

PROGRAM STUDI PROFESI NERS PROGRAM PROFESI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITS KUSUMA HUSADA SURAKARTA
2023

**PENERAPAN ALIH BARING UNTUK MENCEGAH TERJADINYA
DEKUBITUS PADA PASIEN *BEDREST***

Lina Dwi Ariyani¹⁾, Ari Pebru Nurlaily²⁾

¹⁾Mahasiswa Prodi Ners Program Ners Universitas Kusuma Husada Surakarta

²⁾Dosen Prodi Keperawatan Program Diploma 3 Universitas Kusuma Husada
Surakarta

linadwia14@gmail.com

ABSTRAK

Bedrest merupakan keadaan dimana pasien dianjurkan agar tetap berada di tempat tidur untuk tujuan proses penyembuhan. Pasien dengan tirah baring yang lama mempunyai resiko gangguan integritas kulit yang diakibatkan oleh tekanan yang lama, iritasi kulit atau imobilisasi dan berdampak pada timbulnya ulkus dekubitus atau luka tekan. Pencegahan terjadinya dekubitus yaitu menjaga kelembaban kulit, pemberian nutrisi dan mengurangi tekanan terhadap pasien dengan pemberian alih baring. Tujuan pada penerapan alih baring untuk mempertahankan *body alignment* atau keseimbangan tubuh, mengurangi komplikasi akibat imobilisasi dan meningkatkan rasa nyaman. Manfaat dari alih baring yaitu untuk memperbaiki mobilitas, memperbaiki persepsi sensoris, memperbaiki perfusi jaringan, meningkatkan status nutrisi, mengurangi tekanan dan gaya gesek pada kulit. Metode yang digunakan dengan rancangan *pre and posttest without control*. Subjek yang dipilih berdasarkan kriteria inklusi dan kriteria eksklusi yaitu mendapatkan 1 responden, dalam penerapan alih baring menggunakan instrument skala braden. Penerapan ini dilaksanakan selama 2 hari setiap pagi hari, posisi yang diberikan dalam penerapan ini seperti miring kanan selama 2 jam, terlentang selama 2 jam, dan miring kiri selama 2 jam dengan disanggah menggunakan bantal busa. Hasil evaluasi yang telah dilakukan selama 2 hari mendapatkan perbedaan hasil. *Pretest* hari pertama mendapatkan skor 10 (risiko berat) dan *Posttest* hari kedua mendapatkan skor 13 (risiko sedang). Kesimpulan dari penerapan alih baring pada pasien *bedrest* memiliki pengaruh terhadap kejadian dekubitus.

Kata Kunci : *Bedrest*, Dekubitus, Alih Baring, Skala Braden

Daftar Pustaka : 17 (2016-2023)

NERS PROFESSIONAL STUDY PROGRAM NERS PROGRAM
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
UNIVERSITY OF KUSUMA HUSADA SURAKARTA
2023

**APPLICATION OF BED TRANSFER TO PREVENT DECUBITUS IN
BEDREST PATIENTS**

Lina Dwi Ariyani¹⁾ Ari Pebru Nurlayli²⁾

¹⁾ *Nursing Study Program Students, Nurse Program, Faculty of Health Sciences,
University of Kusuma Husada Surakarta*

²⁾ *Lecturer in Nursing Study Program, Diploma 3 Program, Faculty of Health
Sciences, University of Kusuma Husada Surakarta*

