

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

**PENGARUH MOBILISASI PROGRESIF LEVEL I-II TERHADAP  
RISIKO DEKUBITUS PADA PASIEN DI RUANG ICU  
RSUD DR.MOEWARDI**

**Tasya Rizqi Valentina<sup>1)</sup>, Ns.Wahyu Rima Agustin, M.Kep<sup>2)</sup>, Ns. Atiek  
Murharyati, M.Kep<sup>3)</sup>**

<sup>1)</sup> Mahasiswa Program Studi Keperawatan Progam Sarjana Universitas Kusuma Husada  
Surakarta

<sup>2,3)</sup> Dosen Program Studi Keperawatan Progam Sarjana Universitas Kusuma Husada  
Surakarta

Email : trizqi012@gmail.com

**ABSTRAK**

**Latar Belakang** : Dekubitus atau dikenal sebagai luka tekan, bed sores, pressure ulcer merupakan kerusakan terlokalisir pada bagian kulit dan atau jaringan di bawahnya yang dimana penurunan suplai darah dan malnutrisi jaringan akibat tekanan yang biasanya terjadi pada daerah tulang yang menonjol. **Tujuan** : Mengetahui pengaruh mobilisasi progresif level I-II terhadap risiko dekubitus pada pasien di Ruang ICU RSUD Dr.Moewardi.

**Metode** : Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kuantitatif quasi eksperiment desain pre and posttes without control. Responden dalam penelitian ini adalah semua pasien di Ruang ICU RSUD Dr.Moewardi dengan teknik total sampling dengan jumlah 38 responden pada bulan Februari – Maret 2024 menggunakan SOP (Standart Operasional Prosedur) Mobilisasi Pregresif Level I-II dan Lembar observasi Skala Braden.

**Hasil** : Karakteristik responden berdasarkan diagnosa medis terbanyak yaitu post op sebanyak 19 responden (50.0%), dengan lama tirah baring selama 2 hari sebanyak 14 responden (37,0%). Distribusi frekuensi sebelum dilakukan Mobilisasi Progresif Level I-II, dapat diketahui jumlah terbanyak responden berada pada risiko dekubitus sangat tinggi sebanyak 28 responden (73.7%), kemudian setelah dilakukan Mobilisasi Progresif Level I-II, mengalami penurunan risiko dekubitus, pada risiko dekubitus tinggi sebanyak 17 responden (44,7%). Uji Wilcoxon test menunjukkan nilai p-value  $0,000 < 0,05$  yang artinya ada Pengaruh Mobilisasi Progresif Level I-II Terhadap Risiko Dekubitus Pada Pasien di Ruang ICU RSUD Dr.Moewardi.

**Kesimpulan**: Mobilisasi progsrif level I-II dapat dijadikan sebagai salah satu teknik non-farmakologis pada pasien tirah baring untuk mencegah risiko dekubitus.

**Kata Kunci** : Mobilisasi Progresif Level I-II, Risiko Dekubitus

**Daftar Pustaka** : 31 (2010-2023)

**NURSING STUDY PROGRAM OF UNDERGRADUATE PROGRAMS  
FACULTY OF HEALTH SCIENCES  
UNIVERSITY OF KUSUMA HUSADA SURAKARTA  
2024**

**THE EFFECT OF PROGRESSIVE MOBILIZATION LEVEL I-II ON THE  
RISK OF DECUBITUS IN ICU PATIENTS  
AT DR.MOEWARDI HOSPITAL**

**Tasya Rizqi Valentina<sup>1)</sup>, Ns.Wahyu Rima Agustin<sup>2)</sup>, Ns. Atiek Murharyati<sup>3)</sup>**

<sup>1)</sup> Student of Nursing Study Program of Undergraduate Programs, University of Kusuma Husada Surakarta

<sup>2) 3)</sup> Lecturer of Nursing Study Program of Undergraduate Programs, University of Kusuma Husada Surakarta  
Email : trizqi012@gmail.com

**ABSTRACT**

**Background:** Decubitus, pressure sores, bed sores, or pressure ulcers are localized damage to the skin and underlying tissue where reduced blood supply and tissue malnutrition are due to pressure that typically occurs in prominent bony areas.  
**Objective:** Identifying the effect of progressive mobilization level I-II on the risk of decubitus in ICU patients at Dr.Moewardi Hospital.

