

**APLIKASI MOBILISASI PASIF PADA PASIEN STROKE NON
HEMORAGIK DENGAN GANGGUAN KERUSAKAN INTEGRITAS
KULIT PADA LUKA DEKUBITUS**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan Mencapai Gelar Ahli Madya
Keperawatan Pada Program Studi D3 Keperawatan



Disusun Oleh:

Novita Fitriyani

22.0601.0026

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG**

2025

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Luka dekubitus menjadi kajian yang sangat menarik dalam dunia kesehatan pada khususnya karena luka tersebut dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien, terutama bagi pasien yang terbaring lama di tempat tidur, seperti pasien dengan kelumpuhan atau gangguan mobilitas. Luka dekubitus dapat menyebabkan rasa sakit, infeksi, serta komplikasi serius lainnya yang memperburuk kondisi kesehatan pasien. Tekanan yang berlangsung dalam waktu lama adalah faktor utama penyebab luka dekubitus karena dapat memicu gangguan aliran darah (iskemia) pada jaringan lunak (Alzamani et al., 2022).

Riset-riset kesehatan dan keperawatan mencoba menganalisis dan menjelaskan bagaimana penanganan luka dekubitus dengan pendekatan yang hati-hati dan kompleks, tindakan tersebut mencakup tindakan preventif melalui perawatan kulit yang baik bagi pasien yang mengalami kendala mobilitas tubuh. Dalam penelitian dijelaskan lebih lanjut bahwa apabila pasien yang telah mengalami luka dekubitus maka hal yang perlu dilakukan adalah melakukan pemantauan posisi tubuh pasien (Alimansur & Santoso, 2019).

Dalam studi kasus ini menjelaskan bahwa tingkat kejadian luka dekubitus di Indonesia terutama di Wilayah Jateng mengalami peningkatan. Data dari Survei Kesehatan Indonesia 2023 menyebut bahwa angka kejadian stroke di Indonesia tercatat sebesar 8,3 per 1.000 penduduk, stroke juga termasuk salah satu penyakit katastropik dengan biaya perawatan tertinggi ketiga setelah penyakit jantung dan kanker (Kemenkes, 2023). Sedangkan angka penderita diabetes di Indonesia mencapai 19,5 juta orang, angka ini diperkirakan akan meningkat menjadi 28,5 juta penduduk pada tahun 2045 (Portal Informasi Indonesia, 2024). Lebih lanjut dalam penelitian dijelaskan bahwa tingkat kejadian dekubitus di Jawa Tengah tergolong tinggi yaitu mencapai 33,3% (Apriyanto & Satiti, 2023). Guna menekan angka kejadian tersebut, peran perawat menjadi sangat penting dalam upaya

pencegahan. Salah satu langkah utama yang dapat dilakukan adalah melakukan deteksi dini terhadap potensi munculnya dekubitus dengan memanfaatkan alat pengkajian yang sesuai dan efektif. Saat ini, terdapat sejumlah instrumen yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi risiko terjadinya dekubitus secara lebih awal, seperti *Braden Scale*, *Norton Scale*, dan alat penilaian lainnya yang dirancang untuk mengevaluasi tingkat risiko pasien terhadap kondisi ini. Tingginya prevalensi dekubitus yang disebutkan sebelumnya mengindikasikan bahwa masih terdapat tantangan dalam upaya pencegahan luka dekubitus pada pasien.

Namun, dalam penelitian yang dilakukan oleh Prastiwi & Lestari (2021) dijelaskan bahwa terdapat sisi-sisi psikologis yang perlu diperhatikan pada pasien luka dekubitus sehingga penanganan tidak hanya terbatas pada pemberian upaya preventif melainkan juga pada aspek psikologis pasien. Berangkat dari hasil penelitian tersebut sebelumnya maka diketahui bahwa dalam penanganan luka dekubitus melibatkan berbagai disiplin ilmu kesehatan, seperti perawatan luka, fisioterapi, psikologis, hingga rehabilitasi medis. Salah satu teknik yang dapat digunakan adalah aplikasi mobilisasi pasif, mobilisasi pasif ini adalah untuk mencegah terjadinya *decubitus ulcers* (luka tekan atau borok akibat tekanan yang berkepanjangan pada kulit) yang sering terjadi pada pasien yang tidak dapat bergerak sendiri akibat kelumpuhan (Herly et al., 2021).

Studi kasus ini akan berfokus pada 2 pasien yang mengalami gangguan mobilitas pada pasien stroke SNH yang mengalami resiko gangguan integritas kulit. Guna memperjelas apa yang dimaksud dalam penelitian ini mengenai gangguan tersebut maka dapat dikatakan bahwa gangguan integritas kulit pada luka dekubitus adalah kondisi di mana terjadi kerusakan atau hilangnya keutuhan lapisan kulit akibat tekanan yang berkepanjangan, gesekan, geseran, atau kelembapan berlebih. Hal ini menyebabkan penurunan fungsi pelindung kulit, menimbulkan luka terbuka, dan berisiko memperburuk kondisi pasien, terutama pada area tubuh yang mengalami tekanan konstan seperti bokong, punggung, tumit, atau siku (Simatupang et al., 2022). Dalam penelitian yang dilaksanakan oleh Jona et al.,

(2022) dijelaskan bahwa luka dekubitus lebih rentan terjadi pada penderita stroke karena kasus ketidakmampuan individu untuk bergerak secara fisik dengan mandiri sehingga kondisi tersebut memaksa individu mengalami *bedrest* total. Beberapa penelitian kemudian peneliti telusuri agar mendapatkan sisi kebaruan atau *novelty* penelitian, diantaranya adalah penelitian yang dilaksanakan oleh Khoerunnisa et al., (2024) yang berfokus pada penerapan mobilisasi pada pasien stroke dengan luka tekan yang memerlukan istirahat total di tempat tidur, dengan menekankan proses asuhan keperawatan. Hasilnya menunjukkan perbaikan signifikan pada kondisi pasien, dengan sembuh luka tekan dan peningkatan skor Skala Braden dari 12 menjadi 15 setelah intervensi mobilisasi. Kemudian penelitian yang dilakukan oleh Meliza et al., (2020) yang berfokus pada pengaruh mobilisasi dan aplikasi minyak zaitun dalam pencegahan luka dekubitus pada pasien stroke.

Hasilnya menunjukkan bahwa kedua intervensi tersebut efektif dalam mencegah luka dekubitus. Selain itu terdapat riset yang dilakukan oleh (Andri & Widoroni, 2020) yang berfokus pada pengaruh mobilisasi pasif dalam mencegah terjadinya luka dekubitus. Hasil penelitian menunjukkan bahwa setelah dilakukan mobilisasi pasif, sebagian besar responden tidak menunjukkan tanda-tanda luka dekubitus yang menunjukkan adanya pengaruh mobilisasi pasif dalam mencegah terjadinya luka dekubitus derajat I pada pasien paralisis. Beberapa penelitian yang telah peneliti paparkan di atas sebelumnya menunjukkan kesamaan dan perbedaan dengan penelitian yang dilaksanakan, adapun persamaan dan perbedaannya adalah semuanya berfokus pada pencegahan atau pengobatan luka dekubitus pada pasien dengan kondisi medis tertentu, seperti stroke atau paralisis akibat infark stroke.

Namun, studi kasus yang dilaksanakan memiliki perbedaan dalam fokus pasien, yaitu pada 2 pasien yang menderita stroke. Selain itu, penelitian sebelumnya juga melibatkan intervensi tambahan, seperti aplikasi minyak zaitun dalam mencegah luka dekubitus, sedangkan penelitian yang akan dilakukan oleh (Mubarrok et al., 2023) lebih fokus pada mobilisasi pasif sebagai satu-satunya intervensi. Penelitian yang dilaksanakan akan berfokus pada aplikasi mobilisasi pasif terhadap 2 pasien

dengan stroke SNH, keduanya mengalami *bedrest* total yang sudah dialaminya selama kurang lebih satu tahun. Berdasarkan observasi awal penelitian, kedua pasien ini sama-sama mengalami gangguan integritas kulit pada luka dekubitus yang ditunjukkan melalui perubahan warna kulit, adanya luka terbuka, dan iritasi. Namun, observasi pra penelitian lebih lanjut menemukan penanganan belum maksimal karena kedua pasien berada di rumahnya masing-masing.

Penerapan atau penggunaan asuhan keperawatan melalui aplikasi mobilisasi pasif bukan tanpa sebab, melihat kondisi pra penelitian melalui observasi dengan adanya perubahan warna kulit dan luka terbuka maka mobilisasi pasif dirasa tepat karena membantu mencegah tekanan berlebih pada area rentan, meningkatkan sirkulasi darah, dan mempercepat proses penyembuhan serta pencegahan luka lebih lanjut (Mubarrok et al., 2023).

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan sebelumnya di atas maka, terdapat berbagai macam mobilisasi dalam menangani pencegahan gangguan integritas kulit pada pasien yang mengalami gangguan mobilisasi pada pasien stroke non hemoragik. Studi kasus ini berfokus pada mobilisasi pasif dan merumuskan masalahnya pada pertanyaan Bagaimana pengaruh aplikasi mobilisasi pasif pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan integritas kulit pada luka dekubitus.

1.3 Tujuan Karya Tulis Ilmiah

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dalam penulis Karya Tulis Ilmiah ini adalah melakukan intervensi melalui mobilisasi pasif dengan permasalahan pencegahan gangguan integritas kulit pada pasien stroke non hemoragik.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Melakukan asuhan keperawatan, pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, dan implementasi keperawatan dengan karakteristik pasien yang mengalami kerusakan integritas kulit pada luka dekubitus.

- b. Melakukan identifikasi tanda dan gejala gangguan mobilitas fisik gangguan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan kerusakan integritas kulit pada luka dekubitus.
- c. Memahami dan melakukan intervensi mobilisasi pasif yang tepat pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan kerusakan integritas kulit pada luka dekubitus untuk mencegah perkembangan lebih lanjut.
- d. Menganalisis efektifitas implementasi mobilisasi pasif secara rutin pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan kerusakan integritas kulit pada luka dekubitus untuk meningkatkan kondisi kulit dan mencegah komplikasi lebih lanjut.
- e. Memahami dan melakukan evaluasi yang tepat terhadap efektivitas mobilisasi pasif pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan kerusakan integritas kulit pada luka dekubitus dalam pencegahan serta penyembuhan pada pasien yang dirawat di tempat tidur.

1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah

1.4.1 Bagi Pelayanan Kesehatan

Memberikan informasi yang berguna bagi praktisi kesehatan dalam menentukan asuhan keperawatan yang tepat, khususnya terkait dengan aplikasi mobilisasi pasif untuk pencegahan dan penyembuhan gangguan integritas kulit pada pasien yang memerlukan perawatan jangka panjang

1.4.2 Bagi Profesi Keperawatan

Meningkatkan pemahaman dan pengetahuan tenaga kesehatan untuk pengembangan Standar Prosedur Operasional (SOP). Mobilisasi Pasif dalam mencegah dan mengobati gangguan integritas kulit pada pasien stroke non hemoragik, serta memberikan wawasan baru dalam pengelolaan pasien.

