

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP PERAWAT TENTANG
MOBILISASI DINI DENGAN SKOR RISIKO DEKUBITUS BAGI PASIEN
KRITIS DI RUANG ICU**

VENNY SEPTIANI SEMUEL

R011211002



PROGRAM STUDI SARJANA ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2024



HALAMAN PENGAJUAN

HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP PERAWAT TENTANG

MOBILISASI DINI DENGAN SKOR RISIKO DEKUBITUS BAGI PASIEN

KRITIS DI RUANG ICU

VENNY SEPTIANI SEMUEL

R011211002

Skripsi

Sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar sarjana

Program Studi Ilmu Keperawatan

Pada

PROGRAM STUDI SARJANA ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2024



HALAMAN PENGESAHAN

HALAMAN PENGESAHAN
HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP PERAWAT TENTANG
MOBILISASI DINI DENGAN PERUBAHAN SKOR RISIKO DEKUBITUS
BAGI PASIEN KRITIS DI RUANG ICU

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Akhir pada:

Hari/Tanggal : Senin, 28 Oktober 2024

Pukul : 13.00 – 14.00 WITA

Tempat : Ruang Etik FKPEP

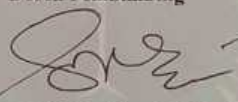
Oleh:

VENNY SEPTIANI SEMUEL
R011211002

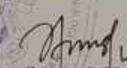
dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Menyetujui,
Dosen Pembimbing


Svahru Ningrat, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.KMB
NIP. 198310162020053001

Mengetahui,
Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin


Dr. Yuliana Syam, S.Kep., Ns., M.Kes
NIP. 19760618 200212 2 002



HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN DAN NASKAH

HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN DAN NASKAH PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI DAN PELIMPAHAN HAK CIPTA

Dengan ini saya menyatakan bahwa, skripsi berjudul “Hubungan Pengetahuan dan Sikap Perawat Tentang Mobilisasi Dini Dengan Skor Risiko Dekubitus Bagi Pasien Kritis di Ruang ICU” adalah benar karya saya dengan arahan dari pembimbing Syahrul Ningrat, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.KMB. Karya ilmiah ini belum diajukan dan tidak sedang diajukan dalam bentuk apa pun kepada perguruan tinggi mana pun. Sumber informasi yang berasal atau dikutip dari karya yang diterbitkan maupun tidak diterbitkan dari penulis lain telah disebutkan dalam teks dan dicantumkan dalam Daftar Pustaka skripsi ini. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa Sebagian atau keseluruhan skripsi ini adalah karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut berdasarkan aturan yang berlaku.

Dengan ini saya melimpahkan hak cipta (hak ekonomis) dari karya tulis saya berupa skripsi ini kepada Universitas Hasanuddin.

Makassar, 28 Oktober 2024


VENNY SEPTIANI SEMUEL
R011211002



UCAPAN TERIMA KASIH

Penelitian yang saya lakukan dapat terlaksana dengan sukses dan skripsi ini dapat terampungkan atas bimbingan, diskusi dan arahan Syahrul Ningrat, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.KMB sebagai dosen pembimbing, Dr. Takdir Tahir, S. Kep., Ns., M. Kes sebagai dosen penguji 1, dan Abdul Majid, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.KMB sebagai dosen penguji 2. Saya mengucapkan berlimpah terima kasih kepada mereka.

Penghargaan yang tinggi juga saya sampaikan kepada M. Darwis, S.Kep., Ns sebagai pembimbing internal penelitian di RSUD Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. Terima kasih juga saya sampaikan kepada Prof. dr. Mansyur Arif, Ph.D, Sp.PK (K) sebagai direktur utama RSUD Dr. Tadjuddin Chalid Makassar dan Dr. dr. Nu'man AS Daud, Sp.PD, K-GEH, FINASIM sebagai Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian RSUD Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar yang telah mengizinkan saya untuk melaksanakan penelitian di lapangan.

Ucapan terima kasih juga saya ucapkan kepada pimpinan Universitas Hasanuddin dan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin yang telah memfasilitasi saya menempuh program sarjana serta para dosen dan bapak ibu staf tata usaha. Terima kasih juga kepada seluruh teman-teman yang telah kebersamai dalam proses perkuliahan.