**Method:** The research employed a quantitative quasi-experiment design with pre- and post-tests without control. The respondents were all patients in the ICU Room of Dr.Moewardi Hospital with a total sampling technique of 38 respondents in February - March 2024 using SOP (Standard Operating Procedure) Progressive Mobilization Level I-II and Braden Scale observation sheet.

**Results:** The characteristics of respondents based on the considerable medical diagnoses were postoperative with 19 respondents (50.0%) and extended bed rest for two days with 14 respondents (37.0%). Frequency distribution in pre-progressive mobilization level I-II, the highest number of respondents was at very high risk of decubitus with 28 respondents (73.7%). Then, post-progressive Mobilization Level I-II revealed a reduction in the risk of decubitus, at a high risk of decubitus with 17 respondents (44.7%). The Wilcoxon test obtained a p-value of 0.000 <0.05, which demonstrated an effect of Level I-II Progressive Mobilization on the Risk of Decubitus in Patients in the ICU Room of Dr. Moewardi Hospital.

**Conclusion:** Progressive mobilization level I-II evolves one of the non-pharmacological techniques in bed rest patients to prevent the risk of decubitus.

**Keywords:** Progressive Mobilization Level I-II, The Risk of Decubitus

**Bibliography:** 31 (2010-2023)

Translated by Unit Pusat Bahasa UKH  
Bambang A Syukur, M.Pd.  
HPI-01-20-3697

## PENDAHULUAN

Berdasarkan statuta Menteri Kesehatan nomor: 1778/Menkes/SK/XII/2010, Intensive Care Unit (ICU) merupakan bagian dari rumah sakit dengan staf dan fasilitas khusus. Pasien yang dirawat menderita penyakit, cedera, atau komplikasi yang mengancam jiwa atau berpotensi mengancam jiwa. Pada intensive care unit terdiri dari berbagai tim ahli interdisipliner ilmu yang bekerjasama dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Pasien kritis memiliki kerentanan yang berbeda, kerentanan itu meliputi ketidakberdayaan, kelemahan dan ketergantungan terhadap alat pembantu (Sunatrio, 2010). Pasien ICU yang terpasang alat bantu cenderung memiliki keterbatasan aktifitas (mobilisasi) hingga imobilisasi (Zomorodi & Darlaopley, 2012). European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel (2009) mengungkapkan bahwa klien yang mengalami penurunan mobilitas dalam waktu lama memiliki risiko tinggi mengalami luka dekubitus (Potter & Perry, 2013).

Dekubitus adalah 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 insufisiensi aliran darah, anoksia atau iskemi jaringan dan akhirnya dapat terjadi kematian sel (Potter & Pery, 2016). Menurut Smeltzer., et al. (2016), faktor resiko terbentuknya ulkus dekubitus disebabkan oleh tekanan yang berkepanjangan pada jaringan lunak, immobilitas, kehilangan refleks pelindung, defisit sensorik, perfusi kulit yang jelek, edema, malnutrisi, hypoproteinemia, anemia, kekurangan vitamin, shear, gesekan dan trauma, inkontinensia urine dan feses, perubahan kelembaban kulit (terlalu kering, terlalu lembab), usia lanjut serta kekurangan energi. Faktor resiko

tersebut dapat diukur dengan menggunakan skala pengukuran seperti skala Norton, Braden dan Gosnell (Maklebust & Sieggreen, 2011).

Terkait dengan peran perawat dalam upaya pencegahan luka tekan, Potter and Perry (2005) menyatakan ada 3 (tiga) area intervensi keperawatan utama dalam pencegahan luka tekan yakni (pertama) perawatan kulit yang meliputi perawatan hygiene dan pemberian topikal, (kedua) pencegahan mekanik dan dukungan permukaan yang meliputi penggunaan tempat tidur, pemberian posisi dan kasur terapeutik dan (ketiga) edukasi.