1.4.3 Bagi Klien dan Keluarga

Diharapkan mampu menjadi sumber informasi bagi pasien dan keluarga mengenai pentingnya mobilisasi pasif dalam pencegahan gangguan integritas kulit yang dapat meningkatkan pemahaman mereka dalam perawatan diri pada pasien yang menjalani perawatan jangka panjang.

1.4.4 Bagi Masyarakat

Diharapkan dapat menjadi tambahan pengetahuan bagi masyarakat, khususnya keluarga atau orang yang merawat pasien dengan luka dekubitus, untuk memahami pentingnya intervensi mobilisasi pasif dalam menjaga kesehatan kulit dan mencegah komplikasi lebih lanjut.

1.4.5 Bagi Penulis

Sebagai sarana untuk memperdalam pemahaman penulis tentang mobilisasi pasif untuk mencegah gangguan integritas kulit dalam praktik keperawatan yang efektif dalam pencegahan dan pengobatan, serta sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan dan mencapai gelar ahli madya keperawatan

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Teori Masalah Penyakit

2.1.1 Pengertian Stroke

Stroke merupakan kondisi medis serius yang ditandai oleh gangguan fungsi otak, baik yang bersifat lokal (fokal) maupun menyeluruh (global), yang terjadi secara tiba-tiba dan akut, dengan durasi lebih dari 24 jam. Gangguan ini disebabkan oleh terhambatnya aliran darah ke otak akibat penyumbatan (trombus atau embolus) atau pecahnya pembuluh darah (hemoragik). Akibatnya, suplai oksigen ke otak terganggu, sehingga sel-sel otak mulai rusak dan mati. Kondisi ini dapat memengaruhi fungsi otak tertentu, tergantung pada bagian otak yang terdampak, dan menimbulkan berbagai gejala klinis (H. Siti et al., 2024) .

Gejala stroke bervariasi, mulai dari yang ringan hingga berat, dan dapat mengarah pada pemulihan sempurna, kecacatan, atau bahkan kematian, tergantung pada tingkat kerusakan jaringan otak dan kecepatan intervensi medis. Secara fisiologis, kekurangan oksigen dalam jaringan otak yang berlangsung lama dapat menyebabkan gangguan permanen pada fungsi tubuh, termasuk kelumpuhan, gangguan bicara, dan penurunan kesadaran (Karim et al., 2021).

Berdasarkan pengertian tersebut di atas maka stroke adalah gangguan fungsional otak yang serius dan mendadak, disebabkan oleh terhentinya aliran darah ke otak akibat penyumbatan atau perdarahan. Kondisi ini mengakibatkan kerusakan sel-sel otak karena kekurangan oksigen, yang berdampak pada berbagai fungsi tubuh sesuai dengan area otak yang terdampak. Tanpa penanganan cepat, stroke dapat menyebabkan kecacatan permanen atau kematian.

2.1.2 Etiologi

Faktor-faktor yang memicu penyakit stroke, dalam riset yang ditulis oleh Eliza et al., (2022) dijelaskan bahwa faktor risiko stroke dapat dibagi menjadi dua kategori utama, yaitu faktor yang tidak dapat diubah (*irreversible*) dan faktor yang dapat diubah (*reversible*).

Lebih lanjut, faktor yang tidak dapat diubah meliputi jenis kelamin, di mana pria memiliki risiko lebih tinggi mengalami stroke dibandingkan wanita, usia, di mana semakin tua seseorang, semakin besar pula risikonya mengalami stroke, serta riwayat keluarga, di mana individu dengan anggota keluarga yang pernah mengalami stroke memiliki peluang lebih besar terkena penyakit serupa stroke (Siti & Wahjuni, 2016).

Sementara itu, faktor yang dapat diubah mencakup kondisi kesehatan seperti hipertensi, penyakit jantung, kolesterol tinggi, obesitas, diabetes melitus, polisitemia, dan stres emosional, yang semuanya dapat dikelola untuk mengurangi risiko stroke. Selain itu, kebiasaan hidup tidak sehat, seperti merokok, konsumsi alkohol berlebihan, penggunaan obat-obatan terlarang, kurang olahraga, dan pola makan tinggi kolesterol, juga berkontribusi pada risiko stroke (Amila et al., 2019).

2.1.3 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis stroke merupakan gambaran gejala dan tanda-tanda yang muncul akibat gangguan aliran darah ke otak yang berdampak pada fungsi neurologis gejala tersebut dapat bervariasi tergantung pada area otak yang terkena, tingkat keparahan gangguan, dan jenis stroke, baik iskemik maupun hemoragik (Campbell et al., 2019).

Pada stroke umumnya manifestasi klinis meliputi kelemahan atau kelumpuhan mendadak pada satu sisi tubuh (*hemiplegia* atau *hemiparesis*), kehilangan keseimbangan, dan gangguan koordinasi (*ataksia*). Gangguan bicara seperti disartria (bicara tidak jelas) atau afasia (kesulitan berbicara atau memahami pembicaraan) juga sering terjadi. Selain itu, pasien mungkin mengalami penurunan kesadaran, vertigo, gangguan penglihatan berupa penglihatan kabur atau hilangnya penglihatan pada satu mata, serta rasa kebas atau kesemutan pada satu sisi tubuh. Pada kasus stroke hemoragik, sakit kepala mendadak dan parah

sering menjadi gejala khas yang disertai mual dan muntah. Manifestasi klinis lainnya mencakup gangguan menelan (disfagia), penurunan daya ingat, kebingungan, hingga koma pada kondisi yang berat (Pohl et al., 2021)..

Stroke memiliki berbagai tanda dan gejala, di antaranya: sakit kepala mendadak, pusing, kebingungan, penurunan kesadaran hingga koma akibat perdarahan otak. Secara klinis stroke juga berhubungan dengan gangguan penglihatan seperti penglihatan kabur atau kehilangan ketajaman visual pada satu atau kedua mata (Rowe, 2016). Gejala lain meliputi kehilangan keseimbangan, kelemahan atau kelumpuhan pada tangan atau kaki, rasa kebas atau kesemutan pada satu sisi tubuh, serta gangguan orientasi, waktu, atau interaksi sosial. Pasien juga dapat mengalami vertigo, sempoyongan, bicara tidak jelas, dan disfagia (kesulitan menelan) menurut (Pohl et al., 2021).

2.1.4 Jenis & Klasifikasi

Stroke dapat dibagi menjadi dua jenis utama, yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik (Haiga et al., 2022). Stroke iskemik, yang mencakup sekitar 83% kasus stroke, terjadi akibat tersumbatnya pembuluh darah sehingga aliran darah ke otak, baik sebagian maupun keseluruhan, terhenti. Penyumbatan ini dapat terjadi di sepanjang jalur arteri menuju otak, mengakibatkan sel-sel otak kekurangan oksigen dan nutrisi.

Stroke iskemik sering disebabkan oleh arteriosklerosis, yaitu penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah (Amin, 2020). Jenis-jenis stroke iskemik berdasarkan mekanisme penyebabnya meliputi: (1) stroke trombotik, yang terjadi akibat pembentukan gumpalan darah (thrombus) di pembuluh arteri; (2) stroke embolik, yang disebabkan oleh penyumbatan arteri oleh bekuan darah; dan (3) hipoperfusi sistemik, yaitu kondisi di mana aliran darah ke otak berkurang akibat gangguan pada denyut jantung.

Sementara itu, stroke hemoragik terjadi ketika pembuluh darah di otak pecah, mengakibatkan darah merembes ke jaringan otak dan merusaknya. Sekitar 70% kasus stroke hemoragik terjadi pada penderita hipertensi. Stroke ini terbagi menjadi dua jenis berdasarkan lokasi perdarahannya, yaitu: (1) hemoragik intraserebral, yaitu perdarahan di dalam jaringan otak yang biasanya disebabkan

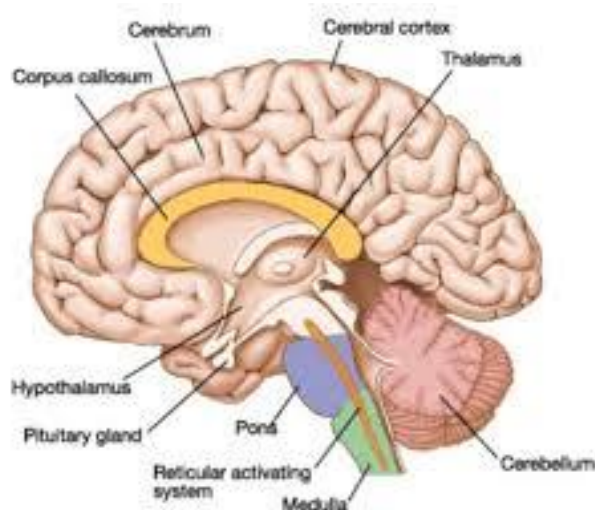
oleh trauma, kelainan pembuluh darah seperti aneurisma, atau hipertensi kronis (Amin, 2020).

Meskipun hanya mencakup sekitar 10% dari total kasus stroke, jenis ini memiliki tingkat kematian yang tinggi; dan (2) hemoragik subaraknoid, yaitu perdarahan yang terjadi di ruang subaraknoid, yaitu area sempit antara permukaan otak dan jaringan pelindungnya, sering kali disebabkan oleh pecahnya aneurisma arteri. Berdasarkan jenis dan klasifikasinya maka dapat dikatakan bahwa secara keseluruhan, baik stroke iskemik maupun hemoragik menyebabkan kerusakan serius pada otak, dengan mekanisme yang berbeda, tetapi dampaknya dapat berupa kecacatan permanen atau kematian (Amin, 2020).

Sementara itu, stroke non hemoragik adalah jenis stroke yang paling banyak dijumpai, dengan prevalensi mencapai sekitar 80-85% dari semua kasus stroke. Dari segi etiologi, kondisi ini ditandai dengan terhambatnya aliran darah ke otak tanpa adanya perdarahan. Hambatan tersebut menurunkan suplai oksigen dan zat gizi yang dibutuhkan jaringan saraf, sehingga menimbulkan iskemia dan berujung pada kematian sel otak. Penyebab utama dari stroke non hemoragik meliputi trombosis, emboli, dan stenosis akibat aterosklerosis. (1) Trombosis serebral merupakan pembentukan bekuan darah dalam pembuluh otak, seringkali muncul pada arteri besar yang mengalami kerusakan akibat faktor risiko seperti hipertensi, diabetes melitus, maupun hiperlipidemia, (2) Emboli serebral terjadi ketika material dari luar otak (misalnya gumpalan darah dari jantung pada pasien fibrilasi atrium atau fragmen plak aterosklerosis dari arteri karotis) terbawa aliran darah dan menyumbat arteri serebral. (3) Stenosis arteri serebral biasanya disebabkan oleh aterosklerosis, yakni penumpukan lemak dan kolesterol yang mempersempit lumen pembuluh darah, sehingga menghambat aliran darah ke otak (Haiga et al., 2022).