linadwia14@gmail.com

ABSTRACT

Bedrest is a condition where the patient is advised to remain in bed for the purpose of the healing process. Patients with prolonged bed rest are at risk of impaired skin integrity caused by prolonged pressure, skin irritation or immobilization and this can result in decubitus ulcers or pressure sores. Preventing decubitus occurs by maintaining skin moisture, providing nutrition and reducing pressure on the patient by providing bed rest. The aim of applying bed rest is to maintain body alignment or body balance, reduce complications due to immobilization and increase comfort. The benefits of bed transfer are to improve mobility, improve sensory perception, improve tissue perfusion, improve nutritional status, reduce pressure and friction on the skin. The method used was a pre and posttest design without control. Subjects were selected based on inclusion criteria and exclusion criteria, namely getting 1 respondent, in applying bed transfer using the Braden scale instrument. This application is carried out for 2 days every morning, the positions given in this application are like right side for 2 hours, supine for 2 hours, and left side for 2 hours supported by a foam pillow. The results of the evaluation which was carried out for 2 days showed different results. The first day's pretest got a score of 10 (severe risk) and the second day's posttest got a score of 13 (moderate risk). The conclusion is that the application of lying down transfer to bedrest patients has an influence on the incidence of decubitus.

Keywords: Bedrest, Decubitus, Bed Transfer, Braden Scale

Bibliography : 17 (2016-2023)

PENDAHULUAN

ICU (Intensive Care Unit) adalah ruangan yang dilengkapi dengan staf dan peralatan khusus untuk merawat dan mengobati pasien dengan perubahan fisiologi yang cepat memburuk yang mempunyai intensitas defek fisiologi satu organ ataupun mempengaruhi organ lainnya hingga dapat menyebabkan kematian. Pasien yang masuk ruang perawatan ICU umumnya bervariasi, yaitu pasien elektif pasca operasi mayor, pasien emergency akibat trauma mayor, stress akibat trauma, cedera, pembedahan, sepsis atau gagal nafas dengan ketergantungan *total care*. (Maisyaroh & W, 2020).

Total care adalah ketika pasien memerlukan bantuan perawat sepenuhnya dan memerlukan waktu perawat yang lebih lama, seperti membutuhkan 2 orang atau lebih untuk mobilisasi, membutuhkan latihan pasif, kebutuhan nutrisi dan cairan dipenuhi melalui terapi intra vena (infus) atau NGT (sonde), kebutuhan bantuan untuk kebersihan mulut, membutuhkan bantuan penuh untuk berpakaian dan berdandan, dimandikan perawat, dalam keadaan inkontinensia, pasien tidak sadar, keadaan pasien tidak stabil, dalam kondisi seperti ini pasien diharuskan *bedrest* (Ns. Erita, S.Kep., 2019).

Menurut Muttaqin (2021) *Stroke Non Hemoragik (SNH)* merupakan gangguan sirkulasi cerebri yang dapat timbul sekunder dari proses patologis pada pembuluh misalnya thrombus, embolus atau penyakit vaskuler dasar seperti arteo sclerosis dan arteritis yang mengganggu aliran darah cerebral sehingga suplai nutrisi dan oksigenasi ke otak menurun yang menyebabkan terjadinya infrak.

Seseorang dengan penyakit stroke tentu saja akan mengalami gangguan pada aktivitas sehari-harinya mulai dari perawatan diri, gangguan dalam berbicara, gangguan mobilisasi, hambatan mobilitas fisik, perubahan kesadaran yang mengakibatkan pasien harus *bedrest* (Salsabila et al., 2023).

Bedrest merupakan keadaan dimana pasien dianjurkan agar tetap berada di tempat tidur untuk tujuan proses penyembuhan, lamanya tirah baring tergantung pada status kesehatan pasien masing-masing. Pasien dengan tirah baring yang lama mempunyai resiko gangguan integritas kulit yang diakibatkan oleh tekanan yang lama, iritasi kulit atau imobilisasi dan berdampak pada timbulnya ulkus dekubitus atau luka tekan (Laraswati et al., 2021).

Dekubitus merupakan kerusakan pada jaringan yang terjadi akibat tekanan yang berlangsung dalam waktu yang lama. Tekanan yang diberikan pada jaringan akan mengganggu suplai darah di daerah yang terkena tekanan. Jika kondisi ini berlangsung dalam waktu yang lama, dapat menyebabkan gangguan aliran darah yang tidak mencukupi, kurangnya pasokan oksigen (anoksia), atau kekurangan pasokan darah (iskemia) pada jaringan yang akhirnya dapat menyebabkan kematian sel. Dekubitus umumnya terjadi pada jaringan kulit atau jaringan di bawahnya, terutama pada area yang menonjol tulang (Mahmuda, 2019).