European Pressure Ulcer Advisory Panel, (2014) menyatakan bahwa tujuan pencegahan kejadian dekubitus adalah untuk menurunkan lama, jumlah ataupun derajat tekanan dan robekan yang dipengaruhi oleh perlengkapan yang efektif atau tidak serta metode yang digunakan. Pencegahan luka tekan pada pasien-pasien yang berisiko seharusnya dilakukan secara berkesinambungan selama mereka berisiko mengalami luka tekan. Rumah sakit di Indonesia biasanya memiliki Standar Prosedur Operasional pencegahan luka tekan. Pelaksanaannya bergantung pada kebijakan dan kondisi di setiap rumah sakit.

Mobilisasi Progresif adalah suatu tindakan mobilisasi yang dilakukan secara bertahap dan berurutan pada pasien kritis untuk mengurangi dampak negative akibat dari bed rest saat dirawat di ruang Intensive Care Unit (ICU). Berdasarkan American Association Of Critical Care Nurses (AACN) tindakan mobilisasi progresif meliputi beberapa tahapan, yaitu Head of Bed (HOB), Latihan Range of Motion (ROM) pasif dan aktif, terapi lanjutan rotasi lateral, posisi tengkurap, Gerakan melawan arah gravitasi, posisi duduk, posisi kaki menggantung, berdiri serta berjalan (Hartoyo, 2017).

Untuk pasien di ICU pelaksanaan mobilisasi progresif hanya dapat dilaksanakan level I – II, hal ini

dikarenakan kondisi pasien yang di rawat di ruang ICU adalah pasien dengan kondisi berat. Pada level III di berikanya tindakan duduk di tepian tempat tidur, level IV diberikan mobilisasi dengan duduk ditepi tempat tidur secara mandiri dan duduk di kursi secara mandiri. Sedangkan pada level V berpindah tempat. Hal ini dapat meningkatkan resiko jatuh pasien, sehingga level IV – V tidak dapat dilakukan. Prevalensi dekubitus di dunia 21% atau sekitar 8,50 juta kasus. Prevalensi luka dekubitus bervariasi 511% terjadi di tatanan perawatan akut, 15-25% di tatanan perawatan jangka panjang, dan 7-12% di tatanan perawatan rumah (WHO, 2018). Kejadian dekubitus di ICU masih menjadi perhatian serius di seluruh dunia dengan prevalensi kejadian berkisar antara 1%-56%. Kejadian dekubitus di Eropa berkisar antara 8,3%-22,9%, di Amerika Utara sebanyak 50%, di Australia dan Yordania terdapat 29% kasus (Tayyib, Coyer, & Lewis, 2013). Studi insiden dekubitus di kawasan ASEAN, Jepang, Korea, Cina berkisar antara 2,1%-18%. Prevalensi kejadian luka dekubitus di Indonesia sendiri masih tergolong cukup tinggi yaitu dengan persentase sebesar 33,3% (Lestari, 2010). Data penderita dekubitus di rumah sakit Jawa Tengah tercatat sebanyak 9.413 (30%) (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2021). Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan pada bulan Januari 2024, di dapatkan hasil prevalensi 3 bulan terakhir yaitu di bulan Oktober-Desember 2023 sekitar 5,61% dan kurang lebih 3 pasien yang mengalami dekubitus di Ruang ICU RSUD Dr.Moewardi Surakarta.

Tujuan Penelitian ini adalah mengetahui pengaruh mobilisasi progresif level I-II terhadap risiko dekubitus pada pasien di Ruang ICU RSUD Dr.Moewardi.

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kuantitatif quasi eksperiment desain dengan pre and posttest without control

Responden dalam penelitian ini adalah semua pasien di Ruang ICU RSUD Dr.Moewardi dengan teknik total sampling berjumlah 38 responden yang dilaksanakan pada bulan Februari – Maret 2024. Pengukuran risiko dekubitus menggunakan alat berupa lembar observasi Skala Braden. Pelaksanaan intervensi mobilisasi progresif level 1-2 selama 3 hari dengan alasan risiko dekubitus dapat muncul setelah 24-72 jam perawatan pada pasien tirah baring dan terpasang ventilator. Mobilisasi dilakukan 2x/hari setiap pagi dan sore hari saat memandikan pasien. Dengan memposisikan head of bed (HOB) dari 30 ° kemudian bertingkat 45-65°, range of motion (ROM), dan continuous lateraly rotation therapy (CLRT). Sebelum pelaksanaan intervensi dilakukan pengukuran pretest menggunakan skala braden dengan responden yang sesuai kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut, kriteria inklusi:

1. Pasien baru/semua pasien yang di rawat di ruang ICU dengan tirah baring lama dan belum tampak adanya luka dekubitus
2. Semua pasien dengan penurunan kesadaran maupun tidak
3. Pasien pindah ruang setelah hari ke 3 intervensi

Kriteria eksklusi:

1. Pasien yang tidak bersedia menjadi responden
2. Pasien sadar dengan fraktur servical
3. Pasien meninggal sebelum hari ke 3 intervensi

Setelah 3 hari dengan pelaksanaan 2x/hari intervensi, kemudian dilakukan pengukuran posttest menggunakan skala braden. Data dianalisis secara bivariat menggunakan uji Wilcoxon test di karenakan data bersifat non parametric. Data yang bersifat kategorik yaitu diagnosa medis, lama tirah baring dan tingkat risiko dekubitus menggunakan distribusi frekuensi dan presentase dari microsoft office.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### 1. Hasil Analisis Univariat

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Diagnosa Medis (n=38)

Diagnosa Medis	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Post op	19	50.0
SNH	5	13.0
CKD	3	8.0
Pneumonia	2	5.0
AKI	2	5.0
Tetanus	1	3.0
ICH	1	2.0
CBD	1	3.0
Niastenia Grafis	1	3.0
Stroke Infark	1	2.0
Fistula	1	3.0
COB	1	3.0
Total	38	100.0

Berdasarkan tabel 1 dapat diketahui bahwa diagnose medis yang paling banyak yaitu diagnose post op sebanyak 19 responden (50.0%). Penelitian ini sejalan dengan penelitian (Karahana, E., dkk (2022)) menjelaskan bahwa dalam penelitiannya pasien post op sangat berisiko tinggi dekubitus. Imobilitas yang disebabkan oleh premedikasi pada periode pra operasi, paparan pasien terhadap gaya gesekan selama pemeriksaan medis, dan mobilisasi yang tertunda pada periode pasca operasi meningkatkan risiko terjadinya ulkus dekubitus. Imobilitas pasien yang berkepanjangan selama intervensi bedah, ketidakmampuan mereka merasakan nyeri akibat tekanan, penggunaan agen anestesi, dan tekanan pada tepi tulang dapat mengganggu suplai darah jaringan dan menyebabkan ulkus dekubitus.

Faktor resiko dekubitus cukup banyak diantaranya gangguan syaraf vasomotorik, sensorik dan motorik, kontraktur sendi dan spastisitas, gangguan sirkulasi perifer, malnutrisi dan hipoproteinemia, anemia, keadaan patologis kulit pada gangguan hormonal (oedema), laserasi dan infeksi, hygiene kulit yang buruk, inkontinensia alvi

dan urine, penurunan kesadaran.

Dekubitus adalah cedera lokal pada kulit dan atau jaringan di bawahnya yang biasanya menonjol, sebagai akibat dari tekanan atau kombinasi tekanan dengan geseran (Niken, 2020).

Berdasarkan hasil diatas peneliti berasumsi, oleh sebab itu melakukan deteksi risiko dekubitus sangat penting dilakukan untuk perencanaan pencegahan dekubitus agar pasien post op tidak mengalami luka dekubitus.

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Lama Tirah Baring (n=38)

Lama Tirah Baring	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1 hari	1	3.0
2 hari	14	37.0
3 hari	5	13.0
4 hari	3	8.0
5 hari	5	13.0
6	2	5.0
7	3	8.0
9	1	3.0
11	1	3.0
15	1	2.0
21	1	2.0
41	1	3.0
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100.0</b>

Berdasarkan tabel 2 dapat diketahui bahwa dari 38 responden, lama tirah baring responden mayoritas selama 2 hari sebanyak responden 14 (37,0%). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian (Karahana, E., dkk (2022)) menjelaskan bahwa dekubitus yang disebabkan oleh intervensi bedah biasanya terjadi dalam beberapa jam setelah operasi atau seringkali pada hari 1-3 setelah operasi, oleh karena itu pasien dengan tirah baring hari ke 2 mengalami risiko tinggi dekubitus.