Akhirnya, kepada kedua orang tua tercinta, saya menyampaikan terima kasih yang tak terhingga dan penghormatan yang mendalam atas doa, pengorbanan, dan motivasi yang tiada henti selama saya menempuh pendidikan. Saya juga mengucapkan terima kasih kepada seluruh keluarga atas dukungan dan motivasi yang sangat berarti. Semoga segala kebaikan yang telah diberikan dapat menjadi amal yang berkelanjutan.

Penulis,

Venny Septiani Samuel



ABSTRAK

VENNY SEPTIANI SEMUEL. **Hubungan pengetahuan dan sikap perawat tentang mobilisasi dini dengan skor risiko dekubitus bagi pasien kritis di ruang ICU** (dibimbing oleh Syahrul Ningrat, Takdir Tahir, dan Abdul Majid).

Latar Belakang. Dekubitus adalah masalah serius pada pasien ICU akibat tirah baring berkepanjangan, dengan prevalensi di Indonesia mencapai 15,8% hingga 38,18%. Kondisi ini dapat merusak kulit dan menyebabkan komplikasi. Imobilisasi menghambat aliran darah, menyebabkan hipoksia dan nekrosis. Mobilisasi dini penting untuk mencegah dekubitus dan menjaga fungsi fisik pasien, namun keberhasilannya tergantung pada pengetahuan dan sikap perawat. **Tujuan.** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan dan sikap perawat mengenai mobilisasi dini dengan skor risiko dekubitus pada pasien kritis di ruang ICU. **Metode.** Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif deskriptif dengan menggunakan metode studi korelasional dengan pendekatan cross-sectional study. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner berupa pertanyaan. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah total sampling. **Hasil.** Uji korelasi spearman menunjukkan bahwa tidak adanya hubungan yang signifikan antara skor pengetahuan dan sikap perawat dengan skor dekubitus pasien di ruang ICU RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo dan ICU RSUP Dr. Tadjuddin Chalid. **Kesimpulan.** Tidak ditemukan hubungan signifikan antara tingkat pengetahuan dan sikap perawat dengan skor risiko dekubitus pasien ICU di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo dan di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid.

Kata kunci: mobilisasi dini; ulkus dekubitus; pengetahuan; sikap; ICU



ABSTRACT

VENNY SEPTIANI SEMUEL. **The relationship between nurses' knowledge and attitudes regarding early mobilization and decubitus risk scores for critical patients in the ICU** (supervised by Syahrul Ningrat, Takdir Tahir, and Abdul Majid).

Background. Pressure ulcers are a serious problem in ICU patients due to prolonged bed rest, with a prevalence in Indonesia reaching 15.8% to 38.18%. This condition can damage the skin and cause complications. Immobilization inhibits blood flow, causing hypoxia and necrosis. Early mobilization is important to prevent pressure ulcers and maintain the patient's physical function, but its success depends on the nurse's knowledge and attitude. **Aim.** This study aims to determine the relationship between nurses' knowledge and attitudes regarding early mobilization and changes in pressure ulcer risk scores in critical patients in the ICU. **Method.** This research uses a descriptive quantitative method using a correlational study method with a cross-sectional study approach. The instrument used is a questionnaire in the form of questions. The sampling technique used in this research was total sampling. **Results.** The spearman correlation test showed that there was no significant relationship between the knowledge and attitude scores of nurses and the pressure decubitus scores of patients in the ICU RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo and ICU Dr. RSUP. Tadjuddin Chalid. **Conclusion.** There was no significant relationship found between the level of knowledge and attitudes of nurses and the risk scores for pressure ulcers in ICU patients at RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo and at RSUP Dr. Tadjuddin Chalid.

Key words: early mobilization; decubitus ulcer; knowledge; attitude; ICU



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGAJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN DAN NASKAH.....	iv
UCAPAN TERIMA KASIH.....	v
ABSTRAK.....	vi
ABSTRACT.....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah Penelitian.....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Penelitian.....	4
D. Kesesuaian Penelitian dengan Roadmap Prodi.....	4
E. Manfaat Penelitian.....	5
BAB II.....	6
TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Tinjauan Pasien Kritis dan Ruang ICU.....	6
B. Tinjauan Ulkus Dekubitus.....	8
C. Tinjauan Pengetahuan dan Sikap Tentang Mobilisasi Dini.....	11
BAB III.....	16
KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS.....	16
A. Kerangka Konsep.....	16
B. Hipotesis.....	16
BAB IV.....	17
E PENELITIAN.....	17
cangan Penelitian.....	17
ipat dan Waktu Penelitian.....	17