Tingginya angka kejadian ulkus dekubitus menjadi salah satu faktor penilaian mutu pelayanan rumah sakit. Erika et al (2021) mengatakan angka kejadian dekubitus atau luka

tekan pada pasien rawat inap bervariasi di seluruh dunia, berkisar antara 1% hingga 56%. Terdapat laporan prevalensi luka tekan di unit perawatan intensif (ICU) dari berbagai negara dan benua, seperti 49% di Eropa, 22% di Amerika Utara, dan 50% di Australia. Di Indonesia, angka kejadian luka tekan pada pasien yang dirawat di ICU mencapai 33% (Utomo et al., 2022). Di ruang ICU RSUD Karanganyar tidak ditemukannya data mengenai pasien dekubitus, tetapi dari hasil observasi selama 3 minggu didapatkan pasien yang mengalami dekubitus derajat 1 sebanyak 5 orang (18%).

Tindakan pencegahan dekubitus harus dilakukan sedini mungkin dan terus menerus. Rekomendasi (*Institute For Healthcare Improvement*, 2011) dalam Marsaid et al (2019) dalam pencegahan terjadinya dekubitus yaitu pengkajian terhadap resiko dekubitus, menjaga kelembaban kulit, pemberian nutrisi dan mengurangi tekanan terhadap pasien dengan pemberian posisi miring kanan miring kiri dan penggunaan bantal untuk penopang dengan menggunakan penilaian skala braden.

Pemberian posisi miring yang bertujuan untuk mempertahankan *body alignment* atau keseimbangan tubuh, mengurangi komplikasi akibat immobilisasi dan meningkatkan rasa nyaman (Herly et al., 2021). Posisi miring 30° adalah posisi yang memberikan tekanan minimal ketika pasien dimiringkan. Perubahan posisi miring dilakukan setiap 2 jam sekali dengan menjaga bagian kepala tempat tidur setinggi 30° dengan disamping menggunakan bantal busa (Kapp et al., 2019). Pemberian posisi

mobilisasi Alih baring dengan 30° menurut Samhah & Khumaidi (2021) terdiri dari 3 posisi, seperti : miring kanan selama 2 jam, terlentang selama 2 jam dan miring kiri selama 2 jam.

Posisi ini terbukti menjaga pasien terbebas dari penekanan pada area trokanter dan sacral, hal ini dapat menurunkan terjadinya dekubitus. Lama immobilisasi sangat berpengaruh sangat berperan terhadap timbulnya dekubitus. Pada shift pagi atau sore perawat dapat melakukan 1 kali perubahan posisi pasien, pada malam hari minimal dapat melakukan 2 kali (Rahayu et al., 2023). Menurut (Suheri, 2009) dalam Simanjuntak & Purnama (2020), dekubitus akan muncul pada hari ke lima setelah immobilisasi atau enam jam setelah immobilisasi. Namun demikian hal ini sangat bergantung dengan upaya pencegahan yang dilakukan.

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan selama 1 minggu didapatkan jumlah pasien yang mengalami *bedrest* sejumlah 5 pasien dan tindakan miring kanan miring kiri hanya dilakukan saat pagi hari bersamaan dengan memandikan pasien dan dilakukannya tidak selama 2 jam. Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui pengaruh pemberian mobilisasi alih baring untuk pencegahan dekubitus pada pasien *bedrest*.

METODE

Penerapan ini dilaksanakan di ruang ICU RSUD Karanganyar pada bulan Juli-Agustus 2023. Rancangan penerapan yang digunakan adalah *pre and posttest without control*. Subjek yang dipilih berdasarkan kriteria inklusi dan kriteria eksklusi yaitu

mendapatkan 1 responden dengan diagnosis medis SNH. Variabel independent yaitu alih baring dan variabel dependen yaitu pencegahan dekubitus.