Luka tekan terjadi pada awal pasien dirawat di rumah sakit, biasanya dalam 2 minggu pertama dan 34% terjadi pada minggu pertama. Luka tekan bisa terjadi paling sedikit dalam 2 hari pada pasien tirah baring. Luka tekan dapat terjadi pada individu atau pasien yang mengalami

penurunan kesadaran. Pasien yang berisiko untuk mengalami luka tekan mempunyai kemungkinan peningkatan angka morbiditas dan mortalitas, karena komplikasi utamanya berupa infeksi, baik berupa kondisi sepsis ataupun osteomyelitis. Kejadian luka tekan dapat meningkatkan lama perawatan dan biaya perawatan rumah sakit (Badrujamaludin et al., 2022).

Pencegahan luka tekan pada pasien tirah baring dapat dilakukan dengan cara meminimalisir terjadinya gesekan antara kulit dengan permukaan benda atau pakaian, mencegah terjadinya kerusakan integritas kulit, melakukan alih posisi, observasi keadaan kulit, menjaga kebersihan linen, dan lainnya (Mugiarti, 2022).

Berdasarkan hasil penelitian diatas peneliti berasumsi tirah baring yang berkepanjangan dapat menyebabkan dekubitus. Akan tetapi hal tersebut dapat dicegah dengan cara meminimalisir terjadinya gesekan antara kulit dengan permukaan benda atau pakaian, mencegah terjadinya kerusakan integritas kulit, melakukan alih posisi, observasi keadaan kulit, menjaga kebersihan linen, dan lainnya.

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Sebelum Dilakukan Tindakan Mobilisasi Progresif Level I-II dengan Skala Braden (N=38)

	<b>Kategori</b>	<b>Frekuensi (f)</b>	<b>Presentase (%)</b>
Pre test	Sangat Tinggi	28	73.7
	Tinggi	10	26.3
	Medium	0	0.0
	Rendah	0	0.0
	Total	38	100.0

Berdasarkan tabel 3 di dapatkan hasil distribusi frekuensi sebelum dilakukan Mobilisasi Progresif Level I-II, dapat diketahui jumlah terbanyak responden berada pada risiko dekubitus sangat tinggi sebanyak 28 responden (73.7%).

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Setelah Dilakukan Tindakan Mobilisasi Progresif Level I-II (N=38)

	<b>Kategori</b>	<b>Frekuensi (f)</b>	<b>Presentase (%)</b>
Post test	Sangat Tinggi	6	15.8
	Tinggi	17	44.7
	Medium	14	36.8
	Rendah	1	2.6
	Total	38	100.0

Berdasarkan tabel 4 di dapatkan hasil distribusi frekuensi setelah dilakukan Mobilisasi Progresif Level I-II, dapat diketahui responden mengalami penurunan risiko dekubitus, pada risiko dekubitus rendah sebanyak 1 responden (2,6%), dan risiko dekubitus medium sebanyak 14 responden (36,8%), risiko dekubitus tinggi sebanyak 17 responden (44,7%), serta risiko dekubitus sangat tinggi sebanyak 6 responden (15,8%). Data penelitian tersebut menjelaskan mayoritas responden mengalami penurunan risiko dekubitus setelah diberikan intervensi menggunakan Mobilisasi Progresif Level 1-2. Sebagian besar risiko dekubitus responden berada pada kategori tinggi. Hasil penelitian pada responden yang mengalami risiko dekubitus tinggi ditunjukkan dengan keadaan kulit responden yang tidak lembab dengan kulit tampak kering, dan penggantian linen dilakukan sesuai dengan jadwal. Pemberian mobilisasi progresif level 1-2 pada responden bisa mengurangi tekanan jaringan lunak dengan permukaan yang padat atau kasar serta mengurangi nekrosis pada lapisan jaringan (Prabowo & Rahmanti, 2019).

