

PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS KUSUMA HUSADA SURAKARTA
2024

PENGARUH MOBILISASI PROGRESIF LEVEL I-II TERHADAP KEJADIAN
DEKUBITUS DI RUANG HCU ANGGREK 2 RSUD Dr. MOEWARDI

Endah Purwaningsih¹⁾, Wahyu Rima Agustin²⁾, Gatot Suparmanto³⁾

¹⁾Mahasiswa Prodi Keperawatan Program Sarjana Universitas Kusuma Husada

^{2),3)}Dosen Prodi Keperawatan Program Sarjana Universitas Kusuma Husada
endahst07@gmail.com

ABSTRAK

Pasien dengan tirah baring lama mempunyai resiko gangguan integritas kulit akibat tekanan yang lama, iritasi, atau immobilisasi yang berdampak timbulnya dekubitus. Dekubitus adalah cedera yang terlokalisir pada kulit dan atau jaringan dibawahnya yang biasanya diatas tonjolan tulang sebagai akibat adanya tekanan atau kombinasi dari tekanan dan gesekan. Salah satu cara untuk dapat mengurangi resiko dan dampak dekubitus di ruang HCU Anggrek 2 adalah dengan mobilisasi progresif, yaitu suatu tindakan mobilisasi yang dilakukan secara bertahap dan berurutan pada pasien kritis. Tindakan mobilisasi progresif meliputi HOB (Head of Bed), Latihan ROM pasif dan aktif, CLRT (Continuous Laterally Rotation Therapy).

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif, dengan rancangan penelitian *Quasi experiment* dengan *pre dan post test control design* pada pasien tirah baring di HCU Anggrek 2 dengan 25 responden kelompok *control* dan 25 responden kelompok intervensi. Untuk Analisa data menggunakan uji *Wilcoxon* dan uji normalitas data menggunakan metode *Shapiro-Wilk*.

Dari hasil uji normalitas, didapatkan data sebelum dan sesudah dilakukan tindakan mobilisasi progresif berdistribusi tidak normal dengan p-value <0,05. Dan dari hasil analisa data didapatkan p-value < $\alpha = 0,001 < 0,005$ sehingga H0 ditolak dan Ha diterima.

Hasil penelitian merujuk pada kesimpulan bahwa ada pengaruh mobilisasi progresif terhadap kejadian dekubitus di ruang HCU Anggrek 2.

Kata kunci : Mobilisasi progresif, Dekubitus

THE EFFECT OF LEVEL I-II PROGRESSIVE MOBILIZATION ON THE
INCIDENCE OF DECUBITUS IN THE ANGGREK 2 HCU ROOM
AT DR. MOEWARDI HOSPITAL

Endah Purwaningsih¹⁾, Wahyu Rima Agustin²⁾, Gatot Suparmanto³⁾

¹⁾ Student of Nursing Study Program of Undergraduate Programs, University of Kusuma
Husada Surakarta

^{2),3)} Lecturer of Nursing Study Program of Undergraduate Programs, University of
Kusuma Husada Surakarta
endahst07@gmail.com

ABSTRACT

Patients with prolonged bed rest are susceptible to compromised skin integrity caused by prolonged pressure, irritation, or immobilization, leading to decubitus ulcers development. Decubitus is a localized injury to the skin and/or underlying tissue typically discovered above the bone spurs caused by pressure or a combination of pressure and friction.

An intervention to reduce the risk and severity of decubitus is progressive mobilization. Progressive mobilization involves gradual and sequential mobilization techniques applied to critical patients. Specific actions of progressive mobilization include HOB (Head of Bed), passive and active ROM exercises, and CLRT (Continuous Laterally Rotation therapy).

The type of research employed a quantitative Quasi experiment with pre and post-test control design on bed rest patients in Anggrek 2 HCU with 25 control group respondents and 25 intervention group respondents. The data were analyzed using the Wilcoxon test, and the data normality test was assessed using the Shapiro-Wilk method.