2.1.5 Anatomi Fisiologi

Stroke secara anatomi memiliki keterkaitan erat dengan organ pusat manusia yakni otak pada khususnya yakni syaraf-syaraf yang ada di otak. Otak terdiri dari otak besar atau serebrum (*cerebrum*), otak kecil atau serebelum (*cerebellum*), dan batang otak (*trunkus serebri*). Otak adalah organ yang memiliki peran sangat vital, berfungsi sebagai pusat kendali seluruh organ tubuh. Jaringan otak dilindungi oleh membran otak dan tulang tengkorak yang kokoh, terletak di dalam rongga kranial. Berat otak pada manusia dewasa rata-rata mencapai 1400 gram. Jaringan otak dilapisi oleh tiga lapisan membran otak (*meninges*) yang mendapat perlindungan dari tulang tengkorak serta terapung dalam cairan yang berfungsi mendukung struktur otak yang lunak, halus, sekaligus menyerap goncangan akibat benturan pada kepala (Budiarsa et al., 2019). Berikut ini gambaran anatomi fisiologi otak yang dimaksud:



Gambar 2. 1 Bagian Otak Manusia

Sumber: <https://hellosehat.com/saraf/cerebellum-otak-kecil-manusia/>

Secara lebih mendalam berikut ini bagian-bagian otak yang akan peneliti jelaskan dan kaitanya dengan penyakit stroke:

a. Otak Besar (Serebrum / Cerebrum)

Dalam penelitian Hadzriana (2020) dijelaskan bahwa otak besar adalah bagian terbesar dari otak manusia yang memiliki peran penting dalam mengendalikan berbagai fungsi tubuh dan aktivitas kognitif. Bagian ini terdiri atas dua belahan, yaitu belahan kanan dan kiri, yang masing-masing memiliki fungsi spesifik.

Otak besar mengatur kemampuan berpikir, berbicara, mengingat, memahami, dan membuat keputusan. Selain itu, bagian ini juga berperan dalam mengontrol aktivitas sensorik seperti penglihatan, pendengaran, dan sentuhan, serta mengatur gerakan tubuh melalui area motoriknya.

Hal ini dapat menyebabkan berbagai gejala, tergantung pada area yang terdampak. Contohnya adalah penyakit stroke pada hemisfer kiri otak besar sering menyebabkan gangguan bicara (*afasia*) dan kelumpuhan sisi kanan tubuh, sedangkan stroke pada hemisfer kanan dapat mengakibatkan kelumpuhan sisi kiri tubuh serta gangguan persepsi spasial. Kerusakan di korteks motorik dapat mengakibatkan kelemahan otot atau kelumpuhan, sementara kerusakan di korteks sensorik dapat menyebabkan hilangnya sensasi pada bagian tubuh tertentu (Hadzriana, 2020).

b. Otak Kecil (Serebelum / Cerebellum)

Otak kecil maka diketahuai bahwa otak kecil terletak di bagian belakang otak, otak kecil berperan dalam mengatur keseimbangan, koordinasi, dan postur tubuh. Struktur ini membantu otot-otot tubuh bekerja secara terkoordinasi, terutama saat melakukan aktivitas fisik yang memerlukan gerakan halus dan presisi (Mohamad et al., 2023).

Otak kecil berperan dalam mengatur keseimbangan, koordinasi, dan postur tubuh. Stroke yang menyerang otak kecil dapat mengganggu fungsi tersebut, sehingga menyebabkan gejala seperti gangguan keseimbangan, kesulitan berjalan, koordinasi yang buruk (*ataksia*), serta pusing atau vertigo. Selain itu, karena otak kecil juga membantu mengontrol gerakan halus, kerusakan akibat stroke dapat menyebabkan tremor atau gerakan yang tidak terkendali. Jika

stroke pada otak kecil cukup parah, komplikasi yang mengancam jiwa seperti tekanan pada batang otak juga dapat terjadi (Mohamad et al., 2023).

c. Batang Otak (Trunkus Serebri)

Batang otak adalah penghubung utama antara otak dan sumsum tulang belakang. Bagian ini terdiri atas tiga komponen utama, yaitu mesensefalon (midbrain), pons, dan medula oblongata, yang masing-masing memiliki fungsi vital. Mesensefalon berperan dalam mengontrol gerakan mata dan merespons rangsangan suara serta cahaya (Hadianto, 2024).

Pons mengatur pernapasan dan menjadi penghubung antara otak besar dan otak kecil. Sementara itu, medula oblongata mengendalikan fungsi refleks penting seperti bernapas, detak jantung, menelan, dan muntah. Stroke di batang otak sangat serius karena dapat memengaruhi fungsi-fungsi tersebut secara langsung (Hadianto, 2024).

Gejalanya meliputi gangguan kesadaran, kelumpuhan total, kesulitan menelan (disfagia), dan gangguan pernapasan. Selain itu, batang otak juga mengontrol gerakan mata dan fungsi saraf kranial lainnya, sehingga stroke pada area ini dapat menyebabkan pandangan ganda, gangguan bicara, dan kelumpuhan otot wajah (Hadianto, 2024).

d. Sistem Limbik

Sistem limbik adalah bagian otak yang terdiri atas struktur-struktur seperti hipokampus, amigdala, dan hipotalamus. Sistem ini memainkan peran utama dalam mengatur emosi, motivasi, dan perilaku. Hipokampus bertanggung jawab atas pembentukan memori jangka panjang, sedangkan amigdala berperan dalam pengelolaan respons emosional seperti rasa takut dan marah.

Hipotalamus berfungsi menjaga keseimbangan internal tubuh, termasuk mengatur suhu tubuh, rasa lapar, dan tidur. Ganggu pembentukan dan penyimpanan memori jangka panjang, sehingga pasien mungkin mengalami gangguan ingatan atau disorientasi. Kerusakan pada hipotalamus juga dapat memengaruhi keseimbangan hormon dan fungsi tubuh seperti suhu, rasa lapar, serta emosi (Kurniawan et al., 2025).

e. Diensefalon

Diensefalon adalah bagian otak yang terletak di atas batang otak dan di bawah otak besar. Diensefalon terdiri dari talamus dan hipotalamus, yang memiliki peran penting dalam menghubungkan sinyal sensorik ke otak besar dan mengatur fungsi tubuh. Talamus bertindak sebagai pusat relay untuk informasi sensorik, sementara hipotalamus bertanggung jawab atas pengendalian berbagai fungsi otonom seperti tidur, lapar, haus, dan keseimbangan hormon. Bagian ini juga berperan dalam menjaga homeostasis tubuh.

2.2. Pengertian Luka Dekubitus

2.2.1 Pengertian

Luka Dekubitus adalah kerusakan kulit yang terjadi pada area tertentu akibat tekanan, gesekan, atau kombinasi keduanya pada bagian tubuh yang memiliki tulang menonjol, seperti tulang ekor, tumit, siku, atau punggung. Kondisi ini terjadi ketika tekanan terus-menerus atau gesekan menyebabkan luka yang terlokalisasi pada kulit atau jaringan di bawah permukaan kulit. Tekanan lokal yang berlebihan dapat mengganggu sirkulasi darah ke area tersebut, bahkan hingga sepenuhnya menghambat aliran darah (Resa et al., 2022).

Dalam penelitian Syapitri et al., (2019) dijelaskan bahwa tekanan yang berkepanjangan pada satu area tubuh menyebabkan berkurangnya aliran darah ke jaringan di bawah kulit. Sirkulasi darah yang terhambat ini mengakibatkan jaringan tidak mendapatkan oksigen yang cukup, sehingga menimbulkan iskemia jaringan. Selain tekanan, gesekan antara kulit dan permukaan tempat tidur atau kursi juga berkontribusi pada kerusakan jaringan, terutama ketika kulit tergesek secara terus-menerus. Kombinasi antara tekanan dan gesekan ini mempercepat proses kerusakan jaringan, sehingga luka dekubitus lebih mudah terbentuk.

2.2.2 Etiologi

Penelitian yang dilakukan oleh Herly et al., (2021) menyebut bahwa penyebab luka dekubitus dibagi menjadi dua faktor utama, yaitu faktor intrinsik dan faktor

ekstrinsik. Berikut penjelasan lebih mendalam mengenai dua faktor yang dimaksud tersebut:

a. Faktor Intrinsik (dalam)

Faktor intrinsik berkaitan dengan kondisi internal tubuh seseorang yang memengaruhi kerentanan terhadap luka dekubitus. Salah satu faktor utama adalah usia atau penuaan. Proses penuaan menyebabkan regenerasi sel melemah dan elastisitas kulit menurun, sehingga kulit lebih rentan terhadap kerusakan. Selain itu, penyakit kronis seperti Diabetes Melitus (DM) dan gangguan status gizi, baik malnutrisi maupun obesitas, juga berkontribusi terhadap perkembangan luka. Kondisi anemia, hipoalbuminemia, penyakit neurologis, serta gangguan pembuluh darah turut meningkatkan risiko. Faktor lain seperti keseimbangan cairan tubuh (hidrasi) dan suhu tubuh yang tidak stabil juga menjadi pemicu utama kerusakan jaringan kulit.

b. Faktor Ekstrinsik (luar)

Faktor ekstrinsik berkaitan dengan kondisi eksternal atau lingkungan yang memengaruhi pembentukan luka dekubitus. Tekanan berkepanjangan pada satu area tubuh menjadi penyebab utama luka ini, terutama pada pasien dengan mobilitas terbatas. Pergesekan antara kulit dan permukaan tempat tidur atau kursi, kelembapan tinggi, serta kebersihan yang buruk dapat mempercepat kerusakan jaringan kulit. Selain itu, penggunaan alat-alat medis seperti tenun yang kusut, peralatan yang tidak steril, serta posisi duduk atau berbaring yang salah juga menjadi faktor risiko signifikan.