C. Populasi dan Sampel.....	17
D. Variabel Penelitian	19
E. Instrumen Penelitian	22
F. Manajemen Data	26
G. Alur Penelitian.....	29
H. Etika Penelitian.....	29
BAB V.....	31
HASIL PENELITIAN.....	31
A. Karakteristik Responden	31
B. Hubungan Pengetahuan Perawat dengan Skor Risiko Dekubitus.....	32
C. Hubungan Sikap Perawat dengan Skor Risiko Dekubitus	34
BAB VI	35
PEMBAHASAN	35
A. Pembahasan Temuan.....	35
B. Implikasi dalam Praktik Keperawatan	43
C. Keterbatasan Penelitian.....	45
BAB VII.....	47
PENUTUP.....	47
A. Kesimpulan	47
B. Saran.....	48
DAFTAR PUSTAKA	50



DAFTAR TABEL

Tabel 1 Karakteristik Responden Berdasarkan Asal Instansi, Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Status Pekerjaan, dan Pelatihan Khusus (n=75)	31
Tabel 2 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia dan Lama Bekerja (n=75) ..	32
Tabel 3 Analisis Hubungan Skor Pengetahuan dan Skor Risiko Dekubitus.....	32
Tabel 4 Analisis Hubungan Skor Sikap dan Skor Risiko Dekubitus.....	34



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Formulir Persetujuan Setelah Penjelasan (PSP)	64
Lampiran 2 Lembar Persetujuan Etik Penelitian	66
Lampiran 3 Surat Izin Etik Penelitian.....	67
Lampiran 4 Master Tabel	71
Lampiran 5 Lembar Kuesioner Karakteristik Responden.....	76
Lampiran 6 Lembar Kuesioner Pengetahuan Tentang Mobilisasi Dini.....	77
Lampiran 7 Lembar Kuesioner Sikap Tentang Mobilisasi Dini	79
Lampiran 8 Lembar Penilaian Risiko Dekubitus Skala Norton.....	80
Lampiran 9 Lembar Penilaian Risiko Dekubitus Skala Braden.....	81
Lampiran 10 Hasil Uji Statistik.....	82



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah Penelitian

Risiko dekubitus masih menjadi persoalan utama diseluruh rumah sakit khususnya di perawatan intensif care dimana pasien kritis akan mengalami perawatan yang cukup lama dan umumnya akan memiliki kondisi tirah baring yang lama serta berdampak negatif pada kondisi fisik pasien (Farid et al., 2023). Pasien tirah baring lama akan mengalami keterbatasan fisik untuk menggerakkan anggota tubuhnya, yang disebut imobilisasi/inaktivitas (Safei et al., 2022). Hal ini sejalan penelitian Linke et al. (2020) bahwa kelemahan pada pasien di ruang ICU dapat mengakibatkan berbagai masalah, salah satunya risiko dekubitus. Di Indonesia, prevalensi kejadian dekubitus pasien tirah baring lama di rumah sakit sebanyak 15,8 % sampai 38,18% (Yenny, 2020).

Pasien tirah baring lama menyebabkan kerusakan integritas kulit/jaringan dibawahnya akibat tekanan/gesekan (Kustina et al., 2022). Kerusakan integritas kulit/jaringan terjadi akibat aliran darah didalam tubuh terhambat dan menurunkan oksigen serta nutrisi ke perifer, mengakibatkan hipoksia jaringan dan nekrosis (Mayangsari et al., 2020). Berdasarkan *National Pressure Ulcer Staging System*, tanda risiko dekubitus dilihat dari perubahan kulit, mulai dari suhu kulit menjadi lebih hangat/dingin, konsistensi jaringan kencang/lembab, sensasi nyeri/gatal, kemerahan pada kulit terang dan kulit gelap berwarna

ungu. Di Asia Tenggara, prevalensi dekubitus hanya berkisar 2,1-31,3%
gkan di Indonesia mencapai angka 33,3% (Kemenkes RI, 2018).