Based on the normality test results, the data before and after the progressive mobilization action were not normally distributed with a p-value < 0.05 . Additionally, the results of data analysis obtained a p-value $< \alpha = 0.001 < 0.005$. Therefore, H_0 was rejected, and H_a was accepted.

The study outcomes indicated that progressive mobilization significantly affects the incidence of decubitus in the Anggrek 2 HCU room.

Keywords: Decubitus, Progressive mobilization

PENDAHULUAN

Pasien dengan tirah baring lama mempunyai resiko gangguan integritas kulit akibat tekanan yang lama, iritasi, atau immobilisasi yang berdampak timbulnya dekubitus (Sumara,2015).

Dekubitus adalah cedera yang terlokalisir pada kulit dan atau jaringan dibawahnya yang biasanya diatas tonjolan tulang sebagai akibat adanya tekanan atau kombinasi dari tekanan dan gesekan (NPUAP-APUAP,2019). Apabila

dekubitus tidak tertangani dengan baik, menurut Tri Yuniwati (2021) maka dapat menyebabkan kerusakan kulit, selulitis, infeksi tulang dan sendi, gangrene, kanker dan sepsis, yang mana kondisi tersebut dapat menyebabkan kematian.

Untuk prevalensi dekubitus di dunia 21% atau sekitar 8,5 juta kasus, dengan 511% pada perawatan akut, 15-25% pada perawatan jangka panjang, 7-12% pada perawatan rumah (WHO,2018). Untuk di RSUD Dr. Moewardi sendiri dari bulan Agustus–Oktober 2023 sebanyak 102 kasus. Sedangkan di ruang HCU Anggrek 2, 5% kasus pada bulan Agustus, 6% pada bulan September, dan 7% pada bulan Oktober.

Salah satu cara untuk dapat mengurangi resiko dan dampak dekubitus di ruang HCU Anggrek 2 adalah dengan mobilisasi progresif, yaitu suatu tindakan mobilisasi yang dilakukan secara bertahap dan berurutan pada pasien kritis. Menurut American Association of Care Nurses (AACN) tindakan mobilisasi progresif meliputi HOB (Head of Bed), Latihan ROM pasif dan aktif, CLRT (Continuous Laterally Rotation Theraphy), posisi tengkurap, gerakan melawan gravitasi, posisi duduk, posisi kaki menggantung, berdiri serta berjalan.

Dari fenomena tersebut peneliti merumuskan masalah adakah pengaruh mobilisasi progresif terhadap kejadian dekubitus di ruang HCU Anggrek 2. Dan tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi karakteristik responden di HCU Anggrek 2, mengidentifikasi derajat dekubitus sebelum diberikan tindakan mobilisasi progresif, mengidentifikasi derajat dekubitus setelah diberikan tindakan mobilisasi progresif dan untuk menganalisa pengaruh mobilisasi progresif terhadap kejadian dekubitus di ruang HCU Anggrek 2 RSUD Dr. Moewardi.

Mobilisasi merupakan latihan ringan yang dilakukan untuk mempertahankan kemampuan gerak

sendi secara normal dan meningkatkan sirkulasi darah dalam tubuh serta mempercepat pemulihan dan pencegahan terjadinya komplikasi pasca bedah (Iswari,2019).

Sedangkan mobilisasi progresif meliputi HOB (Head of Bed) memberikan posisi kepala 30°, dinaikkan bertahap 45°-65° sampai dengan pasien dapat duduk tegak, ROM (Range of Motion) yaitu memberikan latihan secara pasif pada ekstremitas atas, dan ekstremitas bawah, mulai dari jari, pergelangan, siku, lutut, pundak dan panggul dengan gerakan flexi, ekstensi, adduksi, abduksi, hiperextensi, hiperflexi, dorsoflexi, dan plantarflexi. CLRT (Continuous Laterally Rotation Theraphy) yaitu memberikan posisi miring kanan atau kiri. CLRT ini berfungsi untuk mengurai komplikasi paru. Memberikan posisi prone terlungkup bermanfaat untuk pasien dengan distress pernafasan akut dan cedera pada paru akut. Selanjutnya latihan duduk, berdiri dan jalan.

