

**INOVASI KEPERAWATAN
PENGUNAAN SKALA BRADEN PADA PASIEN STROKE
DI RSUD CENGKARENG**

A. Pengertian

Skala Braden merupakan salah satu jenis skala atau metode yang digunakan dalam menilai resiko terjadinya luka tekan pada pasien dengan tirah baring lama. Skala Braden diciptakan di Amerika pada area nursing home oleh Barbara Braden (1987). Dalam skala Braden terdapat 6 (enam) subskala untuk menentukan tingkatan risiko terjadinya luka tekan, Subskala tersebut antara lain adalah : Persepsi Sensorik, Kelembapan, Aktivitas, Mobilisasi, Nutrisi, Friksi dan Gesekan (Perry & Potter, 2011, hlm 1252).

B. Landasan Teori

Pada saat menilai resiko terjadinya luka tekan pada pasien-pasien dengan imobilisasi atau tirah baring lama dapat digunakan beberapa metode antara lain dengan penggunaan skala Norton, skala Braden atau skala Waterlow. Masing-masing memiliki efektifitas dan spesifisitas yang berbeda namun ketiga skala tersebut telah divalidasi dan dapat digunakan. Skala Norton banyak digunakan di area nursing home di Inggris sampai dengan saat ini, dan Arif Widodo menyatakan dalam Jurnal *Science and Technology*, (2007) bahwa skala Norton lebih baik dalam mendeteksi dini resiko luka tekan karena skala Norton lebih sederhana dan mudah digunakan. Skala Braden banyak digunakan di Amerika dan Negara lain. Dera dkk (2012) dalam jurnal Unimus merekomendasikan penggunaan skala Braden dalam mencegah luka tekan dan kerusakan kulit lebih lanjut pada pasien. Sri Haryati (2014) juga merekomendasikan penggunaan skala Braden untuk

menilai resiko luka tekan pada pasien-pasien stroke di RSUD Cengkareng. Balzer et all (2007) dalam penelitiannya tentang efektifitas skala-skala untuk menilai resiko luka tekan, menyatakan bahwa skala waterlow memiliki sensitifitas paling baik dalam menilai resiko luka tekan, namun skala waterlow lebih sulit untuk digunakan karena banyak hal yang perlu dilakukan penilaian. Pengkajian resiko luka tekan harus dilakukan pada pasien dengan tirah baring lama untuk mencegah terjadinya luka dan membantu dalam intervensi perawatan kulit yang dilakukan (Potter & Perry, 2006). Berdasarkan hal tersebut, sangat penting digunakannya sebuah skala untuk menilai resiko terjadinya luka tekan dan mendukung penegakan diagnosa kerusakan integritas kulit. Peneliti menggunakan skala Braden dalam menilai resiko luka tekan pada penelitian kali ini karena skala ini telah juga digunakan dalam penelitian sebelumnya tentang penggunaan minyak zaitun untuk mencegah terjadinya luka tekan di ruang Pepaya RSUD Cengkareng.

C. Tujuan

Skala Braden digunakan untuk menilai resiko terjadinya luka tekan pada pasien-pasien stroke dengan keterbatasan mobilisasi.

D. Manfaat

1. Skala Braden memungkinkan perawat melakukan pengkajian lebih spesifik dan menyeluruh pada kondisi kulit pasien-pasien stroke dengan keterbatasan mobilisasi.
2. Skala Braden memberikan dasar bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif terutama pada perawatan kulit pasien.

E. Metodologi

1. Formulir Skala Braden (Patricia, 2012, hlm 1310)

Nama Pasien :

No. Medikal Record :

Tanggal :