Penelitian pasien dekubitus akibat tirah baring di RS Dr. Sardjito Yogyakarta mencapai 40% dari 40 pasien dan di RS Dr. Moewardi Surakarta mencapai 38,18% (Riani et al., 2022). Data penderita dekubitus di RS Jawa Tengah sebanyak 30% dengan 9.413 orang (Dinkes, 2020).

Dalam mencegah komplikasi dari pasien tirah baring lama di ruang ICU, diperlukan mobilisasi dini guna mengembalikan kemampuan ADL pasien dan mengurangi lama hari perawatan (Tarmisih, 2024). Mobilisasi dini dimulai dalam 2-5 hari pada awal perawatan di ICU, menjadi terapi tahap awal yang diberikan (Menges et al., 2021; Mobiliu & Tomayahu, 2021). Beberapa kegiatan seperti aktivitas mobilitas di tempat tidur, latihan rentang gerak, dan duduk menjadi penunjang mobilisasi pasien. Kemampuan, keamanan, motivasi dan kepercayaan pasien, faktor lingkungan, dan budaya menjadi 5 domain utama persiapan intervensi mobilisasi dini (Koohpyma et al., 2020; Sibilla et al., 2020).

Mobilisasi dini pasien di ruang ICU telah diusulkan mencegah disfungsi fisik, meningkatkan ventilasi regional, efisiensi mekanisme pernapasan, memperbaiki kondisi vital pasien, bersihan jalan napas, dan penurunan resistensi aliran udara (Aquim et al., 2019; Hodgson et al., 2021). Penelitian Farid et al. (2023) menunjukkan pasien yang dirawat di ruang kritis dengan pemberian mobilisasi dini dengan durasi dan cara yang tepat mampu mempertahankan kondisi hemodinamik pasien secara keseluruhan.



Implementasi mobilisasi dini sangat dipengaruhi oleh pengetahuan (ca et al., 2023). Pengetahuan menjadi hasil dari pemahaman dan persepsi

seseorang pada suatu objek tertentu (Wijaya et al., 2024). Semakin baik pengetahuan seseorang maka akan semakin baik pula dalam melakukan sesuatu (Sutrisno et al., 2021). Penelitian Marlinda et al. (2023), menemukan hubungan signifikan pengetahuan dan sikap dengan pelaksanaan mobilisasi dini pasien post operasi appendectomy di Ruang Bedah Rawat Inap I RSUD Mentawai. Pemahaman yang tepat akan menumbuhkan sikap dan perilaku baru bagi perawat terhadap mobilisasi dini pasien kritis di ruang ICU (Riyanti dan Devita, 2024).

Sikap seseorang tercermin dari pengetahuannya, dimana pengetahuan baik cenderung akan mendorong sikap yang baik dalam mendukung peningkatan kesehatan dan kualitas hidup (Tumanggor, 2021). Penelitian Indriani et al. (2023), menemukan adanya hubungan bermakna pengetahuan dan sikap ibu terhadap mobilisasi dini post sectio caesarea. Ini menunjukkan semakin baik pengetahuan perawat maka akan semakin baik pula sikapnya. Penelitian Riyanti dan Devita (2024), menunjukkan adanya hubungan sikap dengan perilaku mobilisasi dini pada ibu post sectio caesarea di ruang rawat gabung kebidanan RSUD H. Abdul Manap kota Jambi.

Dengan meningkatnya prevalensi dekubitus pasien kritis di ruang ICU dengan tirah baring lama (Khasanah, et al., 2023; Kustina, et al., 2022), perlu upaya mengurangi dampak dari imobilisasi dengan melakukan mobilisasi dini.

Meskipun demikian, efektifitas dalam penerapan mobilisasi dini sangat garuhi pengetahuan dan sikap perawat (Jessica, et al., 2023; Sutrisno et al., 2021). Berdasarkan uraian di atas maka peneliti tertarik melakukan



penelitian “Hubungan Pengetahuan dan Sikap Perawat Tentang Mobilisasi Dini Dengan Skor Risiko Dekubitus Bagi Pasien Kritis di Ruang ICU”.

B. Rumusan Masalah

Banyaknya prevalensi jumlah pasien kritis di ruang ICU dengan tirah baring lama akan mengakibatkan tingginya risiko ulkus dekubitus. Efektifitas dalam mobilisasi dini sangat dipengaruhi dengan pengetahuan dan sikap perawat. Oleh karena itu, peneliti ingin mengetahui "Bagaimana hubungan pengetahuan dan sikap perawat tentang mobilisasi dini dengan skor risiko dekubitus bagi pasien kritis di ruang ICU?".