Tindakan mobilisasi progresif diharapkan dapat mengurangi resiko dekubitus, yaitu kerusakan jaringan yang disebabkan karena adanya kompresi jaringan lunak diatas tulang yang menonjol dan adanya luka tekan dari luar dalam jangka waktu yang lama. Pada fase ini akan menyebabkan gangguan pada suplai darah pada daerah yang tertekan. Apabila hal ini berlangsung lama akan menyebabkan insufiensi aliran darah, *anoksia* atau iskemi jaringan dan akhirnya dapat terjadi kematian sel (Nursalam, 2014).

Pengkajian skala dekubitus salah satunya dapat menggunakan skala Braden skor yang meliputi persepsi sensori, kelembaban, aktivitas, mobilisasi, nutrisi, dan gesekan (Braden dan Bergstrom, 1989). Berdasarkan hasil meta analisis *Australian Wound Management Association* (AWMA, 2012) yang mengindikasikan bahwa skala braden mempunyai reliabilitas

paling kuat. Scoonhoven, et al (2002) melalui penelitian dengan desain *cohort prospective* menyatakan *braden's scale instrument* terbaik untuk prediksi dekubitus diunit bedah, interna, neurologi, dan geriatri jika dibandingkan *Norton's scale* dan *Waterlow*. Untuk itu maka pada penelitian ini, penulis menggunakan skala braden skor untuk mengetahui derajat dekubitus dari responden. Dan peneliti menerapkan mobilisasi progresif level I-II dalam upaya mengurangi resiko dan dampak dari dekubitus.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif, dengan *Quasi experiment* yang menggunakan *pre dan post test control design*. Penelitian ini dilaksanakan di ruang HCU Anggrek 2 RSUD Dr. Moewardi dari 26 Desember 2023-3 Maret 2024 dengan populasi seluruh pasien di ruang HCU Anggrek 2 yang mengalami penurunan kesadaran dan tirah baring, sedangkan untuk kriteria eksklusinya pasien dengan penurunan kesadaran yang memerlukan resusitasi, pasien dengan fraktur cervical, dan pasien yang pindah atau meninggal sebelum 5 hari. Banyak sampel berdasar rumus Solvin 50 responden yang dibagi menjadi 25 responden sebagai kelompok *control*, dan 25 responden sebagai kelompok intervensi.

Pada penelitian ini menggunakan SOP mobilisasi progresif dan lembar observasi dekubitus berdasar skala braden skor. Data dari hasil penelitian diolah dengan uji *Wilcoxon* yang sebelumnya dilakukan uji normalitas data dengan *Shapiro-Wilk*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Table 1 Distribusi frekuensi responden berdasarkan Umur (n=25)

| Jenis Kelamin | Frekuensi | Persentase (%) |
|---------------|-----------|----------------|
| Dewasa | 8 | 32 |
| Pra | 8 | 32 |

| Lansia | 9 | 36 |
|--------|----|-----|
| Jumlah | 25 | 100 |

Sumber: Data Primer (Diolah SPSS for windows versi 22.0, 2024)

Hasil penelitian berdasarkan usia menunjukkan bahwa responden kebanyakan masuk dalam kategori lansia, umur >60 tahun dengan jumlah responden 9 responden, pra lansia umur 45-59 tahun berjumlah 8 responden, dan dewasa umur 19-44 tahun berjumlah 8 responden.