PARAMETER	TEMUAN				SKOR
Persepsi sensori	1. Tidak merasakan atau respon terhadap stimulus nyeri, kesadaran menurun	2. Gangguan sensori pada bagian ½ permukaan tubuh atau hanya berespon pada stimuli nyeri	3. Gangguan sensori pada 1 atau 2 ekstremitas atau berespon pada perintah verbal tapi tidak selalu mampu mengatakan ketidaknyamanan	4. Tidak ada gangguan sensori, berespon penuh terhadap perintah verbal.	
Kelembapan	1. Selalu terpapar oleh keringat atau urine basah	2. Sangat lembab	3. Kadang lembab	4. Kulit kering	
Aktivitas	1. Terbaring ditempat tidur	2. Tidak bisa erjalan	3. Berjalan dengan atau tanpa bantuan.	4. Dapat berjalan sekitar Ruangan	
Mobilitas	1. Tidak mampu ergerak	2. Tidak dapat merubah posisi secara tepat dan teratur	3. Dapat membuat perubahan posisi tubuh atau ekstremitas dengan mandiri	4. Dapat merubah posisi tanpa bantuan	
Nutrisi	1. Tidak dapat menghabiskan 1/3 porsi makannya, sedikit minum, puasa atauminum air putih, atau mendapat infus lebih dari 5 hari	2. Jarang mampu menghabiskan ½ porsi makanannya atau intake cairan kurang dari jumlah optimum	3. Mampu menghabiskan lebih dari ½ porsi makannya	4. Dapat menghabiskan porsi Makannya, tidak memerlukan suplementasi nutrisi.	
Gesekan	1. Tidak mampu mengangkat badannya sendiri, atau spastik, kontraktur atau Gelisah	2. Membutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya	3. Membutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya		
TOTAL SKOR					

2. Persiapan

Hal-hal yang perlu disiapkan antara lain :

- a. Formulir skala Braden
- b. Alat tulis
- c. Berkas pasien rawat inap

3. Pelaksanaan

- a. Berikan informasi tentang tindakan yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarganya.
- b. Lakukan cuci tangan menggunakan hand rub
- c. Lakukan pengkajian resiko luka tekan menggunakan skala Braden dengan cara :
 - 1) Kolom nama pasien diisi dengan nama lengkap pasien
 - 2) Kolom No. medikal record diisi dengan no. medikal record milik pasien
 - 3) Kolom tanggal diisi dengan tanggal dilakukannya pengkajian resiko luka tekan
 - 4) Kolom Skor pada karakteristik Persepsi Sensori diisi dengan angka 1-4 sesuai dengan hasil penilaian resiko pasien dengan ketentuan :
 - a) Skor 1 jika pasien tidak dapat merasakan respon erhadap stimulus nyeri, dan pasien mengalami penurunan kesadaran.
 - b) Skor 2 jika pasien mengalami gangguan sensori pada bagian $\frac{1}{2}$ permukaan tubuh atau hanya berespon pada stimuli nyeri.
 - c) Skor 3 jika pasien mengalami Gangguan sensori pada 1 atau 2 ekstremitas atau berespon pada perintah verbal tapi tidak selalu mampu mengatakan ketidaknyamanan.

- d) Skor 4 jika Tidak ada gangguan sensori, berespon penuh terhadap perintah verbal.
- 5) Kolom Skor pada karakteristik Kelembaban diisi dengan angka 1-4 sesuai dengan hasil penilaian resiko pasien dengan ketentuan :
- a) Skor 1 jika pasien selalu terpapar oleh keringat atau urine basah.
 - b) Skor 2 jika kondisi kulit pasien sangat lembab.
 - c) Skor 3 jika kondisi kulit pasien kadang lembab.
 - d) Skor 4 jika kondisi kulit pasien kulit kering.
- 6) Kolom Skor pada karakteristik Aktivitas diisi dengan angka 1-4 sesuai dengan hasil penilaian resiko pasien dengan ketentuan :
- a) Skor 1 jika pasien terbaring ditempat tidur.
 - b) Skor 2 jika pasien tidak bisa berjalan.
 - c) Skor 3 jika pasien berjalan dengan atau tanpa bantuan.
 - d) Skor 4 jika pasien dapat berjalan sekitar ruangan.
- 7) Kolom Skor pada karakteristik Mobilitas diisi dengan angka 1-4 sesuai dengan hasil penilaian resiko pasien dengan ketentuan :
- a) Skor 1 jika pasien tidak mampu bergerak.
 - b) Skor 2 jika pasien tidak dapat merubah posisi secara tepat dan teratur.
 - c) Skor 3 jika pasien dapat membuat perubahan posisi tubuh atau ekstremitas dengan mandiri.
 - d) Skor 4 jika pasien dapat merubah posisi tanpa bantuan.
- 8) Kolom Skor pada karakteristik Nutrisi diisi dengan angka 1-4 sesuai dengan hasil penilaian resiko pasien dengan ketentuan :