2.2.3 Faktor Pembentukan Luka Dekubitus

Dekubitus bukan terjadi tanpa sebab, luka tersebut terbentuk karena beberapa faktor lain atau faktor yang membentuknya diantaranya adalah sebagai berikut (Syapitri et al., 2019):

a. Gaya Gesek (*Shear Force*)

Gaya gesek terjadi ketika kulit tetap diam sementara struktur tulang di bawahnya bergerak. Hal ini menyebabkan pembuluh darah di jaringan kulit terjepit, menghambat aliran darah, dan memicu perdarahan serta nekrosis

jaringan. Gaya gesek sering ditemukan pada pasien yang harus digerakkan atau dipindahkan tanpa mengangkat tubuh sepenuhnya.

b. Friksi

Friksi adalah cedera pada kulit akibat gesekan antara dua permukaan, seperti kulit dengan sprengi atau alas tempat tidur. Friksi dapat menyebabkan abrasi atau hilangnya lapisan epidermis kulit, terutama pada area seperti siku dan tumit. Cedera ini menjadi pintu masuk bagi infeksi jika tidak segera ditangani.

c. Kelembapan

Kulit yang lembab akibat keringat, drainase luka, atau inkontinensia meningkatkan risiko luka dekubitus. Kelembapan melemahkan daya tahan kulit terhadap tekanan dan gesekan, sehingga kulit lebih mudah terluka. Kondisi ini memerlukan perhatian khusus dalam perawatan pasien dengan mobilitas terbatas.

d. Nutrisi

Kekurangan nutrisi, terutama protein, menyebabkan jaringan tubuh menjadi lebih rapuh dan rentan terhadap tekanan. Protein berperan penting dalam regenerasi dan perbaikan jaringan kulit. Pasien dengan malnutrisi memiliki risiko lebih tinggi mengalami kerusakan jaringan yang parah.

e. Infeksi

Infeksi yang disebabkan oleh patogen dalam tubuh dapat memperburuk kondisi kulit. Pasien yang mengalami infeksi seringkali mengalami demam, yang meningkatkan produksi keringat (diaporesis). Kondisi ini memperburuk kelembapan kulit, sehingga memicu kerusakan lebih lanjut pada jaringan.

f. Usia

Lansia menjadi kelompok yang paling rentan terhadap luka dekubitus. Statistik menunjukkan bahwa 60-90% luka dekubitus terjadi pada individu berusia di atas 65 tahun. Faktor penuaan, penurunan elastisitas kulit, dan penyakit penyerta menjadi penyebab utamanya.

2.2.4 Patofisiologi

Luka dekubitus terjadi akibat tekanan berkepanjangan yang menyebabkan gangguan pada aliran darah ke jaringan kulit dan subkutan. Proses ini diawali dengan tekanan eksternal yang melebihi tekanan kapiler normal (25-32 mmHg), sehingga aliran darah menuju jaringan tersebut terhambat. Akibatnya, terjadi hipoksia jaringan, yaitu kekurangan oksigen pada sel-sel kulit. Hipoksia ini memicu pelepasan mediator inflamasi yang menyebabkan kerusakan endotel pembuluh darah dan meningkatkan permeabilitas kapiler. Cairan dan protein keluar ke jaringan interstitial, yang kemudian menimbulkan edema. Kondisi ini semakin memperburuk aliran darah lokal karena tekanan di dalam jaringan meningkat (Askar, 2020).

Seiring berjalannya waktu, sel-sel yang kekurangan oksigen mengalami nekrosis, atau kematian jaringan. Faktor tambahan seperti gesekan, pergeseran, kelembapan, dan kekurangan nutrisi dapat mempercepat kerusakan jaringan. Pada lapisan kulit yang lebih dalam, tekanan juga dapat merusak otot dan pembuluh darah yang berada di bawah tulang menonjol, sehingga area luka menjadi lebih luas dan dalam. Jika tidak segera ditangani, nekrosis jaringan dapat berkembang menjadi ulkus yang terinfeksi, menimbulkan komplikasi serius seperti sepsis (Askar, 2020).

Berdasarkan penjelasan di atas maka, dekubitus adalah kondisi yang serius yang sering dialami oleh pasien dengan keterbatasan mobilitas, seperti penderita stroke, cedera tulang belakang, atau penyakit degeneratif. Dekubitus terjadi akibat tekanan antara permukaan tubuh dan tempat tidur atau matras, yang mengarah pada terhambatnya aliran darah ke jaringan dan bisa menyebabkan cedera hingga nekrosis. Ketika tekanan antara permukaan tubuh lebih tinggi daripada tekanan kapiler normal, pembuluh darah kapiler dapat dengan mudah kolaps, yang akhirnya menghambat aliran darah dan menyebabkan terjadinya eritema. Area yang tertekan ini akan mudah mengalami kekurangan oksigen, gangguan aliran darah, dan seiring waktu dapat berkembang menjadi jaringan yang mati atau nekrosis seluler (Muhammad et al., 2022).

2.2.5 Tahapan Penyembuhan Luka Dekubitus

Penelitian yang dilaksanakan oleh Fatmasari et al., (2022) menjelaskan bahwa proses penyembuhan luka dekubitus adalah mekanisme kompleks yang melibatkan berbagai tahapan untuk memperbaiki jaringan yang rusak. Berikut ini tahapan penyembuhan luka dekubitus:

a. Tahap Homeostasis

Penyembuhan luka diawali dengan penyempitan pembuluh darah secara otomatis sebagai respons terhadap cedera, diikuti oleh relaksasi pembuluh darah dan pelepasan trombosit. Trombosit berperan dalam proses pembekuan darah untuk menghentikan perdarahan.

b. Tahap Inflamasi

Tahap ini ditandai dengan kemerahan, pembengkakan, rasa hangat, dan nyeri di area luka, yang biasanya berlangsung hingga empat hari setelah cedera. Proses inflamasi ini bertujuan membersihkan luka dari bakteri, jaringan mati, dan debris untuk mempersiapkan fase berikutnya.

c. Tahap Proliferasi (Granulasi)

Dimulai sekitar empat hari setelah cedera dan berlangsung hingga 21 hari pada luka akut, tahap ini ditandai dengan terbentuknya jaringan merah bertekstur kasar di dasar luka. Proses ini melibatkan pembentukan jaringan baru, kontraksi luka, dan produksi kolagen oleh fibroblas. Jaringan granulasi, yang terdiri dari pembuluh darah baru, kolagen, dan fibroblas, mengisi luka untuk memperbaiki kerusakan.

d. Tahap *Remodelling* (Pematangan)

Tahap terakhir ini dimulai setelah luka tertutup dan dapat berlangsung hingga 1-2 tahun, tergantung pada jenis, kedalaman, dan lokasi luka. Selama fase ini, jaringan parut yang telah terbentuk akan diatur ulang dan diperkuat untuk mencapai kestabilan struktural.

2.2.6 Faktor Resiko

Beberapa faktor yang dapat memicu terjadinya luka dekubitus pada pasien meliputi:

a. Gangguan Input Sensorik

Pasien dengan fungsi sensorik yang normal mampu merasakan tekanan berlebihan atau nyeri pada tubuhnya. Hal ini mendorong pasien untuk segera mengubah posisi atau meminta bantuan guna mencegah kerusakan jaringan (Syapitri et al., 2019).

b. Gangguan Fungsi Motorik

Pasien yang tidak dapat mengubah posisi secara mandiri memiliki risiko lebih tinggi terkena luka dekubitus. Meskipun individu pasien dapat merasakan tekanan atau nyeri, ketidakmampuan untuk bergerak sendiri menyebabkan tekanan terus-menerus pada area tertentu (Syapitri et al., 2019).

c. Perubahan Tingkat Kesadaran

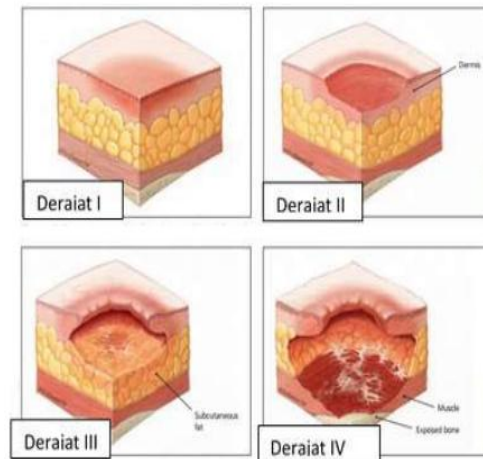
Pasien dengan penurunan kesadaran seringkali tidak mampu melindungi diri dari tekanan yang berlebihan. Individu pasien yang mengalami kebingungan atau disorientasi mungkin merasakan tekanan tetapi tidak memahami cara mengurangi tekanan tersebut. Sedangkan pasien dalam keadaan koma tidak dapat merasakan tekanan maupun mengubah posisi untuk menguranginya (Syapitri et al., 2019).

d. Gips, Traksi, Alat Ortotik, dan Peralatan Lain

Dalam penelitian yang dilaksanakan oleh Syapitri et al., (2019) dijelaskan bahwa gesekan mekanis antara gips atau alat ortotik dengan kulit dapat merusak integritas kulit. Selain itu, tekanan dari gips yang terlalu ketat, terutama saat terjadi pembengkakan pada ekstremitas, dapat menimbulkan tekanan mekanik yang memicu luka dekubitus pada pasien.

2.2.7 Klasifikasi

Menurut penelitian Alzamani et al., (2022) dijelaskan bahwa luka dekubitus yang terbagi menjadi 4 stadium, dalam penulisan karya tulis ilmiah ini yang dilakukan oleh (Khoiriyah, 2018) dijelaskan mengenai 4 stadium yakni sebagai berikut



Gambar 2. 2 Stadium 1-4 Luka Dekubitus (Khoiriyah, 2018)

a. Dekubitus Stadium I

Pada stadium awal kulit terlihat memerah tetapi masih utuh. Warna kemerahan tidak hilang meskipun tekanan dihilangkan. Area yang terkena mungkin terasa hangat atau dingin, keras, atau lembut dibandingkan jaringan sekitarnya. Tanda-tanda seperti nyeri atau rasa tidak nyaman juga dapat dirasakan pasien.

b. Dekubitus Stadium II

Stadium II ditandai dengan kerusakan yang lebih dalam, melibatkan epidermis dan sebagian dermis. Kulit terlihat rusak atau melepuh, membentuk luka terbuka dengan dasar luka berwarna merah muda atau merah. Luka ini sering kali terlihat seperti lecet, dan area sekitarnya mungkin mengalami pembengkakan atau iritasi.

c. Dekubitus Stadium III

Stadium II ditandai dengan luka telah meluas hingga menembus seluruh lapisan kulit, mencapai jaringan subkutan. Tampak adanya luka dalam dengan jaringan lemak yang terlihat. Namun, tulang, tendon, atau otot belum terpapar. Kerusakan jaringan dan pembentukan jaringan mati (slough)

d. Dekubitus Stadium IV

Stadium IV adalah luka dekubitus yang paling parah, di mana luka telah meluas hingga ke lapisan jaringan yang lebih dalam, termasuk otot, tulang, atau struktur lain seperti tendon dan sendi. Jaringan mati atau nekrosis biasanya ditemukan, dan sering kali ada kerusakan yang signifikan pada area sekitarnya. Luka pada stadium ini juga rentan terhadap infeksi berat.