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum
 - a. Diketahui hubungan pengetahuan dan sikap perawat tentang mobilisasi dini dengan skor risiko dekubitus bagi pasien kritis di ruang ICU.
2. Tujuan Khusus
 - a. Diketahui hubungan pengetahuan perawat tentang mobilisasi dini dengan skor risiko dekubitus.
 - b. Diketahui hubungan sikap perawat tentang mobilisasi dini dengan skor risiko dekubitus.

D. Kesesuaian Penelitian dengan Roadmap Prodi



Penelitian ini sesuai roadmap penelitian program studi ilmu keperawatan, tahun 2019-2023 yang menekankan pada peningkatan kualitas pelayanan dan peningkatan mutu pelayanan keperawatan yang unggul. Penelitian ini relevan dengan

peningkatan kualitas pelayanan keperawatan karena menggali hubungan pengetahuan dan sikap perawat tentang mobilisasi dini dengan skor risiko dekubitus.

E. Manfaat Penelitian

1. Bagi Institusi Terkait

Praktisi keperawatan dapat meningkatkan pelayanan dan peningkatan kualitas yang diberikan kepada pasien, dapat membantu mengurangi angka kejadian dekubitus, dan mengoptimalkan proses pemulihan pasien.

2. Bagi Pendidikan

Penelitian ini memberikan kontribusi pada pengembangan ilmu keperawatan dengan menyediakan pemahaman yang lebih baik dan dapat digunakan sebagai dasar untuk penelitian lebih lanjut dalam memperdalam pemahaman tentang praktik perawatan yang efektif dalam mencegah dekubitus pada pasien kritis.

3. Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat dijadikan dasar, landasan, bahan perbandingan dan referensi dalam pengembangan penelitian selanjutnya dalam bidang keperawatan ataupun bidang kesehatan lainnya.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pasien Kritis dan Ruang ICU

1. Definisi

Pasien kritis didefinisikan sebagai pasien yang mengalami perburukan intensitas defek fisiologi satu atau beberapa organ yang dapat mengancam jiwa hingga menyebabkan kematian (Rahmanti, 2021). Pasien kritis memiliki kondisi yang sangat rentan mengalami perburukan, mulai dari perubahan fisik hingga penurunan fungsi organ lainnya. Pasien kritis umumnya menjalani masa perawatan yang cukup lama di ruang ICU, sehingga tidak jarang muncul berbagai komplikasi umum selama perawatan tersebut.

Ruang ICU merupakan ruangan khusus yang terpisah dengan ruang perawatan lainnya, yang dirancang dengan teknologi khusus untuk memonitor keadaan pasien secara intensif dalam memberikan dukungan kehidupan (Maryuni, et al., 2023). ICU memiliki tenaga medis yang tertampil untuk memberikan perawatan bagi pasien yang sakit kritis, terluka parah, atau penyakit kronik yang dapat mengancam jiwa (Ariyadi, et al., 2024).

2. Indikasi Pasien Kritis Masuk dan Keluar ICU

Pasien kritis didefinisikan sebagai pasien yang mengalami perburukan intensitas defek fisiologi satu atau beberapa organ yang dapat mengancam jiwa hingga menyebabkan kematian (Rahmanti, 2021). Pasien kritis



memiliki kondisi yang sangat rentan mengalami perburukan, mulai dari perubahan fisik hingga penurunan fungsi organ lainnya. Pasien kritis umumnya menjalani masa perawatan yang cukup lama di ruang ICU, sehingga tidak jarang muncul berbagai komplikasi umum selama perawatan tersebut.

Dalam *Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan HCU dan ICU di Rumah Sakit oleh Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan RI*, pasien kritis akan mendapatkan pelayanan di ruang ICU sesuai kebutuhan pasien dengan penggabungan teknologi tinggi dan keahlian khusus.

a. Kriteria Masuk

Menurut HIPERCCI Pusat (2018), sarana dan prasarana yang terbatas di ruang ICU seperti ketersediaan tempat tidur dan tingginya pasien kritis, terdapat mekanisme skala prioritas pasien. Pasien yang memerlukan terapi intensif (Prioritas 1) akan didahulukan dibandingkan pasien yang memerlukan pemantauan intensif (Prioritas 3).

b. Kriteria Keluar

Prioritas pasien dipindahkan dari ICU berdasarkan pertimbangan medis oleh kepala ICU dan tim yang merawat pasien.