Berdasarkan data tersebut Dekubitus adalah kerusakan atau kematian kulit sampai jaringan dibawah kulit, bahkan menembus otot sampai mengenai tulang akibat adanya penekanan pada suatu area secara terus menerus sehingga mengakibatkan gangguan sirkulasi darah setempat. Dekubitus merupakan suatu luka akibat posisi penderita yang tidak berubah

dalam jangka waktu lebih dari 6 jam. (Mahmuda, 2019). Penggantian posisi menyebabkan sirkulasi darah pada daerah yang tertekan akan membaik, sehingga tidak terjadi dekubitus. Tinggi-nya beban kerja perawat menyebabkan sebagian perawat kurang memperhatikan penggantian posisi pada pasien (Agustin et al., 2015). Tindakan dalam menjaga integritas kulit untuk mencegah terjadinya dekubitus dapat dilakukan dengan cara melakukan perawatan kulit dengan tetap menjaga kulit tidak terlalu lembab (Sari & Mukhamad, 2021).

Peneliti berasumsi cara koping paling efektif untuk mencegah terjadinya risiko dekubitus pada pasien immobilisasi yaitu dengan cara menjaga integritas kulit agar tidak terlalu lembab. Dengan pemberian Mobilisasi Progresif Level 1-2 pada responden menyebabkan sirkulasi darah pada daerah yang tertekan akan membaik dan gaya gesek dapat diminimalkan sehingga mengurangi tekanan jaringan lunak dengan permukaan yang padat atau kasar serta mengurangi nekrosis pada lapisan jaringan.

## 2. Hasil Analisis Bivariat

Tabel 5. Hasil uji Wilcoxon test Pengaruh Mobilisasi Progresif Level I-II Terhadap Risiko Dekubitus Pada Pasien di Ruang ICU RSUD Dr.Moewardi (n=38)

	N	Mean Rank	Asymp.Sig
Negative Ranks	0a	0.00	0.000
Positive Ranks	38 b	19.50	
Ties	0c		
Total	38		

Berdasarkan hasil analisis pada tabel 5 diperoleh hasil bahwa responden mengalami penurunan risiko dekubitus yang di buktikan dari hasil positive rank yang menunjukkan adanya peningkatan dari nilai pre test ke post tes, serta pada hasil negaive rank menunjukkan nilai 0 bahwa tidak terdapat penurunan nilai pre test ke

post test, hasil dari nilai negative rank dan positive rank dapat ditarik kesimpulan bahwa pada hasil pre test dan post test risiko dekubitus responden mengalami peningkatan setelah diberikan terapi Mobilisasi Progresif Level I-II, Sedangkan pada ties menunjukkan nilai 0 yang artinya tidak terdapat responden yang memiliki risiko dekubitus yang sama sebelum dan sesudah diberikan perlakuan. Hasil uji Wilcoxon test menunjukkan nilai p-value  $0,000 < 0,05$  sehingga  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  di terima, yang artinya ada Pengaruh Mobilisasi Progresif Level I-II Terhadap Risiko Dekubitus Pada Pasien di Ruang ICU RSUD Dr.Moewardi.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Ningtyas, NWR,. dkk.,(2017)) yang menjelaskan bahwa setelah dilakukan pemberian Mobilisasi Progresif Level I-II menunjukkan terdapat perbedaan bermakna skor Braden setelah diberikan intervensi, mobilisasi progresif level I dan II pada pasien kritis dapat menstabilkan tingkatan risiko dekubitus.

Secara teori Imobilisasi merupakan suatu keadaan tidak bergerak / tirah baring yang terus – menerus selama 5 hari atau lebih akibat perubahan fungsi fisiologis. Dampak buruk dari imobilisasi jika tidak segera ditangani dapat menyebabkan gangguan integritas kulit yang dapat mengakibatkan terjadinya iritasi dan luka tekan (Santiko & Faidah, 2020). Disisi lain Mobilisasi Progresif Level I-II merupakan Mobilisasi Progresif adalah suatu tindakan mobilisasi yang dilakukan secara bertahap dan berurutan pada pasien kritis untuk mengurangi dampak negative akibat dari bed rest saat dirawat di ruang ICU (Hartoyo, 2017).