2.2.8 Pencegahan dan Penilaian Resiko

Pencegahan luka dekubitus dapat dilakukan melalui beberapa langkah strategis yang bertujuan untuk mengurangi risiko kerusakan jaringan. Pertama, mengurangi atau menghilangkan friksi dan gesekan pada kulit sangat penting, terutama pada pasien yang tidak dapat bergerak sendiri, seperti saat memindahkan atau mengubah posisi pasien.

Teknik di atas mampu membantu mencegah kerusakan pada lapisan kulit akibat gesekan dengan permukaan benda. Kedua, meminimalisir tekanan pada area tubuh yang rentan, seperti tulang ekor, tumit, siku, dan punggung, menjadi langkah kritis. Hal ini dapat dicapai dengan mengubah posisi pasien secara berkala untuk menghindari tekanan berkepanjangan pada area tertentu. Ketiga, penggunaan alas pendukung seperti kasur khusus dekubitus atau bantal yang dirancang untuk mendistribusikan tekanan secara merata dapat membantu melindungi jaringan tubuh dari kerusakan akibat tekanan lokal. Selain itu, pengelolaan kelembapan pada kulit juga sangat penting. Perawatan kulit yang baik, termasuk menjaga kulit tetap bersih dan kering, membantu mengurangi risiko iritasi akibat kelembapan yang berlebihan, seperti dari keringat atau inkontinensia. Terakhir, memastikan asupan nutrisi dan cairan yang memadai merupakan faktor esensial dalam mendukung proses regenerasi jaringan dan memperkuat daya tahan tubuh pasien.

Penilaian risiko dalam luka dekubitus dapat dilakukan dengan berbagai cara dijelaskan bahwa terdapat 4 instrumen yang digunakan untuk menilai risiko terjadinya dekubitus dan mengidentifikasi pasien berisiko tinggi meliputi skala Norton, Gosnell, Knoll, dan Braden (Djamaluddin et al., 2024). Penilaian risiko ini dilakukan untuk memberikan hasil yang akurat terkait

tingkat kerentanan pasien terhadap dekubitus. Penelitian ini akan menggunakan instrument Braden dalam menilai resiko luka dekubitus.

Instrumen Braden merupakan alat penilaian risiko yang paling sering digunakan untuk mengidentifikasi kemungkinan terjadinya luka dekubitus pada pasien. Instrumen ini menilai enam aspek utama yang memengaruhi risiko, yaitu persepsi sensorik, kelembapan kulit, aktivitas fisik, mobilitas, nutrisi, dan gesekan atau gaya geser. Setiap kategori diberi skor tertentu, dan skor totalnya menentukan tingkat risiko pasien, mulai dari rendah hingga sangat tinggi.

Penggunaan skala Braden membantu tenaga kesehatan dalam merancang intervensi pencegahan yang tepat untuk mengurangi risiko luka dekubitus. Penilaian menggunakan instrumen Braden mencakup empat tingkat risiko berdasarkan skor yang diperoleh. Pasien dengan skor 16-24 dikategorikan berisiko ringan, sementara skor 13-15 menunjukkan risiko sedang. Risiko berat tercatat pada pasien dengan skor 11-13, dan skor di bawah 10 mengindikasikan risiko sangat berat.

2.3 Mobilisasi Pasif

2.3.1 Definisi Mobilisasi Pasif

Mobilisasi pasif pada luka dekubitus merujuk pada teknik fisioterapi atau perawatan yang dilakukan tanpa partisipasi aktif pasien untuk mencegah atau mengurangi tekanan pada area tubuh yang rentan terhadap luka dekubitus. Menurut Braden & Bergstrom dalam model prediksi risiko luka dekubitus, imobilisasi yang berkepanjangan meningkatkan risiko luka tekanan, sehingga mobilisasi pasif diperlukan untuk meningkatkan sirkulasi darah dan mengurangi tekanan berlebih pada jaringan yang menunjukkan bahwa mobilisasi pasif yang teratur dapat meningkatkan oksigenasi jaringan, mencegah atrofi otot, dan mengurangi komplikasi lebih lanjut pada pasien dengan mobilitas terbatas (Mubarrok et al., 2023).

Sementara itu, menurut (Mubarrok et al., 2023) kombinasi mobilisasi pasif dengan perubahan posisi setiap dua jam efektif dalam mencegah perkembangan luka dekubitus tingkat lanjut. Berdasarkan uraian sebelumnya, maka mobilisasi pasif adalah salah satu intervensi dalam luka dekubitus yang dilakukan oleh perawat, terutama pada pasien dengan keterbatasan gerak akibat stroke atau kondisi medis lain yang menyebabkan kelumpuhan. Dalam penelitian yang dijelaskan bahwa pasien stroke lebih cenderung mengalami penurunan fungsi otot dan saraf, berisiko tinggi mengalami dekubitus akibat tekanan terus-menerus pada kulit dan jaringan subkutan, terutama di area tulang yang menonjol. Lebih lanjut, dalam penelitian yang dilakukan oleh (Mubarrok et al., 2023) dijelaskan bahwa apabila tekanan ini, bila dibiarkan, dapat menyebabkan gangguan sirkulasi darah lokal, iskemia, hingga perkembangan ulkus tekanan yang memerlukan waktu penyembuhan lama dan biaya pengobatan sangat tinggi. Di rumah sakit, penerapan mobilisasi pasif membutuhkan keterlibatan aktif dari perawat dan keluarga pasien. Perawat berperan sebagai pendidik kesehatan, memberikan edukasi kepada keluarga pasien mengenai pentingnya mengubah posisi pasien setiap dua jam untuk mencegah tekanan berkepanjangan pada satu area. Mobilisasi pasif juga membantu meningkatkan sirkulasi darah, menjaga elastisitas kulit, dan mencegah komplikasi serius seperti infeksi. Namun, untuk memastikan efektivitas, mobilisasi harus dilakukan dengan teknik yang benar dan disesuaikan dengan kondisi pasien, seperti memiringkan tubuh ke sisi kanan dan kiri atau melakukan latihan gerakan pasif pada ekstremitas yang lumpuh.

2.3.2 Langkah Aplikatif Mobilisasi Pasif

Mobilisasi pasif ini bertujuan untuk meningkatkan sirkulasi darah, mengurangi tekanan pada area luka, dan mencegah terjadinya luka dekubitus baru. Dengan pelaksanaan yang hati-hati dan rutin, pasien dapat memperoleh manfaat optimal untuk mempercepat proses penyembuhan.

Pelaksanaan intervensi mobilisasi pasif memiliki langkah tertentu agar selaras dengan kebutuhan dari pasien itu sendiri, namun berdasarkan beberapa penelitian

yang berikut ini secara umum mengenai langkah-langkah mobilisasi pasif dalam penanganan luka dekubitus menurut (Mubarrok et al., 2023):

a. Persiapan Pasien dan Lingkungan

Sebelum memulai mobilisasi pasif, akan pastikan lingkungan aman dan nyaman bagi pasien. Hal ini dapat dilakukan dengan membersihkan area tempat tidur dari benda-benda yang dapat mengganggu proses. Posisi pasien perlu disesuaikan agar tidak memperparah luka dekubitus, biasanya dengan posisi miring atau semi-fowler. Dalam tahap ini, perawat akan memastikan peralatan medis, seperti bantal atau penyangga tubuh, tersedia untuk membantu mengurangi tekanan pada area luka (Mubarrok et al., 2023).

b. Identifikasi Area Luka dan Penilaian Kondisi Pasien

Identifikasi lokasi luka dekubitus dan perhatikan tingkat keparahannya. Dalam tahap ini apabila terdapat tanda-tanda infeksi, hindari memberikan tekanan berlebihan pada area tersebut. Dalam tahap ini perawat akan melakukan penilaian terhadap kondisi pasien, seperti tingkat kesadaran dan kenyamanan, untuk menentukan teknik mobilisasi pasif yang sesuai dengan kebutuhan pasien (Mubarrok et al., 2023)

c. Gerakan Mobilisasi Secara Bertahap

Mobilisasi pasif dilakukan secara perlahan dan bertahap, dimulai dari bagian tubuh yang tidak terkena luka. Gerakkan anggota tubuh seperti lengan dan kaki dengan hati-hati untuk merangsang sirkulasi darah. Dalam tahap ini, perawat musti menghindari gerakan tiba-tiba yang dapat menyebabkan nyeri atau kerusakan jaringan lebih lanjut. Gunakan teknik angkat, bukan geser, saat memindahkan tubuh pasien untuk mengurangi gesekan (Mubarrok et al., 2023)

d. Pemanfaatan Alat Bantu

Gunakan alat bantu seperti bantal khusus, kasur antidekubitus, atau kain gulung untuk menopang bagian tubuh tertentu. Alat-alat ini membantu mendistribusikan tekanan secara merata, mengurangi risiko luka semakin parah. Pastikan alat bantu yang digunakan bersih dan sesuai dengan kebutuhan pasien (Mubarrok et al., 2023).

e. Pemeriksaan dan Evaluasi Setelah Mobilisasi

Setelah proses mobilisasi selesai, periksa kondisi area luka dan tanyakan kenyamanan pasien. Catat perubahan seperti pengurangan kemerahan atau tanda perbaikan lainnya. Evaluasi secara berkala efektivitas mobilisasi pasif dan kombinasikan dengan perawatan lain seperti pergantian posisi setiap 2 jam untuk mencegah komplikasi lebih lanjut (Mubarrok et al., 2023).

STANDART OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)
MOBILISASI PASIF (Mubarrok et al., 2023)

PENGERTIAN	Perawat melakukan gerakan persendian klien sesuai dengan rentang gerak yang normal secara pasif untuk mencegah komplikasi lebih lanjut.
TUJUAN	1. Mempertahankan atau memelihara kekuatan otot. 2. Memelihara mobilitas persendian. 3. Menstimulasi sirkulasi darah. 4. Mencegah komplikasi akibat imobilisasi. 5. Meningkatkan kenyamanan pasien.
INDIKASI	1. Pasien dengan luka dekubitus yang mengalami imobilisasi atau keterbatasan gerak. 2. Pasien dengan risiko tinggi kontraktur sendi akibat bed rest yang lama. 3. Pasien yang mengalami kelemahan otot karena gangguan neurologis atau trauma.
KONTRAINDIKASI	1. Terdapat nyeri hebat pada area yang akan dilakukan gerakan. 2. Luka dekubitus yang mengalami luka tekan. 3. Adanya fraktur atau dislokasi pada area yang akan dilakukan mobilisasi. 4. Kondisi pasien yang tidak stabil secara hemodinamik.
PERSIAPAN ALAT	1. Bantal 2. Sarung tangan jika diperlukan.
PROSEDUR	A. Persiapan 1. Cuci tangan sebelum melakukan tindakan. 2. Jaga privasi pasien dengan menutup tirai atau memasang sekat.