3. Komplikasi

Komplikasi yang dapat dialami pasien selama perawatan di ICU sangat beragam, mulai dari post-intensive care syndrome, delirium, infeksi, deep vein thrombosis (DVT), pulmonary embolism (PE), ulkus dekubitus,



malnutrisi, penyakit kritis polyneuropathy dan myopathy, ICU-acquired weakness, cacat fisik dan kognitif jangka panjang, serta komplikasi terkait dengan ventilasi mekanik. (Huppert, et al., 2021). Akibatnya, pasien kritis membutuhkan pemantauan dan intervensi medis secara intensif, yang erat kaitannya dengan ICU (Sasmito, et al., 2024).

B. Tinjauan Ulkus Dekubitus

1. Definisi

Ulkus dekubitus atau yang biasa kita kenal dengan luka akibat tirah baring lama merupakan cedera kulit dan jaringan lunak dibawahnya yang terlokalisasi akibat tekanan/gesekan yang lama pada area tubuh tertentu dan umumnya pada penonjolan tulang (Zaidi et al., 2024). Lokasi ulkus dekubitus pada sakrum, tuberositas iskia, dan trokanter mayor terjadi sebanyak 70% pada lokasi tersebut tetapi bisa juga terjadi di bahu, oksiput, siku, skapula, tumit, telinga, dan malleolus lateral (Gaspar et al., 2019).

2. Etiologi dan Patofisiologi

Ulkus dekubitus dapat disebabkan oleh beberapa faktor baik internal maupun eksternal. Faktor internal mampu meningkatkan proses kerusakan jaringan seperti anemia, disfungsi endotel, dan malnutrisi. Sedangkan faktor eksternal yang berlangsung panjang dapat menyebabkan iskemia dan deformasi jaringan seperti gesekan, tekanan, gaya geser, dan kelembaban yang lama (Amirsyah et al., 2019). Tekanan lama pada kulit akan menyebabkan aliran darah dalam tubuh terhambat sehingga terjadi penyumbatan kapiler yang menyebabkan penurunan kadar oksigen di area



tekanan dan seiring waktu jaringan iskemik mulai mengakumulasi metabolit toksik dan terjadilah ulserasi dan nekrosis jaringan (Subrata, 2019). Faktor risiko ulkus dekubitus dapat terjadi pada pasien dengan anestesi yang berkepanjangan, penyakit kardiovaskular dan neurologis, hipotensi, dehidrasi dan pasien bedah (Zaidi et al., 2024).

Ulkus dekubitus dapat terjadi karena berbagai faktor, namun umumnya menyebabkan berkurangnya aliran darah dan kematian jaringan. Meskipun jaringan dapat menahan tekanan eksternal yang tinggi, penyebab utamanya adalah tekanan konstan dalam jangka waktu lama. Selain itu, gesekan pakaian dan tempat tidur pada kulit menyebabkan ulkus karena lapisan kulit pecah dan kelembaban dapat memperparah ulkus yang sudah ada melalui kerusakan jaringan dan maserasi (Gefen et al., 2020).

3. Stadium Ulkus Dekubitus

Menentukan stadium ulkus dekubitus dapat dilakukan dengan berbagai cara. Salah satunya Kottner et al. (2020) dalam penelitiannya menyimpulkan bahwa sistem yang berbeda memiliki makna konseptual yang sebanding. Di Amerika Serikat, sistem klasifikasi yang paling banyak digunakan adalah sistem *National Pressure Injury Advisory Panel* (NPIAP), yang mengklasifikasikan ulkus berdasarkan kedalamannya. Tahap 1: Kulit tetap utuh dengan eritema/kemerahan yang tidak hilang saat ditekan. Tahap 2: Ada kerusakan sebagian pada kulit yang melibatkan epidermis/lapisan ar dan dermis/dalam kulit. Tahap 3: Kerusakan seluruh ketebalan kulit mencapai jaringan subkutan/di bawahnya tetapi tidak melewati fascia. Bisa



terlihat slough atau eschar/keras, dan luka mungkin berbau busuk. Tahap 4: Kerusakan seluruh ketebalan kulit mencapai fascia dengan kerusakan jaringan yang signifikan dan mungkin melibatkan tendon, otot, sendi, atau tulang. Unstageable: Kedalamannya tidak dapat diketahui karena slough atau eschar/keras menutupi kerusakan.