Instrument yang digunakan yaitu skala braden, dengan kriteria resiko ringan: skor 15-23, resiko sedang: skor 13-14, resiko berat: skor 10-12 resiko sangat berat: skor < 10 (Prabawa & Rahmawati, 2019).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 9 Agustus 2023 pukul 08.00 WIB didapatkan hasil Keluarga Ny.S mengatakan sebelumnya pasien mengeluh pegal-pegal ditangan dan diperiksa ke pengobatan tradisional saja. TD : 189/97 mmHg, RR : 24 x/menit, N : 130 x/menit, S : 36,7°C, SPO2 : 100% dengan kesadaran somnolent GCS E4V1M5. GCS pada ekstermitas kanan E4V1M1, GCS ekstermitas kiri E4V1M3.

Pasien tampak terpasang infus RL 60 tpm, terpasang O2 nasal 3 lpm, terpasang DC dan NGT, pasien mengalami bedrest dengan kekuatan otot ekstermitas atas kanan/kiri : 1/3, ekstermitas bawah kanan/kiri 1/3, ROM pasif, kekuatan otot menurun, tampak lemas, mengalami kaku sendi pada ekstermitas kanan dan gerakan menjadi terbatas. Tampak bengkak pada tangan sebelah kiri. Tampak kemerahan dan lembab pada area punggung karena bedrest yang lama, tidak ditemukan luka pada tubuh bagian belakang dan semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat. Pasien memiliki riwayat penyakit DM dan Hipertensi.

Keluarga Ny.S mengatakan Ny.S tidak rutin mengkonsumsi obat

hipertensi dan penyakit DM baru diketahui saat datang di IGD RSUD Karanganyar. Keluarga Ny.S mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit dalam keluarganya baik asma, hipertensi, DM maupun jantung. Hasil perhitungan balance cairan selama 24 jam yaitu +1.003 cc/24jam.

Hasil pemeriksaan CT Scan didapatkan Infark lakuner pada corona radiata kanan dan tak tampak perdarahan maupun SOL intracranial. Hasil pengkajian skala braden mendapatkan skor 10 masuk dalam kategori resiko berat terjadinya luka dekubitus.

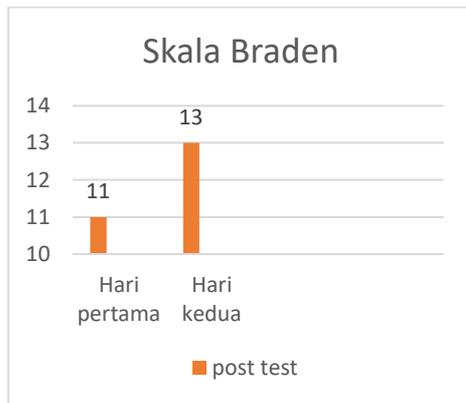
Hasil yang diperoleh dari penelitian ini adalah :

Diagram 5. 1 Skor Skala Braden sebelum dilakukan tindakan alih baring diruang ICU RSUD Karanganyar



Berdasarkan diagram 5.1 menunjukkan bahwa skor pretest pada hari pertama mendapatkan skor 10 (risiko berat) dan hari kedua mendapatkan skor 12 (risiko berat).

Diagram 5. 2 Skor skala braden sesudah dilakukan tindakan alih baring di ruang ICU RSUD Karanganyar



Berdasarkan diagram 5.2 menunjukkan bahwa skor posttest pada hari pertama mendapatkan skor 11 (risiko berat) dan hari kedua mendapatkan skor 13 (risiko sedang).