Berdasarkan hasil penelitian dan teori yang sudah diuraikan diatas serta dilihat dari penelitian terdahulu, dapat disimpulkan bahwa Mobilisasi Progresif Level I-II berpengaruh terhadap pencegahan dekubitus pada pasien immobilisasi dan dapat digunakan sebagai terapi untuk mencegah dekubitus pada pasien

imobilisasi. Peneliti berasumsi hal tersebut karena Mobilisasi Progresif Level I-II tindakannya meliputi beberapa tahapan, yaitu Head of Bed (HOB), Latihan Range of Motion (ROM) pasif-aktif, posisi miring kanan-kiri, posisi kaki menggantung, berdiri serta berjalan yang dapat membantu meningkatkan perubahan sirkulasi darah di jantung, mencegah tekanan, gesekan, serta kelembapan, sehingga dampak buruk dari imobilisasi seperti terjadinya luka tekan atau dekubitus dapat diminimalkan.

### KESIMPULAN

1. Karakteristik responden berdasarkan diagnosa medis yang paling banyak yaitu diagnosa post op sebanyak 19 responden (50.0%). Berdasarkan lama tirah baring responden mayoritas selama 2 hari sebanyak responden 14 (37,0%).
2. Distribusi frekuensi sebelum dilakukan Mobilisasi Progresif Level I-II, dapat diketahui jumlah terbanyak responden berada pada risiko dekubitus sangat tinggi sebanyak 28 responden (73.7%),
3. Distribusi frekuensi setelah dilakukan Mobilisasi Progresif Level I-II, dapat diketahui responden mengalami penurunan risiko dekubitus, pada risiko dekubitus tinggi sebanyak 17 responden (44,7%).
4. Hasil uji analisis data menggunakan uji *wilcoxon test* diperoleh hasil dari 38 responden mengalami peningkatan pencegahan dekubitus menggunakan Mobilisasi Progresif Level I-II. Hasil uji *Wilcoxon test* menunjukkan nilai *p-value*  $0,000 < 0,05$  sehingga  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  di terima, yang artinya ada Pengaruh Mobilisasi Progresif Level I-II Terhadap Risiko Dekubitus Pada Pasien di Ruang ICU RSUD Dr.Moewardi

### SARAN

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengalaman berharga bagi peneliti dan dapat menjadi informasi dan pedoman bagi masyarakat untuk pencegahan dekubitus dengan Terapi Mobilisasi Progresif Level I-II. Bagi institusi pendidikan penelitian ini dapat digunakan sebagai referensi dan informasi khususnya pada kasus pencegahan atau penurunan tingkat ulkus dekubitus. Bagi peneliti lain dapat dilakukan penelitian lebih lanjut tentang terapi Mobilisasi Progresif Level I-II dengan membandingkan atau menambah variabel dan menggunakan metode lain serta dapat memperluas jumlah responden. Bagi peneliti sebagai bahan untuk menambah dan memperluas wawasan peneliti dalam menangani pencegahan dekubitus dengan menggunakan terapi Mobilisasi Progresif Level I-II serta meningkatkan pengetahuan ilmu keperawatan yang diajarkan dan diperoleh dibangku perkuliahan.

### DAFTAR PUSTAKA

- Ainnur Rahmanti, dkk. (2016). Mobilisasi progresif terhadap perubahan tekanan darah pasien di intensive care unit. *Jurnal portalaruda*
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2019). Laporan Risesdas 2018 (Provinsi).
- Badrujamaludin, dkk (2021). Pengaruh mobilisasi dan massage terhadap pencegahan risiko luka tekan pada pasien tirah baring. *Holistik Jurnal Kesehatan*, Volume 15, No.4, Desember 2021: 610-623
- Dahlan, M. S. (2016). *Statistik Untuk Kedokteran Dan Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Dharma, K. (2017). *Metodologi Penelitian Keperawatan: Panduan Melaksanakandan Menerapkan*