Pasien dengan usia tua memiliki resiko yang tinggi terhadap *decubitus* seiring dengan penuaan. Penuaan mengakibatkan kehilangan otot, penurunan kadar serum albumin, penurunan respon inflamatori, penurunan elastisitas kulit, serta penurunan kohesi antara epidermis dan dermis. Seiring dengan meningkatnya usia berdampak pada perubahan kulit, diindikasikan dengan penghubung dermis dan epidermis yang flat/rata, penurunan jumlah sel, kehilangan elastisitas kulit, lapisan sub kutan yang menipis, pengurangan massa otot, dan penurunan perfusi dan oksigenasi vascular intradermal (Jaul, 2010).

Pada lansia tekanan arteriolar yang rendah menurunkan tekanan sirkulasi sehingga nutrisi dan oksigen tidak sampai ke jaringan, hal ini dapat menurunkan elastisitas kulit, dan kulit mudah robek ditambah factor gesekan dan pergerakan (Joseph & Davies, 2013)

Menurut asumsi peneliti dengan penurunan massa otot, dan penurunan kepadatan tulang maka pada orang tua /lansia lebih beresiko terjadi *decubitus*, ditambah lagi dengan menurunnya sensori terhadap nyeri maka lansia cenderung kurang bisa merasakan sakit / panas pada area yang lama tertindih.

Tabel 2. Distribusi Frekuensi berdasarkan Jenis Kelamin Responden (n=25)

| Jenis Kelamin | Frekuensi | Persentase (%) |
|---------------|-----------|----------------|
| | i | e (%) |

| | | |
|-----------|----|------|
| Perempuan | 15 | 60,0 |
| n | 10 | 40,0 |
| Laki-laki | | |
| Jumlah | 25 | 100 |

Sumber: Data Primer (Diolah SPSS for windows versi 22.0, 2024)

Hasil penelitian diketahui distribusi jenis kelamin yang perempuan dengan presentase 60% sebanyak 15 responden dan laki-laki dengan presentase 40% sebanyak 10 responden.

Lapisan kulit manusia, baik laki-laki maupun perempuan sama, yaitu terdiri dari epidermis, dermis, dan lapisan subkutan. Kulit juga berfungsi dalam menjaga homeostasis tubuh diantaranya sebagai fungsi proteksi, absorpsi, ekskresi, termoregulasi dan pembentukan vitamin D (Djuanda,2007), kulit juga sebagai barrier infeksi dan memungkinkan bertahan dalam berbagai kondisi lingkungan (Harien, 2010).

Peneliti sependapat dengan peneliti sebelumnya yang juga menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin terhadap kejadian resiko *decubitus*. Menurut peneliti *decubitus* dapat terjadi akibat adanya *factor* lain, misal karena *diagnose* penyakit/beratnya penyakit, kelemahan, dan penurunan kesadaran, sehingga kejadian *decubitus* tidak tergantung pada jenis kelamin responden.

Tabel 3. Dalam Perawatan Hari Pasien (n=25)

| Karakteristik | Frekuensi | Persentase (%) |
|---------------|-----------|----------------|
| Hari Ke 1 | 9 | 36,0 |
| Hari Ke 2 | 6 | 24,0 |
| Hari Ke 3 | 4 | 16,0 |
| Hari Ke 4 | 3 | 12,0 |
| Hari Ke 5 | 2 | 8,0 |
| Hari Ke 6 | 1 | 4,0 |
| Total | 25 | 100,0 |

Sumber: Data Primer (Diolah SPSS for windows versi 22.0, 2024)

Dari hasil penelitian diperoleh data perawatan hari pasien rata-rata atau paling banyak adalah dirawat pada hari ke 1 dengan jumlah 9 pasien, kemudian

yang kedua pada hari perawatan ke 2 dengan jumlah 6 pasien, dan jumlah hari perawatan lainnya dari hari ke 3 sampai hari ke 6, yang berjumlah 4 hingga 1 pasien.