4. Instrumen Penilaian Risiko Ulkus Dekubitus

a. Skala Braden

Skala Braden adalah alat yang paling umum digunakan di rumah sakit di Amerika Serikat untuk menilai risiko cedera akibat tekanan. Alat ini telah terbukti reliabilitas dan validitasnya, bahkan sensitifitas dan spesifitasnya lebih baik dibandingkan dengan alat lain seperti Skala Norton dan Waterlow (Kennerly et al., 2022). Menurut *National Institute of Health* (NIH), Skala Braden merupakan alat penilaian risiko cedera akibat tirah baring lama yang paling sering digunakan di Amerika Serikat. Skala Braden juga dikembangkan pada tahun 1987 oleh perawat Barbara Braden dan Nancy Bergstrom.

Skor setiap parameter akan dijumlahkan dengan skor total pada skala ini berkisar 6-23. Semakin rendah total skor maka semakin tinggi pula risiko seseorang terkena ulkus dekubitus. Skala Braden terdiri dari 6 parameter yaitu persepsi sensori, kelembaban, aktivitas, mobilitas, nutrisi, dengan rentang nilai 1-4 dan parameter gesekan dan geser, dengan rentang nilai 1-3. Skor setiap parameter akan dijumlahkan dengan kategori skor 19-23 tidak berisiko, 15-18 dengan risiko ringan,



13-14 dengan risiko sedang, 10-12 dengan risiko tinggi, dan 6-9 dengan risiko berat.

b. Skala Norton

Skala Norton dikembangkan di Inggris dan diperkenalkan awal tahun 1960 oleh perawat Doreen Norton. Skala Norton kemudian dikembangkan pada tahun 1962 sebagai skala pengkajian dekubitus untuk memprediksi timbulnya dekubitus pada pasien usia lanjut. Skor setiap parameter akan dijumlahkan dengan skor total pada skala ini berkisar 5-20.

Semakin rendah total skor maka semakin tinggi pula risiko seseorang terkena ulkus dekubitus. Skala Norton hadir berdasarkan pengalaman klinik yang mencakup 5 parameter yang terdiri dari parameter kondisi fisik umum, kesadaran, aktivitas, mobilitas, dan inkontinensia, dengan rentang nilai 1-4. Skor setiap parameter akan dijumlahkan dengan kategori skor >18 risiko rendah, 15-18 dengan risiko sedang, 10-14 dengan risiko tinggi, dan skor <10 dengan risiko sangat tinggi.

C. Tinjauan Pengetahuan dan Sikap Tentang Mobilisasi Dini

1. Definisi Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini adalah upaya awal dan intens untuk rehabilitasi fisik pada pasien dengan penyakit kritis mencakup aktivitas fisik seperti latihan bergerak, gerakan di tempat tidur, duduk, berdiri, pindah tempat, dan latihan berjalan (Alaparthy et al., 2020).



2. Tujuan Mobilisasi Dini

Mobilisasi bertujuan untuk mencegah komplikasi pasca operasi, meningkatkan kapasitas fungsional, dan mengurangi durasi rawat inap pasien yang telah menjalani operasi (Zhang et al., 2019).

3. Manfaat Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini dapat mencegah penurunan kondisi fisik selama pasien dirawat di rumah sakit. Penurunan fungsi fisik akibat istirahat di tempat tidur dan imobilisasi yang tidak disengaja dapat terjadi dengan cepat karena hilangnya massa dan kekuatan otot (Munir et al., 2021).

4. Kerugian

Dampak jangka pendek dari tidak melakukan mobilisasi dini pada pasien sakit kritis mencakup peningkatan risiko kelemahan yang didapat di ICU, penurunan kapasitas fungsional, peningkatan hari penggunaan ventilasi mekanis, serta menurunkan jumlah pasien yang dapat berdiri dan tingkat keluar dari ICU (Zhang et al., 2019) Penundaan mobilisasi dapat menyebabkan berbagai gangguan fungsi organ, termasuk penyumbatan aliran darah dan gangguan fungsi otot (Lema et al., 2019).

5. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi

Dalam Suciawati (2017), mobilitas seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya sebagai berikut:

a. Pengetahuan

Kurangnya pemahaman mengenai mobilisasi dini dapat disebabkan oleh minimnya informasi yang tersedia. Banyak dari mereka cenderung



menghindari topik ini karena dianggap kurang penting, sehingga jarang mencari informasi mengenai cara dan manfaat dari mobilisasi dini.

b. Kondisi emosi

Kondisi emosional yang kurang mendukung dapat timbul akibat situasi dimana seseorang sedang dalam tahap pemulihan pasca operasi di rumah sakit. Perasaan takut terhadap luka operasi yang belum sembuh sepenuhnya bisa menjadi penghalang untuk melakukan mobilisasi dini.

c. Dukungan tenaga kesehatan

Meskipun tenaga kesehatan memberikan dukungan yang baik dengan memberikan informasi tentang mobilisasi dini dan manfaatnya, pelaksanaan mobilisasi dini tetap tergantung pada keputusan seseorang untuk melakukannya atau tidak.

d. Dukungan keluarga

Kurangnya dukungan dari keluarga dapat disebabkan oleh kurangnya pengetahuan mereka tentang mobilisasi pasca operasi, sehingga mereka merasa tidak mampu memberikan panduan atau bantuan.

6. Jenis Mobilisasi Dini

Menurut penelitian yang dilakukan Risnah et al. (2022), terdapat dua jenis mobilitas yaitu:

- a. Mobilitas penuh, mencakup kemampuan individu untuk bergerak dengan bebas, berinteraksi secara sosial, dan melaksanakan aktivitas sehari-hari (Risnah et al., 2022).



- b. Mobilitas sebagian, merujuk pada kemampuan seseorang untuk bergerak dengan pembatasan yang jelas akibat gangguan pada saraf motorik dan sensorik di beberapa bagian tubuh (Risnah et al., 2022).

7. Jenis Rentang Gerak

- a. Rentang gerak pasif, untuk menjaga kelenturan otot-otot dan persendian dengan menggerakkan otot orang lain secara pasif misalnya perawat mengangkat dan menggerakkan kaki pasien (Agusrianto et al., 2022).
- b. Rentang gerak aktif, untuk melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan cara menggunakan otot-ototnya secara aktif misalnya berbaring pasien menggerakkan kakinya (Hartinah et al., 2019).
- c. Rentang gerak fungsional, untuk memperkuat otot-otot dan sendi dengan melakukan aktifitas yang diperlukan misalnya belajar bangun dari tempat tidur (Nurtanti et al., 2019).

8. Tahapan Mobilisasi Dini

Adapun tahapan mobilisasi dini yang diberikan menurut Nursaid (2019) adalah sebagai berikut:

a. Hari 1:

1. Setelah operasi, pasien harus beristirahat di tempat tidur selama 6 jam pertama pasca operasi. Mobilisasi yang biasa dilakukan meliputi menggerakkan lengan, tangan, ujung jari kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis, serta menekuk dan menggeser kaki.
2. Setelah 6-10 jam, pasien diharuskan miring ke kiri dan ke kanan untuk mencegah trombosis dan tromboemboli.



3. Setelah 24 jam, pasien dianjurkan mulai belajar duduk.
 4. Setelah dapat duduk, pasien dianjurkan belajar berjalan.
- b. Hari 2:
1. Posisikan tubuh pasien pada sudut $60-70^{\circ}$.
 2. Tempatkan penyangga pada kaki untuk mencegah pasien merosot di tempat tidur dan agar pasien lebih aman.
 3. Pertahankan posisi pasien selama 1 jam.
 4. Jika tidak ada keluhan, ubah posisi pasien menjadi duduk.
- c. Hari 3:
1. Latihan duduk di tempat tidur dengan kaki menjuntai ke bawah.
 2. Latihan turun dari tempat tidur dan berjalan di sekitar tempat tidur dengan bantuan atau secara mandiri.
- d. Hari 4:
1. Latihan berjalan secara mandiri dapat dilakukan di sekitar tempat tidur atau hingga ke kamar mandi.