	3. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan kepada pasien dan pastikan pasien memahami serta memberikan persetujuan. 4. Atur posisi pasien dalam keadaan nyaman. B. Pelaksanaan Miring kanan 1. Memposisikan pasien untuk berbaring terlentang. 2. Membantu pasien memutar tubuhnya untuk miring 30° kearah kanan secara berkala selama 2-3 jam. 3. Menyesuaikan posisi bantal untuk mendukung kepala dan punggung. Miring kiri 1. Ulangi langkah yang sama dengan membantu memutar tubuh pasien untuk miring 30° kearah kiri secara berkala selama 15 menit tiap 2-3 jam. 2. Pastikan pasien merasa nyaman dan tidak ada tekanan berlebih pada bagian tubuh tertentu.
Evaluasi	1. Amati respon pasien selama dan setelah tindakan. 2. Evaluasi adanya peningkatan fleksibilitas dan kenyamanan pasien. 3. Catat hasil tindakan dalam lembar observasi.
Terminasi	1. Beri tahu pasien bahwa prosedur telah selesai. 2. Pastikan pasien dalam posisi nyaman setelah tindakan. 3. Cuci tangan setelah prosedur selesai. 4. Dokumentasikan tindakan yang telah dilakukan.

2.4 Teori Masalah Keperawatan

2.4.1 Gangguan Integritas Kulit pada Luka Dekubitus

Luka dekubitus atau yang dikenal sebagai *pressure ulcer* atau *bed sore*, merupakan kondisi di mana terjadi gangguan integritas kulit akibat tekanan yang berkepanjangan pada area tubuh tertentu.

Luka ini sering terjadi pada individu dengan mobilitas terbatas, seperti pasien yang mengalami imobilisasi lama, misalnya di tempat tidur atau kursi roda. Tekanan yang terus-menerus pada satu area tubuh menyebabkan gangguan aliran darah ke jaringan, sehingga mengakibatkan iskemia, nekrosis, dan akhirnya terbentuk luka. Faktor risiko utama luka dekubitus meliputi tekanan yang berkepanjangan, gesekan dan geseran, kelembapan yang berlebihan, nutrisi yang buruk, serta gangguan sirkulasi darah. Luka dekubitus biasanya berkembang dalam beberapa stadium yang dimulai dari kemerahan pada kulit (stadium 1) hingga luka yang lebih dalam yang mencapai otot dan tulang (stadium 4) .

2.4.2 Diagnosa Keperawatan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia

1. Gangguan Mobilitas fisik SDKI (D.0054) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

Definisi:

Keterbatasan dalam kemampuan untuk bergerak secara mandiri.

Faktor Penyebab (Etiologi):

- a. Kelemahan otot akibat penyakit (contoh: stroke non hemoragik)
- b. Imobilisasi lama
- c. Gangguan neuromuscular
- d. Gangguan sistem syaraf pusat
- e. Nyeri
- f. Ketakutan jatuh

1) Gejala dan tanda mayor Subjektif:

- a) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
- b) Mengeluh nyeri saat bergerak
- c) Mengatakan enggan melakukan pergerakan
- d) Merasa cemas saat bergerak

2) Gejala dan tanda mayor Objektif

- a) Kekuatan otot menurun
- b) Rentang gerak (ROM) menurun
- c) Sendi kaku
- d) Gerakan tidak terkoordinasi
- e) Gerakan terbatas
- f) Fisik lemah

b. Kondisi klinis yang terkait

- 1) Stroke
- 2) Cedera medula spinalis
- 3) Trauma
- 4) Fraktur
- 5) Osteoarthritis
- 6) Osteomalasia
- 7) Keganasan

2.4.3 Rencana Keperawatan

A. Gangguan mobilitas fisik (D.0054) berhubungan dengan gangguan neuromuscular.

B. Luaran : Mobilitas Fisik pergerakan ekstremitas meningkat (L.05042)

(Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 2018a)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 hari diharapkan pergerakan ekstremitas meningkat dengan kriteria hasil:

- a. Pergerakan ekstremitas
- b. Kekuatan otot
- c. Rentang gerak (ROM)
- d. Nyeri
- e. Kaku sendi
- f. Gerakan tidak terkoordinasi
- g. Gerakan terbatas
- h. Kelemahan fisik

C. Intervensi Keperawatan: Dukungan Mobilisasi (SIKI I.05173) (Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 2018b)

a. Observasi

- 1) Identifikasi adanya keluhan nyeri atau keluhan fisik lainnya.
- 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan.
- 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
- 4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

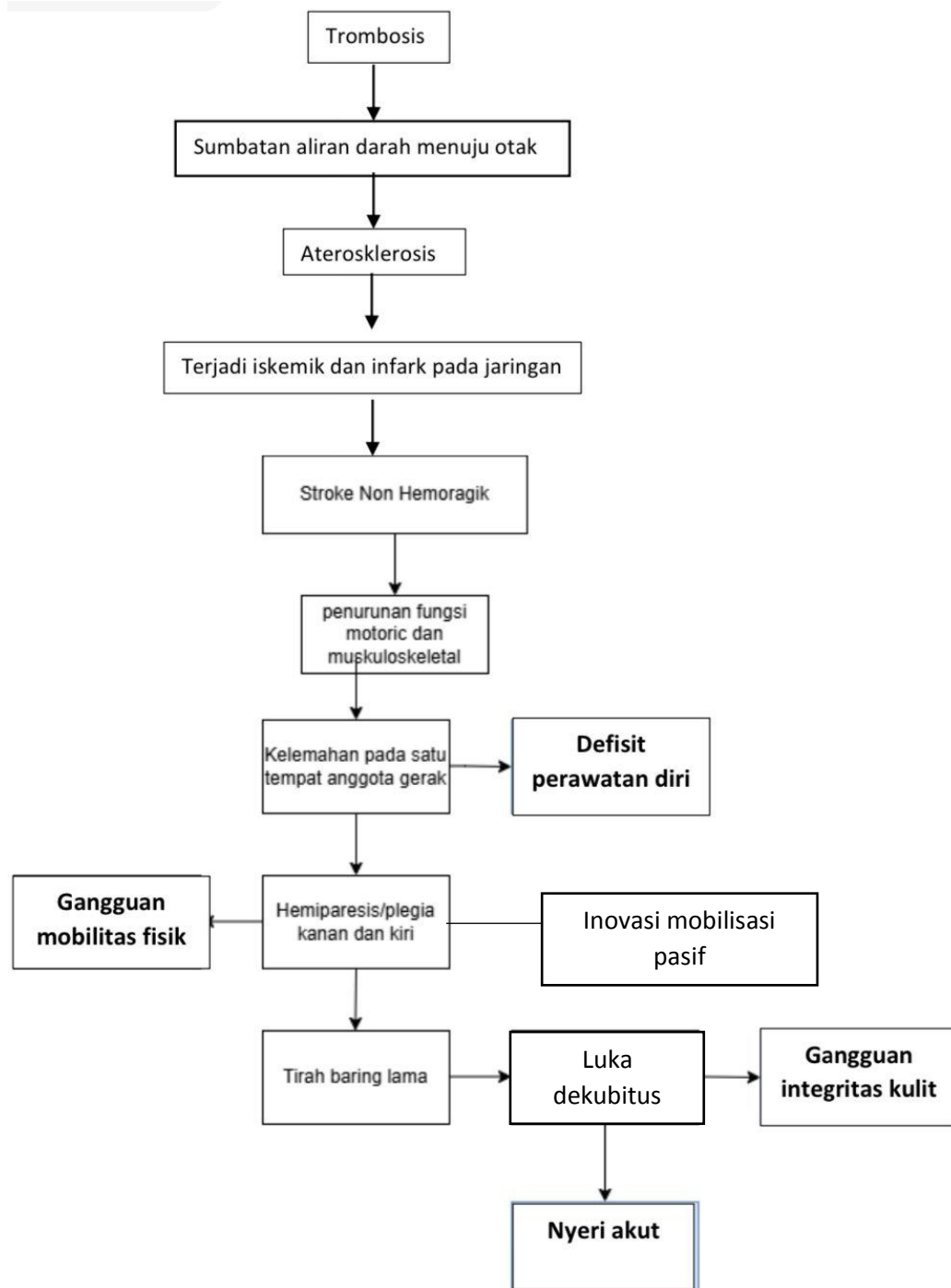
b. Terapeutik

- 1) Fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis;pagar tempat tidur)
- 2) Fasilitasi melakukan pergerakan,jika perlu
- 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

c. Edukasi

- 1) Jelaskan tujuan dari prosedur mobilisasi
- 2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini
- 3) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis,duduk, di (tempat tidur, duduk disisi tempat tidur,pindah dari tempat tidur ke kursi).

2.5 Pathway



Gambar 2.3 Pathway Stroke Non Hemoragik

Sumber: (Kusuma & Sara, 2020)

BAB III

METODE STUDI KASUS

3.1 Studi Kasus

Metode studi kasus dalam penelitian ini digunakan untuk memperoleh pemahaman yang lebih jauh dan komprehensif mengenai individu dengan pendekatan “Aplikasi Mobilisasi Pasif Pada Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik” Dengan Gangguan Kerusakan Integritas Kulit Pada Luka Dekubitus yang bersifat integratif dan menyeluruh. Tujuannya adalah agar peneliti mampu mengumpulkan data dan memperoleh wawasan yang mendalam terkait individu yang menjadi subjek studi kasus, termasuk memahami permasalahan yang dihadapinya.

Pendekatan penelitian ini dipilih karena peneliti juga berusaha mencari solusi yang dapat membantu individu tersebut berkembang ke arah yang lebih baik. Menurut tokoh bernama (Sugiyono, 2023) dijelaskan lebih mendalam bahwa dalam pengumpulan data dalam studi kasus dapat dilakukan melalui wawancara dengan informan atau narasumber penelitian, observasi langsung di lapangan dengan teknik partisipan atau non partisipan, serta pengkajian dokumen dan laporan yang telah tersedia sebelumnya.

Proses deskripsi dalam studi kasus dilakukan secara sistematis dengan penekanan yang menekankan pada sifat induktif dan natural (apa adanya) sehingga instrument kunci dalam studi kasus dan pendekatan ini adalah peneliti itu sendiri (Sugiyono, 2023). Dalam studi ini, penulis menggunakan pendekatan studi kasus deskriptif dengan fokus pada penerapan mobilisasi pasif pada 2 pasien yang mengalami gangguan integritas kulit akibat luka dekubitus pada pasien stroke non hemoragik.