Dekubitus terjadi sebagai hasil hubungan antar waktu dengan tekanan (Stortts,1988 dalam Potter & Perry, 2005). Semakin besar tekanan dan durasinya maka semakin besar pula insidensinya terbentuknya luka (Potter & Perry, 2005). Jaringan tubuh mempunyai toleransi yang berbeda terhadap tekanan dan *ischemia*. Menurut Maklebust & Sieggreen (2001), ulkus *decubitus* bisa terjadi paling sedikit dalam 2 hari pada pasien tirah baring. Penelitian Sabandar (2008) menunjukkan tanda ulkus *decubitus* tampak dalam jangka waktu lebih dari 6 jam pada pasien immobilisasi.

Menurut opini peneliti, semakin panjang lama hari rawat pasien maka resiko terjadinya *decubitus* semakin meningkat, karena bagian tubuh pasien tertindih lebih lama, suplai darah yang berisi nutrisi dan oksigen terganggu sehingga jaringan akan mengalami nekrosis.

Tabel 4. Diagnosa primer (n=25)

| Diagnosa | Frekuensi (F) | Presentase (%) |
|-------------------------------|---------------|----------------|
| encephalopati | 2 | 8,0 |
| hepatikum | 1 | 4,0 |
| stroke infark | 1 | 4,0 |
| HHS | 2 | 8,0 |
| B20 | 1 | 4,0 |
| Ascites | 1 | 4,0 |
| ACS (Acute Confutional State) | 1 | 4,0 |
| syok sepsis | 2 | 8,0 |
| Tracheostomy | 1 | 4,0 |
| ICH | 1 | 4,0 |
| NHL | 1 | 4,0 |
| Hiponatremia | 1 | 4,0 |
| CKD | 5 | 20,0 |
| CAP | 1 | 4,0 |
| Ca cervix | 1 | 4,0 |
| DM | 3 | 12,0 |
| Hematemesis | 1 | 4,0 |
| Total | 25 | 100 |

Sumber: Data Primer (Diolah SPSS for windows versi 22.0, 2024)

Pada hasil penelitian diperoleh data diagnosa responden rata-rata atau paling banyak adalah CKD dengan jumlah 5 pasien, kemudian yang kedua adalah DM dengan jumlah 3 pasien, selanjutnya encephalopati hepaticum, B20, dan syok sepsis yang terdiri dari masing-masing 2 responden.

Hasil penelitian ini sesuai dengan *Australian Wound Management Association (AWMA, 2012)* yang menyebutkan penyakit kronis sebagai salah satu faktor ekstrinsik terjadinya dekubitus. Penyakit kronis dapat mempengaruhi perfusi jaringan, dimana penyakit dan kondisi tersebut dapat mengakibatkan kerusakan pengiriman oksigen ke jaringan. Beberapa penyakit yang dapat menyebabkan resiko terjadinya dekubitus, diantaranya adalah diabetes mellitus, kanker, penyakit pada pembuluh darah arteri, penyakit kardiopulmonar, lymphodema, gagal ginjal, tekanan darah rendah, abnormalitas sirkulasi serta anemia.

Menurut opini peneliti, dengan kondisi penyakit kronis pasien di HCU Anggrek 2 banyak yang mengalami sesak nafas, mual muntah sehingga lemas, penurunan perfusi jaringan karena tekanan darah menurun, sehingga resiko terjadinya dekubitus tidak dapat dihindari.

Tabel 5. Tingkat kesadaran (n=25)

| Tingkat Kesadaran | Frekuensi | Persentase (%) |
|-------------------|-----------|----------------|
| Composmentis | 17 | 68,0 |
| Apatis | 2 | 8,0 |
| Somnolen | 3 | 12,0 |
| Sopor | 3 | 12,0 |
| Jumlah | 25 | 100 |

Sumber: Data Primer (Diolah SPSS for windows versi 22.0, 2024)

Dari hasil penelitian diketahui distribusi tingkat kesadaran yaitu composmentis dengan presentase 68,0 % sebanyak 17 orang responden, somnolen dengan presentase 12,0% sebanyak 3

responden, sopor dengan presentase 12,0% sebanyak 3 responden dan apatis 8.0% sebanyak 2 responden.