1. Pengkajian

Hasil pengkajian didapatkan bahwa pasien mengalami stroke non hemoragik dengan dibuktikan pemeriksaan CT Scan didapatkan Infark lakuner pada corona radiata kanan dan tak tampak perdarahan maupun SOL intracranial, pasien mengalami bedrest, semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat, pasien memiliki risiko dekubitus dibuktikan dengan penilaian dengan skala braden didapatkan skor 10 (risiko berat). Hasil pengkajian ini sejalan dengan (Fitriyani, 2009) dalam Marsaid et al (2019) mengatakan bahwa pasien stroke dengan gangguan mobilisasi yang mengalami alih baring di tempat tidur dalam waktu yang cukup lama tanpa mampu untuk merubah posisi akan berisiko tinggi terjadinya luka tekan.

Stroke dapat terjadi karena pembuluh darah di otak pecah dan adanya penggumpalan darah akibat mengalami trombosis sehingga terjadi perdarahan serebri dan penyumbatan pembuluh darah di otak yang menyebabkan penurunan suplai darah ke otak, hal ini akan menurunkan suplai oksigen ke otak sehingga mengakibatkan iskemik jaringan otak dan terjadi disfungsi jaringan otak.

Disfungsi otak mengakibatkan terjadinya hemiparesis sehingga bagian tubuh mengalami kelumpuhan sebagian yang berdampak pasien akan mengalami penurunan mobilitas fisik dan bedrest sehingga merusak integritas kulit yang menjadi faktor terbentuknya luka tekan (Marsaid et al., 2019).

2. Diagnosis Keperawatan

Hasil diagnosis dalam asuhan keperawatan ini adalah risiko gangguan integritas kulit/jaringan dibuktikan dengan Penekanan Pada Tonjolan Tulang, data Subjektif: keluarga mengatakan semua aktivitas dibantu. Data Objektif: GCS pasien E4V1M5, kesadaran pasien somnolent, kekuatan ekstermitas atas kanan/kiri 1/3, ekstermitas bawah kanan kiri 1/3, pasien bedrest, tampak lembab pada area tubuh yang mengalami tekanan, semua aktivitas dibantu keluarga dan perawat, pasien tampak lemas, tampak gerakan menjadi terbatas, dan tidak ditemukan luka pada tubuh bagian belakang, skor skala braden 10 (risiko decubitus).

Hasil diagnosis yang didapatkan sejalan dengan buku panduan SDKI, 2016 dijelaskan bahwa Risiko gangguan integritas kulit/jaringan adalah berisiko mengalami kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligament).

3. Intervensi Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian didapatkan tujuan dan kriteria hasil diagnosis Risiko Gangguan Integritas Kulit/Jaringan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam maka Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125) Meningkat dengan kriteria hasil: Risiko kerusakan jaringan menurun, risiko kerusakan lapisan kulit menurun, kemerahan menurun, dan suhu kulit membaik.

Intervensi yang dilakukan sesuai dengan buku panduan SIKI, 2016 yaitu Pencegahan Luka Tekan (I.14543) dengan tindakan non farmakologis yaitu alih baring.

Manfaat dari alih baring tiap 2 jam dengan posisi kepala setinggi 30° adalah untuk memperbaiki mobilitas, memperbaiki persepsi sensori, memperbaiki perfusi jaringan, meningkatkan status nutrisi, mengurangi tekanan dan gaya gesek pada kulit dengan cara melakukan alih baring apabila tidak dilakukan alih baring maka akan berdampak pada terjadinya luka dekubitus.

Dengan dilakukan terapi lateral inklin 30° akan memperlancar aliran darah

sehingga tidak mengakibatkan terjadinya dekubitus (Prabawa & Rahmawati, 2019).

4. Implementasi

Implementasi yang dilakukan pada asuhan keperawatan ini yaitu penerapan alih baring tiap 2 jam. Pemberian alih baring tiap 2 jam merupakan salah satu intervensi untuk mencegah terjadinya dekubitus, pemberian posisi mobilisasi Alih baring dengan 30° terdiri dari 3 posisi, seperti miring kanan 2 jam, terlentang 2 jam, miring kiri 2 jam dengan bagian kepala setinggi 30° (Samhah & Khumaidi, 2021).