3.2 Subjek Studi Kasus

Metode studi kasus digunakan untuk memahami individu secara mendalam dengan pendekatan mobilisasi pasif yang bersifat integratif dan menyeluruh. Dalam penelitian ini, unit analisis atau partisipan yang dipilih adalah penderita

beserta keluarganya, sesuai dengan pendekatan dalam asuhan keperawatan. Subjek studi kasus terdiri dari dua individu yang memiliki kondisi serupa, yaitu kriteria Inklusi pasien dengan diagnosis medis stroke non hemoragik yang sudah di tegakkan oleh tenaga medis, pasien dengan gangguan integritas kulit akibat luka dekubitus dengan kriteria minimal stadium I-II , pasien *bed rest* atau mengalami keterbatasan mobilitas fisik, rentang usia 30-80 tahun (dewasa-lansia), bersedia menjadi subjek studi kasus dengan mendatangi *informed consent*. Kriteria eksklusi pasien stroke non hemoragik dengan komplikasi medis berat lain yang mengancam jiwa misalnya, gagal jantung, gagal ginjal, atau kanker stadium lanjut), pasien dengan luka dekubitus stadium (III-IV) dan pasien dengan gangguan kesadaran berat (tidak kooperatif) sehingga tidak memungkinkan dilakukan mobilisasi pasif.

3.3 Fokus Studi

Fokus studi yang dilakukan adalah penerapan mobilisasi pasif pada penderita gangguan integritas kulit pada luka dekubitus pasien stroke non hemoragik dan lanjut usia, penelitian ini berfokus pada membantu mempercepat penyembuhan luka dekubitus dan mencegah komplikasi lebih lanjut. Studi ini dilakukan pada dua partisipan yang memiliki diagnosa medis serupa, yaitu lanjut usia dan penderita stroke non hemoragik yang mengalami kerusakan integritas kulit pada luka dekubitus. Pendekatan mobilisasi pasif dilakukan sebagai bagian dari asuhan keperawatan untuk meningkatkan aliran darah ke area luka, mempercepat regenerasi jaringan, dan mengurangi tekanan pada luka guna mendukung proses penyembuhan secara optimal.

3.4 Definisi Oprasional

Definisi operasional merupakan tahapan penjelasan mengenai variabel yang digunakan dan yang dimaksudkan dalam penelitian ini, berdasarkan fokus dan juga judul yang telah diuraikan di atas sebelumnya maka berikut ini definisi operasional aplikasi mobilisasi pasif pada pasien dengan gangguan integritas kulit yang menjadi titik fokus penelitian ini:

3.4.1 Stroke Non Hemoragik

stroke non hemoragik terjadi ketika pembuluh darah di otak pecah, mengakibatkan darah merembes ke jaringan otak dan merusaknya. Sekitar 70% kasus stroke hemoragik terjadi pada penderita hipertensi. Stroke ini terbagi menjadi dua jenis berdasarkan lokasi perdarahannya, yaitu: (1) hemoragik intraserebral, yaitu perdarahan di dalam jaringan otak yang biasanya disebabkan oleh trauma, kelainan pembuluh darah seperti aneurisma, atau hipertensi kronis, (2) hemoragik subaraknoid, yaitu perdarahan yang terjadi di ruang subaraknoid, yaitu area sempit antara permukaan otak dan jaringan pelindungnya, sering kali disebabkan oleh pecahnya aneurisma arteri. Berdasarkan jenis dan klasifikasinya maka dapat dikatakan bahwa secara keseluruhan, baik stroke iskemik maupun hemoragik menyebabkan kerusakan serius pada otak, dengan mekanisme yang berbeda, tetapi dampaknya dapat berupa kecacatan permanen atau kematian.

Dan (3) stroke non hemoragik adalah jenis stroke yang paling banyak dijumpai, dengan prevalensi mencapai sekitar 80-85% dari semua kasus stroke. Dari segi etiologi, kondisi ini ditandai dengan terhambatnya aliran darah ke otak tanpa adanya perdarahan. Hambatan tersebut menurunkan suplai oksigen dan zat gizi yang dibutuhkan jaringan saraf, sehingga menimbulkan iskemia dan berujung pada kematian sel otak. Penyebab utama dari stroke non hemoragik meliputi trombotik, emboli, dan stenosis akibat aterosklerosis. (1) Trombotik serebral merupakan pembentukan bekuan darah dalam pembuluh otak, seringkali muncul pada arteri besar yang mengalami kerusakan akibat faktor risikoseperti hipertensi, diabetes melitus, maupun hiperlipidemia, (2) Emboli serebral terjadi ketika material dari luar otak (misalnya gumpalan darah dari jantung pada pasien fibrilasi atrium atau fragmen plak aterosklerosis dari arteri karotis) terbawa aliran darah dan menyumbat arteri serebral. (3) Stenosis arteri serebral biasanya disebabkan oleh aterosklerosis, yakni penumpukan lemak dan kolesterol yang mempersempit lumen pembuluh darah, sehingga menghambat aliran darah ke otak (Haiga et al., 2022).

3.4.2 Luka Dekubitus

Luka Dekubitus adalah kerusakan kulit yang terjadi pada area tertentu akibat tekanan, gesekan, atau kombinasi keduanya pada bagian tubuh yang memiliki tulang menonjol, seperti tulang ekor, tumit, siku, atau punggung. Kondisi ini terjadi ketika tekanan terus-menerus atau gesekan menyebabkan luka yang terlokalisasi pada kulit atau jaringan di bawah permukaan kulit. Tekanan lokal yang berlebihan dapat mengganggu sirkulasi darah ke area tersebut, bahkan hingga sepenuhnya menghambat aliran darah.

3.4.3 Gangguan Integritas Kulit

Gangguan integritas kulit adalah kondisi kerusakan atau kerusakan fungsi lapisan kulit yang terjadi akibat tekanan berkepanjangan pada area tubuh tertentu. Dapat diukur berdasarkan tingkat keparahan luka menggunakan skala klasifikasi dekubitus (misalnya, tahap I hingga IV), meliputi perubahan warna kulit, ulserasi, adanya jaringan nekrotik, dan risiko infeksi. Data diperoleh melalui hasil observasi klinis, dokumentasi luka, dan wawancara terkait riwayat luka serta faktor penyebab.

3.4.4 Mobilisasi Pasif

Mobilisasi pasif adalah teknik intervensi di mana gerakan tubuh klien dilakukan sepenuhnya oleh perawat atau tenaga medis tanpa partisipasi aktif dari klien. Tujuan mobilisasi pasif pada studi ini adalah untuk meningkatkan aliran darah, mencegah atrofi otot, serta mendukung proses penyembuhan luka dekubitus. Aktivitas mobilisasi pasif diukur berdasarkan jumlah sesi, jenis gerakan yang dilakukan (misalnya, fleksi, ekstensi, rotasi), durasi tiap sesi, serta respon tubuh klien terhadap intervensi. Data diperoleh melalui catatan aktivitas mobilisasi dan evaluasi kondisi klien setelah pelaksanaan intervensi.

3.5 Instrumen Studi Kasus

Dalam penerapan ini, beberapa instrumen digunakan untuk memantau kondisi pasien;

- a. Format pengkajian 13 Domain NANDA
- b. Lembar observasi, digunakan untuk mencatat kondisi kulit pasien sebelum dan sesudah dilakukan aplikasi mobilisasi pasif.
- c. Checklist perubahan gangguan integritas kulit, berisi kemerahan, kelembapan dan gesekan pada lembar skala Braden.
- d. Dokumentasi Foto camera, jika memungkinkan, foto diambil sebelum dan setelah penerapan sebagai bukti perubahan kondisi kulit pasien.
- e. Menyiapkan alat pengukur tekanan darah, lembar observasi dan lembar *informed consent*.

3.6 Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data adalah salah satu cara atau teknik yang digunakan untuk mengumpulkan data atau fakta secara efektif, di mana diperlukan alat ukur skala Braden dalam proses pengukuran data agar dapat memperkuat hasil dari studi kasus. Teknik atau metode pengumpulan data dalam studi kasus ini yang digunakan menurut (Sugiyono, 2023) yakni wawancara, observasi, dokumentasi dan angket.

3.7 Lokasi & Waktu Studi Kasus

Penerapan ini akan dilaksanakan di *home care* yang berfokus pada pasien lansia yang mengalami Stroke Non Hemoragik di wilayah Kebumen Sehingga pasien berada di rumahnya masing-masing. Studi Kasus ini akan dilakukan dalam 4 kali kunjungan selama 4 hari berturut-turut, penelitian ini akan dimulai pada bulan juni sampai juli 2025 yang akan memiliki target dalam menyusun intervensi hingga implementasi. dilanjutkan dengan pemberian intervensi kepada pasien, di akhir bulan juni, penulis akan melakukan *post-test*. Olah data penelitian akan dilaksanakan pada bulan juni sampai juli 2025 dan pada bulan tersebut, penulis juga akan menyusun laporan akhir penelitian.

3.8 Analisis & Penyajian Data

Analisis data dilakukan sejak awal aplikasi di lapangan, yaitu saat pengumpulan data, hingga semua data terkumpul. Analisis dilakukan dengan mengemukakan fakta, membandingkannya dengan teori yang relevan, dan kemudian dituangkan dalam pembahasan. Teknik analisis yang digunakan mencakup wawancara mendalam untuk menjawab rumusan masalah, observasi oleh penulis, dan studi dokumentasi (Sugiyono, 2023). Data yang diperoleh diinterpretasikan dan dibandingkan dengan teori yang ada sebagai dasar pemberian rekomendasi untuk intervensi mobilisasi pasif pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan kerusakan integritas kulit pada luka dekubitus.

Urutan analisis data pada studi kasus ini adalah sebagai berikut:

a. Pengumpulan Data

Data dikumpulkan melalui WOD (Wawancara, Observasi, Dokumen), yang direkam dalam catatan lapangan dan disusun dalam bentuk catatan struktural. Data yang dikumpulkan meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi terkait aplikasi mobilisasi pasif pada pasien dengan gangguan integritas pada pasien dengan stroke non hemoragik.

b. Mereduksi Data

Data hasil wawancara, observasi, dan dokumentasi yang terkumpul dalam catatan lapangan diolah menjadi transkrip dan dikelompokkan berdasarkan data subyektif dan obyektif. Data dianalisis sesuai hasil pemeriksaan diagnosa, kemudian dibandingkan dengan nilai normal untuk mendukung identifikasi kondisi luka dekubitus klien dengan melakukan mobilisasi pasif pada pasien dengan stroke non hemoragik dengan gangguan kerusakan integritas kulit pada luka dekubitus..

c. Penyajian Data

Data disajikan dalam bentuk tabel, bagan, atau teks naratif. Identitas klien tetap dirahasiakan dengan cara menyamarkan informasi identitas. Data yang disajikan mencakup proses mobilisasi pasif pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan kerusakan integritas kulit pada luka dekubitus dan evaluasi dampaknya pada integritas kulit klien.

d. Kesimpulan

Dari data yang telah disajikan, dilakukan pembahasan dengan membandingkan hasil studi kasus ini dengan penelitian terdahulu serta teori yang relevan mengenai luka dekubitus dan mobilisasi pasif. Kesimpulan ditarik menggunakan metode induksi untuk memberikan rekomendasi tindakan selanjutnya.