Dari hasil penelitian Moh Alimansur yang berjudul “Faktor Resiko Dekubitus Pada Pasien Stroke” menunjukkan *decubitus* bukan hanya terjadi pada pasien tidak sadar tetapi pada penderita yang sadar tetapi harus mengalami tirah baring lama akibat kelemahan dan kelumpuhan.

Menurut asumsi peneliti, karena kondisi penyakit pasien yang berat maka pasien dalam kondisi immobilisasi yang mengharuskan pasien mengalami tirah baring, bahkan dalam keadaan sadar / composmentispun pasien sering kesulitan untuk mobilisasi dikarenakan kondisi yang sesak nafas, kelemahan, dan udem anasarka karena penyakitnya.

Tabel 6. Derajat Dekubitus Sebelum Diberikan Mobilisasi Progresif (n=25)

| Derajat Dekubitus Sebelum | Frekuensi | Persentase (%) |
|---------------------------|-----------|----------------|
| Rendah | 0 | 0,0 |
| Medium | 0 | 0,0 |
| Tinggi | 12 | 48,0 |
| sangat tinggi | 13 | 52,0 |
| Jumlah | 25 | 100 |

Sumber: Data Primer (Diolah SPSS for windows versi 22.0, 2024)

Dari hasil penelitian diketahui distribusi derajat *decubitus* sebelum diberikan mobilisasi progresif level I-II yaitu sangat tinggi dengan presentase 52,0% sebanyak 13 responden, dan dengan nilai tinggi dengan presentase 48% sebanyak 12 responden

Menurut Smeltzer, Bare, Hinkle, dan Cheever (2019), ada beberapa factor resiko untuk terbentuknya ulkus *decubitus* yaitu tekanan yang berkepanjangan, immobilisasi, kehilangan reflek pelindung, *deficit* sensorik, perfusi kulit yang jelek, edema, malnutrisi, anemia, gesekan, trauma, perubahan kelembaban kulit (terlalu kering, terlalu lembab), usia lanjut, serta kehilangan energi. Factor resiko tersebut

dapat diukur menggunakan skala pengukuran seperti Norton, Bradden, dan Gosnell (Maklebust & Sieggreen, 2001). Dalam penelitian ini peneliti menggunakan skala bradden. Dari hasil penelitian Ni Wayan Padmiasih menunjukkan sebagian besar responden mengalami *decubitus* sebelum diberikan mobilisasi progresif.

Untuk itu menurut opini peneliti, pasien yang mengalami tirah baring akan beresiko terjadi *decubitus* karena area tubuh yang tindh dalam waktu yang lama membuat perfusi jaringan menurun dan mengakibatkan nekrose.

Tabel 7. Derajat Dekubitus Setelah Diberikan Mobilisasi Progresif (n=25)

| Derajat Dekubitus Setelah | Frekuensi | Persentase (%) |
|---------------------------|-----------|----------------|
| Rendah | 0 | 0,0 |
| Medium | 6 | 24,0 |
| Tinggi | 13 | 52,0 |
| Sangat Tinggi | 6 | 24,0 |
| Jumlah | 25 | 100 |

Sumber: Data Primer (Diolah SPSS for windows versi 22.0, 2024)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa derajat *decubitus* setelah diberikan mobilisasi progresif ada perubahan yaitu derajat tinggi 52% sebanyak 13 responden, medium dengan presentase 24% sebanyak 6 orang, dan derajat sangat tinggi 24% sebanyak 6 responden.