Sesuai dengan intervensi pada observasi yang pertama yaitu memeriksa luka tekan dengan skala braden. Intervensi yang diberikan sesuai dengan rekomendasi (*Institute For Healthcare Improvement*, 2011) dalam Marsaid et al (2019) dalam pencegahan terjadinya dekubitus yaitu pengkajian terhadap resiko dekubitus, menjaga kelembaban kulit, pemberian nutrisi dan mengurangi tekanan terhadap pasien dengan pemberian posisi miring kanan miring kiri dan penggunaan bantalan untuk penopang dengan menggunakan penilaian skala braden (Prabawa & Rahmawati, 2019).

Tindakan selanjutnya yaitu memonitor suhu kulit yang tertekan, memonitor status kulit harian, memonitor ketat area yang memerah, memonitor kulit diatas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi, memonitor sumber tekanan dan gesekan. Beberapa factor yang memiliki

peran besar terbentuknya ulkus dekubitus menurut Nurhanifah et al (2019) seperti tekanan, gesekan, dan kelembaban kulit. Tekanan pada permukaan tubuh yang menonjol dapat meningkatkan tekanan kapiler di dalam jaringan sehingga mengakibatkan gangguan sirkulasi. Hipoksia jaringan terjadi, jaringan mengalami kerusakan, dan akhirnya nekrosis. Monitor mobilitas fisik dan aktivitas individu.

Implementasi terapeutik yang dilakukan seperti membuat jadwal perubahan posisi dengan tujuan agar tercapainya tujuan dari penerapan alih baring untuk mencegah terjadinya dekubitus. Meringankan kulit yang lembab akibat keringat, mengubah posisi dengan hati-hati setiap 2 jam dengan tujuan untuk mempertahankan body alignment atau keseimbangan tubuh, mengurangi komplikasi akibat immobilisasi dan meningkatkan rasa nyaman (Simanjuntak & Purnama, 2020). Memberikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan dan menjaga spreng tetap kering, bersih, dan tidak ada kerutan/lipatan.

Mengubah posisi dengan hati-hati setiap 2 jam dengan memberikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang dan menjaga spreng tetap kering, bersih dan tidak ada kerutan/lipatan. (Ernawati (2014) dalam Marsaid et al (2019) mengatakan bahwa perubah posisi dapat melancarkan peredaran darah serta memperbaiki pengaturan metabolisme tubuh

mengembalikan kerja fisiologi organ-organ vital dan perubahan posisi juga memungkinkan kulit yang tertekan terekspose udara.

Perubahan posisi miring kanan miring kiri dilakukan setiap 2 jam sekali dengan menjaga bagian kepala tempat tidur setinggi 30° dengan disanggah menggunakan bantal busa (Kapp et al., 2019). Pada shift pagi atau sore perawat dapat melakukan 1 kali perubahan posisi pasien, pada malam hari minimal dapat melakukan 2 kali (Rahayu et al., 2023).

5. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi pemberian alih baring tiap 2 jam dan penilaian skala dekubitus mengalami kenaikan atau perubahan di setiap harinya. Pada hari pertama mendapatkan skor 10 (risiko berat) menjadi 11 (risiko berat) dengan kenaikan 1 poin. Pada hari ke dua mendapatkan skor 12 (risiko berat) menjadi 13 (risiko sedang) dengan kenaikan 1 poin.

Hasil penerapan ini sejalan dengan penelitian Nisak et al (2019) yang menunjukkan bahwa terdapat pengaruh pemberian mobilisasi setiap 2 jam terhadap kejadian dekubitus. Tindakan mobilisasi bertujuan untuk menghindari pasien agar tidak bedrest dan mencegah terjadinya dekubitus, mencegah kerusakan integritas kulit dan memperbaiki sirkulasi serta perfusi jaringan.