- Hasil Penelitian-Edisi Revisi.* Jakarta: Trans Info Media.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. (2021). Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah 2020.
- Donsu, J.D.T. (2017). *Metodologi penelitian keperawatan.* Yogyakarta : Pustaka Baru Press.
- Hartoyo, M., & Rachmilia, R. (2017). Pengaruh Mobilisasi Progresif Level I Terhadap Tekanan Darah Dan Saturasi Oksigen Pasien Kritis Dengan Penurunan Kesadaran. Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Semarang
- Hidayat, A. A. (2017). *Metodologi Penelitian Keperawatan dan Teknis Analisis Data.* Jakarta: Salemba Medika.
- Karahan, E., Ayri, A., & Celik, S. (2022) Evaluasi risiko dan perkembangan ulkus dekubitus di ruang operasi. *Journal of Tissue Viability* Volume 31. Issue 4, November 2022, Halaman 707-713
- Mahmuda INN. (2019). Pencegahan dan tatalaksana decubitus pada geriatric. *Biomedika*, 11(1), 11
- Musliha. (2010). *Keperawatan Gawat Darurat.* Yogyakarta: Nuha Medika.
- Nurhayati, dkk. (2023) Penerapan Mobilisasi Progresif Level I Terhadap Tekanan Darah Dan Saturasi Oksigen Pada Pasien Penurunan Kesadaran Di ICU RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri. *Journal of Educational Innovation and Public Health* .Vol.1, No.4 Oktober 2023
- National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). (2014). *NPUAP Pressure Ulcer Stages/Categories.*
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel & Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2014). Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Emily Haesler (Ed.). Osborne Park, Western Australia: Cambridge Media.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2014). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers : Quick Reference Guide. In *Clinical Practice Guideline.*
- Ningtyas,dkk.,(2017) Progresif Tingkat I dan Ii Terhadap Status Hemodinamik Dan Risiko Ulkus Dekubitus Pada Pasien Sakit Kritis. *Jurnal Keperawatan Belitung*, 3(6), 662–669
- Nursalam. (2017). *Metodologi penelitian keperawatan.* Jakarta: Salemba Medika.
- Notoatmodjo, S. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan.* Jakarta: Rineka Cipta.
- Potter P.A & Pery A. (2016). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, Dan Praktik. Edisi 4. Volume 2. Alih Bahasa: Renata Komalasari,Dkk.* Jakarta: EGC.
- Potter & Perry. (2013). *Fundamental keperawatan.* Jakarta: Salemba Medika.
- Rehatta Dkk. (2019). *Anestesiologi Dan Terapi Intensif. Edisi Pertama.* Jakarta: Gramedia Pustaka Umum. terpasang ventilator di ruang ICU

- Sholihah, dkk (2023) Penerapan Mobilisasi Dan Massage Terhadap Pencegahan Risiko Luka Tekan Pada Pasien Tirah Baring Di Icu Rsud Pandan Arang Boyolali. *Jurnal Keperawatan Mandira Cendikia*. Vol.2 No.1
- Sugiyono. (2016). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sunatrio. (2010). Penentuan mati pengakhiran resusitasi dan euthanasia pasif di ICU. Diakses pada 3 Mei 2019
- Suryagustina, Yusak & Rimba (2017) Mobilisasi Efektif Mencegah Resiko Terjadinya Dekubitus Pada Pasien BedRest ICU Room RSUD dr.Doris Sylvanus Palangka Raya. *Dinamika Kesehatan*, Vol.8 No.2, December 2017
- Tayyib, N., Coyer, F., & Lewis, P. (2013). Ulkus dekubitus di unit perawatan intensif dewasa: tinjauan literatur faktor risiko pasien dan skala penilaian risiko. *Jurnal Pendidikan dan* 3(11), 28–42. Efektivitas Mobilisasi
- Vollman KM. (2013). Understanding critically ill patients' hemodynamic response to mobilization: Using the evidence to make it safe and feasible. *Critical Care Nursing Quarterly*. 2013
- World Health Organization. (2018). Adolescent health. Diakses pada tanggal 30 Oktober 2022
- Zakiyyah, S. (2014). Pengaruh mobilisasi progresif level I terhadap risiko dekubitus dan perubahan saturasi oksigen pada pasien kritis
- RSUD dr. Moewardi Surakarta. Semarang, Indonesia: Program Pascasarjana Universitas Diponegoro
- Zomorodi, M., & Darla Topley, dan Maire McAnaw C. (2012). Mengembangkan Protokol Mobilitas untuk Mobilisasi Dini Pasien di ICU Bedah/Trauma. *Penelitian dan Praktik Perawatan Kritis*, 1(5), 1–10.