- a) Skor 1 jika pasien tidak dapat menghabiskan 1/3 porsi makannya, sedikit minum, puasa atau minum air putih, atau mendapat infus lebih dari 5 hari.
 - b) Skor 2 jika pasien jarang mampu menghabiskan 1/2 porsi makanannya atau intake cairan kurang dari jumlah optimum.
 - c) Skor 3 jika pasien mampu menghabiskan lebih dari 1/2 porsi makannya.
 - d) Skor 4 jika pasien dapat menghabiskan porsi makannya, tidak memerlukan suplementasi nutrisi.
- 9) Kolom Skor pada karakteristik Gesekan diisi dengan angka 1-3 sesuai dengan hasil penilaian resiko pasien dengan ketentuan :
- a) Skor 1 jika pasien tidak mampu mengangkat badannya sendiri, atau spastik, kontraktur atau gelisah
 - b) Skor 2 jika pasien membutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya.
 - c) Skor 3 jika pasien membutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya.
- 10) Kolom total skor diisi dengan menjumlahkan skor dari karakteristik Persepsi Sensori sampai dengan karakteristik gesekan dengan skor terendah 6 dan skor tertinggi 23.
- d. Analisa skor skala Braden yang didapat dengan kriteria :
- 1) Resiko ringan jika skor 15-23
 - 2) Resiko sedang jika skor 13-14
 - 3) Resiko berat jika skor 10-12
 - 4) Resiko sangat berat jika skor kurang dari 10
- e. Lakukan cuci tangan menggunakan hand rub
- f. Catat dan dokumentasikan tindakan yang dilakukan pada berkas rawat inap pasien.

4. Evaluasi

Pengkajian resiko luka tekan dengan menggunakan skala Braden dilakukan setiap hari dan dievaluasi setiap tiga hari. Jika hasil skor menunjukkan nilai resiko yang rendah maka tidak diperlukan intervensi khusus terkait pencegahan luka tekan (Zakiyyah, 2014).

F. Sumber

- Balzer et all (2007). *The Norton, Waterlow, Braden and Care Dependency Scales : Comparising their Validity When Identifying Patients' Pressure Sore Risk*. [Http://www.ncbi.nlm.gov/pubmed/](http://www.ncbi.nlm.gov/pubmed/), diunduh pada tanggal 5 Mei 2015
- Era dohiri (2009). Efektifitas Skala Braden dalam Memprediksi Kejadian Luka Tekan di Bangsal Bedah dalam RSU Prof.W.Z Yohanes Kupang:FIK UI. <http://www.core.ac.uk>, diunduh pada tanggal 7 Mei 2015
- Ignatavicius, Donna dkk (2006). *Medical Surgical Nursing: Critical Thinking for Collaborative Care*. Singapore. Elsevier Saunders.
- Kozier Barbara. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, & Praktik* edisi 7 vol 1, Alih bahasa Pamilih Eko Karyuni Editor edisi bahasa Indonesia Dwi Widiarti. Jakarta: EGC
- Patricia (2012). *Keperawatan kritis pendekatan asuhan holistik*. Jakarta : EGC
- Perry & Potter. (2005). *Buku ajar fundamental keperawatan : konsep, proses, dan praktek*. Jakarta : EGC
- Sanada dkk (2012). *Manajemen Luka Dekubitus*. <http://www.healthyeenthusiast.com>, diunduh pada tanggal 5 Mei 2015
- Suriadi. (2007). *Perawatan luka*. Jakarta : CV.Sagung seto
- Widodo. (2007). *Uji kepekaan instrumen pengkajian risiko dekubitus dalam mendeteksi dini risiko*,8 (1),3 . <http://www.publikasiilmiah.ums.ac.id>, diunduh pada tanggal 6 Mei 2015