Penelitian yang dilakukan Kusumah & Hasibuan (2021) juga menunjukkan bahwa ada pengaruh pemberian perubahan posisi terhadap kejadian dekubitus pada pasien di Ruang Perawatan Rumah

Sakit Aminah Ciledug Tangerang. Dalam penelitian Kapp et al (2019) terbukti bahwa penggunaan bantal dapat mencegah tekanan, gesekan, dan kelembapan pada pasien.

Menurut peneliti dengan pemberian alih baring pada pasien bedrest memiliki pengaruh terhadap kejadian dekubitus. Dengan penerapan alih baring tiap 2 jam ini dapat mengurangi kelembapan dan gesekan yang tujuannya mengurangi tekanan yang dapat mengakibatkan dekubitus.

KESIMPULAN

1. Pengkajian
Hasil pengkajian didapatkan bahwa pasien dengan diagnosis medis SNH. Hasil dari pemeriksaan menunjukkan pasien mengalami bedrest, semua aktivitas dibantu, penilaian dengan skala braden didapatkan skor 10 (risiko berat).
2. Diagnosis
Didapatkan diagnosis dari hasil pengkajian asuhan keperawatan yaitu risiko gangguan integritas kulit/jaringan dibuktikan dengan Penekanan Pada Tonjolan Tulang.
3. Intervensi
Intervensi yang dilakukan kepada pasien yaitu Pencegahan Luka Tekan (I.14543) dengan penerapan alih baring tiap 2 jam.
4. Implementasi
Implementasi sudah dilakukan sesuai dengan intervensi yang ditulis oleh penulis. Penulis melakukan tindakan penerapan alih baring tiap 2 jam untuk mencegah terjadinya dekubitus.

5. Evaluasi

Hasil evaluasi yang telah dilakukan selama 2 hari mendapatkan perbedaan hasil. Pretest hari pertama mendapatkan skor 10 (risiko berat) dan posttest mendapatkan skor 11 (risiko berat). Pretest hari kedua mendapatkan skor 12 (risiko berat) dan posttest mendapatkan skor 13 (risiko sedang).

SARAN

1. Bagi penulis

Sebagai saran untuk mengaplikasikan ilmu pengetahuan yang telah diperoleh selama mengikuti masa perkuliahan dan sebagai tambahan pengalaman untuk meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan penerapan alih baring untuk mencegah terjadinya dekubitus pada pasien bedrest.

2. Bagi ICU RSUD Karanganyar

Sebagai bahan masukan evaluasi serta referensi yang diperlukan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan secara komprehensif khususnya penerapan alih baring untuk mencegah terjadinya dekubitus pada pasien bedrest.

3. Bagi Pendidikan Institusi

Penerapan ini diharapkan dapat menambah pengetahuan, wawasan dan sebagai bahan perkembangan ilmu pengetahuan khususnya dibidang ilmu keperawatan dalam melakukan asuhan keperawatan penerapan alih baring untuk mencegah terjadinya dekubitus pada pasien bedrest.

4. Bagi Pasien

Penerapan ini diharapkan dapat menambah pengetahuan, wawasan

dan sebagai bahan untuk melakukan tindakan non farmakologi secara mandiri dirumah.