Dari hasil penelitian Ni Wayan Padmiasih menunjukkan bahwa setelah pasien diberikan mobilisasi progresif sebagian besar responden tidak mengalami *decubitus*. Dari hasil penelitian resiko *decubitus* menurun dengan dilakukannya mobilisasi progresif sesuai SOP yang ada, dalam penelitian ini mobilisasi dilakukan minimal 1-2 x dalam 1 shift jaga.

Menurut opini peneliti dengan diberikannya mobilisasi progresif dari dini pasien masuk HCU akan mengurangi resiko *decubitus* karena area tubuh tidak tertindh secara terus menerus dan aliran dapat lancar.

Tabel 8. Uji Normalitas data

| | Shapiro-Wilk | | |
|---------|--------------|----|-------|
| | Statistik | df | Sig |
| Sebelum | 0,977 | 25 | 0,000 |
| Setelah | 0,976 | 25 | 0,000 |

Sumber: Data Primer (Diolah SPSS for windows versi 22.0, 2024)

Dari hasil uji normalitas data didapatkan bahwa nilai sebelum di berikan mobilisasi progresif dan sesudah diberikan intervensi mobilisasi progresif dengan hasil berdistribusi tidak normal dengan menunjukkan nilai kemaknaan (P) <0,05.

Tabel 9. Uji Wilcoxon Pengaruh mobilisasi progresif level I - II terhadap kejadian dekubitus di ruang HCU Anggrek 2 (n=25)

| Variabel | Uji Z | P value |
|--------------------|---------------------|---------|
| Kejadian Dekubitus | -2,568 ^b | 0.010 |

Sumber: Data Primer (Diolah SPSS for windows versi 22.0, 2024)

Dalam uji *statistic* ini menggunakan uji komparasi sebelum dan sesudah pemberian mobilisasi progresif, yang mana menunjukkan bahwa *p value* < α yaitu *p value* = 0,010 < α =0,05.

Dari hasil uji *statistic* tersebut H0 ditolak, dan Ha dapat diterima. Sehingga dapat diartikan bahwa ada pengaruh mobilisasi progresif level I-II terhadap kejadian *decubitus* di ruang HCU Anggrek 2 RSUD Dr. Moewardi.

KESIMPULAN

1. Karakteristik responden dalam penelitian ini adalah berdasar usia, jenis kelamin, lama hari rawat / DPH pasien, diagnose, dan tingkat kesadaran. Untuk usia responden penelitian ini didominasi lansia dimana umur responden >60 tahun, jenis kelamin perempuan lebih besar dari laki-laki yaitu 60%>40%, untuk lama hari rawat, penelitian dimulai pada hari rawat pertama. Diagnose terbanyak pada penelitian ini adalah pasien dengan sakit kronis seperti

- CKD, DM, encephalopati hepaticum, dan responden pada penelitian ini paling banyak dengan tingkat kesadaran komposmentis.
2. Sebelum dilakukan mobilisasi progresif derajat *decubitus* sangat tinggi dan tinggi. Dengan presentase derajat sangat tinggi 52%, dan derajat tinggi 48%.
 3. Setelah dilakukan mobilisasi progresif derajat resiko *decubitus* menurun dari sangat tinggi menjadi resiko tinggi, dan resiko tinggi menjadi resiko sedang.
 4. Setelah dilakukan uji normalitas data dengan Shapiro-Wilk dan didapatkan data berdistribusi tidak normal, selanjutnya dilakukan analisa data uji Wilcoxon dan didapatkan p-value < α yaitu $0,001 < 0,005$. Sehingga diperoleh kesimpulan bahwa H_0 ditolak dan H_a diterima, berarti ada pengaruh mobilisasi progresif level I-II terhadap kejadian dekubitus.

