36.7	36.7	36.7
	Lebih	19	63.3	63.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Lemak

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	18	60.0	60.0	60.0
	Lebih	12	40.0	40.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Vitamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	29	96.7	96.7	96.7
	Lebih	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Mineral

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	17	56.7	56.7	56.7
	Lebih	13	43.3	43.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Cairan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	7	23.3	23.3	23.3
	Lebih	23	76.7	76.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Imobilisasi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Mampu	2	6.7	6.7	6.7
Cukup mampu	7	23.3	23.3	30.0
Belum mampu	21	70.0	70.0	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Resiko Dekubitus

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Resiko rendah	2	6.7	6.7	6.7
Resiko sedang	8	26.7	26.7	33.3
Resiko Tinggi	20	66.7	66.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	

DOKUMENTASI