DAFTAR PUSTAKA

- Erika, E., Fridayana Fitri, R., & Sumiati, A. (2021). Pengaruh Perawatan Luka Menggunakan Gel Lidah Buaya Terhadap Kesembuhan Dekubitus. *Jurnal Indah Sains Dan Klinis*, 2(3), 40–51.
<https://doi.org/10.52622/jisk.v2i3.35>
- Herly, H. N., Ayubbana, S., & Sari, S. A. (2021). Pengaruh Posisi Miring Untuk Mengurangi Resiko Dekubitus Pada Pasien Stroke. *Jurnal Cendekia Muda*, 1(September), 293–298.
- Kapp, S., Gerdtz, M., Gefen, A., Prematunga, R., & Santamaria, N. (2019). An observational study of the maintenance of the 30° side-lying lateral tilt position among aged care residents at risk of developing pressure injuries when using the standard care pillow and a purpose-designed positioning device. *International Wound Journal*, 16(5), 1080–1086.
<https://doi.org/10.1111/iwj.13142>
- Kusumah, A. M. P., & Hasibuan, M. T. D. (2021). Pengaruh Perubahan Posisi Dalam Mencegah Dekubitus Pada Pasien Yang Menjalani Perawatan Di Rumah Sakit Aminah Ciledug Tangerang. *Indonesian Trust Health Journal*, 4(1), 451–455.
- Laraswati, A., Suwaryo, P. A. W., & Waladani, B. (2021). Pencegahan Dekubitus Menggunakan Posisi Alih Baring pada Pasien yang Dirawat di Intensive Care Unit (ICU). *The 13th University Research Colloquium 2021*, 1–10.
- Mahmuda, I. N. N. (2019). Pencegahan Dan Tatalaksana Dekubitus Pada Geriatri. *Biomedika*, 11(1), 11.
<https://doi.org/10.23917/biomedika.v11i1.5966>
- Maisyaroh, A., & W, E. P. (2020). *Buku Ajar Keperawatan Gawat Darurat, Manajemen Bencana, dan Keperawatan Kritis*. 27.
[http://repository.unej.ac.id/bitstream/handle/123456789/65672/Ainul Latifah-101810401034.pdf?sequence=1](http://repository.unej.ac.id/bitstream/handle/123456789/65672/Ainul%20Latifah-101810401034.pdf?sequence=1)
- Marsaid, Ain, H., & Wazida, F. I. (2019). Posisi Tidur Miring 30 Derajat Terhadap Terjadinya Luka Tekan Pada Pasien Stroke Di RSUD Sidoarjo. *Jurnal Keperawatan Terapan (e-Journal)*, 05(02), 111–120.
<http://ojs.poltekkes-malang.ac.id/index.php/JKT/article/view/916>
- Nisak, K., Kristinawati, B., & Widayati, N. (2019). Aplikasi Massage Olive Oil untuk Mencegah Dekubitus pada Pasien Kritis di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. *The 10th University Research Colloquium, 2001*, 490–495.
- Ns. Erita, S.Kep., M. K. (2019). *Buku Materi Pembelajaran Manajemen Keperawatan*. 116.
<https://books.google.co.id/books>
- Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar Diagnosis*

*Keperawatan Indonesia :
Definisi Dan Indikator
Diagnostik*. Edisi 1. Jakarta :
DPP PPNI

- Prabawa, A., & Rahmawati, A. (2019). *Penerapan Pengaruh Posisi Lateral Inkli 300 Terhadap Pencegahan Dekubitus Pada Pasien Stroke Di Ruang Cempaka RS Pantiwilasa Citarum Semarang*. 4(1), 1–6.
- Salsabila, R., Ahyana, & Safuni, N. (2023). *Hubungan Self-Efficacy Dengan Self-Care Pada Pasien Stroke Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr.Zainoel Abidin Banda Aceh*. VII, 150–159.
- Samhah, M. R. H., & Khumaidi. (2021). *Pengembangan Standar Operasional Prosedur (SOP) Pemberian Mobilisasi Alih Baring Terhadap Pencegahan Dekubitus Pada Pasien Stroke*. 1, 5–10.
- Simanjuntak, T. R., & Purnama, A. (2020). *Efektivitas Mobilisasi Miring Kiri Miring Kanan dalam Upaya Pencegahan Pressure Injury*. *Jurnal Keperawatan*, 6(1).
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi Dan Tindakan Keperawatan*. Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI
- Utomo, Wasisto, Dewi, Irvani, Y., & Abdurrasyid. (2022). *Efektivitas Pemberian Nigella Sativa Oil Pencegahan Luka Dekubitus pada Pasien Tirah Baring Lama di Ruang ICU RSUD Pambalah Batung Amunta*. 6(1), 34–38.