SARAN

1. Bagi responden
Diharapkan hasil penelitian ini dapat dilanjutkan, dan diterapkan oleh responden maupun keluarga dalam perawatan pasien dikemudian hari.
2. Bagi tempat penelitian
Diharapkan hasil penelitian ini dapat terus dijalankan / diterapkan di tempat penelitian untuk dapat memberikan pelayanan yang maksimal, dan dapat meningkatkan mutu RS.
3. Bagi institusi Pendidikan
Diharapkan hasil penelitian ini dapat menambah daftar pustaka, terutama terkait dengan pengaruh mobilisasi progresif terhadap kejadian dekubitus
4. Bagi perawat
Bagi sejawat perawat diharapkan hasil penelitian ini dapat dipergunakan dalam memberikan perawatan pada pasien dengan tirah baring, agar resiko terjadinya

decubitus dapat dicegah / dikurangi, dan kualitas pelayanan dapat meningkat.

5. Bagi penelitian selanjutnya
Bagi peneliti selanjutnya diharapkan penelitian ini dapat dijadikan sebagai tambahan informasi untuk dikembangkan pada penelitian lebih lanjut dengan menggunakan mobilisasi progresif pada pasien tirah baring diluar ruang intensif, semisal di ruang paliatif care.

DAFTAR PUSTAKA

- AACN (*American Assosiation of Critical – Care nurses*).(2016). Retrieved from <http://www.aacn.org/wd/public hing/content/pressroom/aboutcriticalcarenursing.pems?menu>
- American Association of Critical-Care Nurses.(2020).AACN Early Progressive Mobility Protocol
- AWMA.(2012). *The pan pacific clinical practice guideline for the prevention and management of [ressury injury. In wound practice & research:Journal of the Australian wound management association(vol.20,issue 3). Cambridge media*
- EPUAP and NPUAP (2016). *Prevention and treatment if Pressure ulcers:quick reference guide. Washington DC: European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel.*
- Iswari, D., Hartini, N.(2019). *Pengaruh Pelatihan dan Evaluasi Self Talk Terhadap Penurunan Tingkat Body Dissatisfaction. Insan Media Vol 7 No. 3. Surabaya : Universitas Airlangga.*
- Jaul, (2010). *Pengkajian terjadinya lika dekubitus. Jakarta: EGC*
- Joseph, davies Clifton.(2013).*Nurse Knowledge of Pressure Ulcer*

- Risk Assessment. Tissue Viability Supplement. 54-60, vol. 27. 11 Januari 2013. Page 3. 151
- Maklebust, J & Sieggreen, M. (2001). Pressure ulcer. USA: Sprighoude ardjono M. dkk. 1998
- Moh Alimansur, Puguh Santoso (2019). Faktor Resiko Dekubitua Pada Pasien Stroke. ISSN Cetak 2303-1433. Jurnal Ilmu Kesehatan Vol. 8 No. 1, Nopember 2019
- Ni Wayan Padmiasih (2020). Pengaruh mobilisasi progresif terhadap kejadian *decubitus* pada pasien dengan ventilasi mekanik di ruang ICU RSD Mangusada. *Indonesian academia health science journal*.
- Potter, & Perry, A.G. (2015). Buku ajar fundamental keperawatan: Konsep, proses, praktik, edisi 4, Volume. 2. Jakarta: ECG
- Schindler et al. (2021). pharmaceutical Care Network Europe drug-related problem classification version 9.00: German translation and validation. *International journal of clinical pharmacy*, 43(3), 726-730. <https://doi.org/10.1007/s11096-020-0115w>
- Smeltzer, S.C., & Bare. B.G. (2019). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth. Jakarta: ECG
- Tri Yuniwati Lestari, 17 Desember. (2021). Komplikasi Ulkus Dekubitus yang Berbahaya. <https://www.klikdokter.com/info-sehat/kulit/komplikasi-ulkus-dekubitus-yang-berbahaya>
- Wasisto Utomo, Yulia Irvani dewi, T. Abdurrasyid. (2012). Efektifitas nigella sativa oil untuk mencegah terjadinya ulkus decubitus pada pasien tirah baring lama. *Jurnal Ners Indonesia*, Vol. 2, No. 2, Maret 2012