3.9 Etika Studi Kasus

Dalam melaksanakan penelitian, seorang peneliti musti memiliki dasar dan sebuah batasan yang diterapkan agar tidak ada pihak yang dirugikan dan memunculkan sebuah manfaat yang baik bagi pembaca. Adapun berikut ini etika studi kasus dalam studi kasus yang dilaksanakan:

1. *Informed Consent*

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara penulis dan 2 pasien dengan stroke non hemoragik sebagai responden dalam studi kasus. Persetujuan ini dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan kepada klien sebelum pelaksanaan studi kasus. Lembar tersebut berisi informasi tentang tujuan, proses, dan hak-hak klien sebagai responden, termasuk hak untuk menolak atau menghentikan partisipasi kapan saja.

2. *Anonimitas (Anonymity)*

Anonimitas diterapkan dengan tidak mencantumkan nama lengkap pada lembar pengumpulan data maupun hasil studi kasus. Sebagai gantinya, identitas klien ditulis dalam bentuk kode untuk menjaga privasi mereka selama dan setelah penelitian dilakukan.

3. *Kerahasiaan (Confidentiality)*

Kerahasiaan hasil studi kasus dijamin sepenuhnya oleh penulis. Semua informasi terkait kondisi luka dekubitus, pelaksanaan mobilisasi pasif, maupun data lainnya yang dikumpulkan akan dijaga kerahasiaannya. Hanya data yang relevan dan diperlukan untuk pembahasan yang akan dilaporkan, tanpa mengungkapkan informasi pribadi klien.

4. *Prinsip Keadilan (Justice)*

Seleksi peserta harus dilajukan secara adil tanpa diskriminasi berdasarkan latar belakang sosial, ekonomi, atau budaya. Semua peserta yang memenuhi kriteria

inklusi harus memiliki kesempatan yang sama untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

5. Prinsip Kerahasiaan dan Privasi (*Confidentiality & privacy*)

Data pribadi pasien dan keluarga harus dijaga kerahasiaannya. Identitas peserta tidak boleh dipublikasikan, dan data yang dikumpulkan hanya boleh digunakan untuk keperluan penelitian. Setiap informasi harus dienkripsi atau disamarkan dalam laporan penelitian agar privasi peserta tetap terjaga.

6. Prinsip Akuntabilitas dan Transparansi

Peneliti harus bertanggung jawab atas semua aspek penelitian, termasuk metode yang digunakan, hasil yang diperoleh, serta risiko yang mungkin terjadi. Setiap temuan harus dilaporkan secara jujur dan transparan tanpa adanya manipulasi data.

7. Prinsip Persetujuan dari Komite Etik

Penelitian ini harus mendapatkan persetujuan dari Komite Etik Penelitian Kesehatan sebelum dilaksanakan untuk memastikan bahwa seluruh aspek penelitian sesuai dengan standar etika penelitian yang berlaku. Uji etik untuk penelitian ini akan dilakukan di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang 0289/KEPK-FIKES/II.3AU/F/2025.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus yang telah dilakukan pada kedua responden secara umum dapat dilaksanakan dan tidak ada kendala apapun selama penulis melakukan proses pengkajian.

5.1.1 Pengkajian

Pengkajian pada pasien Ny.T dan Ny.H dengan gangguan mobilitas fisik dilakukan menggunakan 13 domain NANDA. Dari hasil lembar observasi sebelum melakukan tindakan didapatkan skor dari skala braden pada Ny.T (pasien 1) adalah ekstremitas kanan 2, kiri 3 dengan skor skala braden 13 risiko sedang dan pada Ny.H (pasien 2) dengan kekuatan otot kanan 4, kiri 2 dengan skor skala braden 14 risiko sedang.

5.1.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny.T dan Ny.H sesuai dengan dari hasil analisa data pada kedua pasien yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler dibuktikan dengan sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun (SDKI:D.0054).

5.1.3. Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan yang direncanakan pada kedua pasien berdasarkan diagnosa yang telah ditegakkan yaitu dengan mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi, memfasilitasi mobilisasi dengan alat bantu, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, jelaskan prosedur dan tujuan mobilisasi, anjurkan melakukan mobilisasi dini.

5.1.4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada kedua pasien selama 4 hari berturut-turut selama 15 menit tiap 2 jam sekali selama tiga kali sehari aplikasi mobilisasi pasif ini juga dapat diajarkan pada keluarga pasien agar dapat memberikan dukungan pada pasien.

5.1.5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan atau tahap akhir dalam aplikasi mobilisasi pasif pada pasien stroke non hemoragik yang mengalami gangguan kerusakan integritas kulit selama 4 hari berturut-turut dapat direkomendasikan sebagai terapi non farmakologis yang aman untuk mengatasi masalah keperawarawatan gangguan mobilitas fisik untuk mengurangi resiko luka dekubitus menjadi semakin parah .

5.2. Saran

Saran yang dapat penulis berikan berdasarkan hasil Karya Tulis Ilmiah ini adalah sebagai berikut :

5.2.1 Bagi Pelayanan Kesehatan

Memberikan informasi yang berguna bagi praktisi kesehatan dalam menentukan asuhan keperawatan yang tepat, khususnya terkait dengan aplikasi mobilisasi pasif untuk pencegahan dan penyembuhan gangguan integritas kulit pada pasien yang memerlukan perawatan jangka panjang.

5.2.2 Bagi Profesi Keperawatan

Meningkatkan pemahaman dan pengetahuan tenaga kesehatan untuk pengembangan Standar Prosedur Operasional (SOP) Mobilisasi Pasif dalam mencegah dan mengobati gangguan integritas kulit pada pasien stroke non hemoragik, serta memberikan wawasan baru dalam pengelolaan pasien.

5.2.3 Bagi Klien dan Keluarga

Diharapkan mampu menjadi sumber informasi bagi pasien dan keluarga mengenai pentingnya mobilisasi pasif dalam pencegahan gangguan integritas kulit yang dapat meningkatkan pemahaman mereka dalam perawatan diri pada pasien yang menjalani perawatan jangka panjang.

5.2.4 Bagi Masyarakat

Diharapkan dapat menjadi tambahan pengetahuan bagi masyarakat, khususnya keluarga atau orang yang merawat pasien dengan luka dekubitus, untuk memahami pentingnya intervensi mobilisasi pasif dalam menjaga kesehatan kulit dan mencegah komplikasi lebih lanjut.

5.2.5 Bagi Penulis

Sebagai sarana untuk memperdalam pemahaman penulis tentang mobilisasi pasif untuk mencegah gangguan integritas kulit dalam praktik keperawatan yang efektif dalam pencegahan dan pengobatan, serta sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan dan mencapai gelar ahli madya keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Alimansur, M., & Santoso, P. (2019). Faktor Resiko Dekubitus Pada Pasien Stroke. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 8(1), 82. <https://doi.org/10.32831/jik.v8i1.259>
- Amila, Sinaga, J., & Evarina, S. (2019). Pencegahan Stroke Berulang Melalui Pemberdayaan Keluarga Dan Modifikasi Gaya Hidup. *Jurnal Abdimas*, 22(2), 143–150.
- Amin. (2020). Pengaruh Glukomanan Terhadap Penurunan Risiko Penyakit Stroke Iskemik. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 10(2), 292–298. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i2.171>
- Andri, F., & Widoroni, E. P. (2020). *Passive Mobilization Analysis To Prevent Decubitus Grade I Ulcuss In Cerebro Vascular Accident Patients*. 9(2), 1824–1829. <https://doi.org/10.30994/sjik.v9i2.581>
- Apryanto, F., & Satiti, I. A. D. (2023). Kepuasan Perawat Terhadap Penggunaan Penilaian Dekubitus Berbasis Aplikasi. *Journal Of Social Science Research*, 3(1), 14411–14421.
- Askar, M. (2020). *Patofisiologi Untuk Teknologi Laboratorium Medis Buku Ajar*. Unit Penelitian Politeknik Kesehatan Makassar.
- Budiarsa, I. K., Susilawathi, N. M., Yaputra, F., & Widyadharma, I. P. E. (2019). Sawar Otak. *Callosum Neurology*, 2(1), 14–18. <https://doi.org/10.29342/cnj.v2i1.54>
- Campbell, B. C. V., De Silva, D. A., Macleod, M. R., Coutts, S. B., Schwamm, L. H., Davis, S. M., & Donnan, G. A. (2019). Ischaemic stroke. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1). <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0118-8>
- Eliza, Aprilianti, D., Nazarena, Y., Terati, & Sumarman. (2022). Pemberian Lakuto terhadap Glukosa Darah Penderita Diabetes Melitus Tipe 2. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 4(1), 1–12.
- Fatmasari, A., Aziz, A., & Qurini. (2022). Implementasi mobilisasi untuk mencegah ulkus dekubitus pada pasien fraktur pre operasi. *Prosiding STIKES Bethesda*, 1(1), 350–356.
- Hadianto, H. (2024). Diagnosis dan Tata Laksana Perdarahan Batang Otak Primer. *Cermin Dunia Kedokteran*, 51(3), 130–133. <https://doi.org/10.55175/cdk.v51i3.944>
- Hadzriana, M. (2020). Neurosains Dalam Perspektif Islam. *Pendidikan Dan Keislaman*, 8(2).
- Haiga, Y., Prima, P. S. I., & Wahyuni, S. (2022). Perbedaan Diagnosis Stroke Iskemik dan Stroke Hemoragik dengan Hasil Transcranial Doppler di RSUP

- Dr. M. Djamil Padang. *Scientific Journal*, 1(5), 391–400. <https://doi.org/10.56260/sciena.v1i5.72>
- Hayati, K., Mutiara, H. S., Agustina, D., Manalu, T. A., & Sitepu, K. (2020). Pengaruh Minyak Zaitun (Olive Oil) Terhadap Kerusakan Integritas Kulit Pada Pasien Dm Tipe Ii Di Kecamatan Pagar Merbau. *Jurnal Keperawatan Dan Fisioterapi (Jkf)*, 3(1), 6–12. <https://doi.org/10.35451/jkf.v3i1.455>
- Herly, H. N., Ayubbana, S., & Sari, S. A. (2021). Pengaruh Posisi Miring Untuk Mengurangi Risiko Dekubitus Pada Pasien stroke. *Jurnal Cendikia Muda*, 1(3), 293–298.
- Karim, F., Nurcahyo, G. W., & Sumijan, S. (2021). Sistem Pakar dalam Mengidentifikasi Gejala Stroke Menggunakan Metode Naive Bayes. *Jurnal Sistim Informasi Dan Teknologi*, 3, 221–226. <https://doi.org/10.37034/jsisfotek.v3i4.69>
- Kemenkes. (2023). *Cegah Stroke dengan Aktivitas Fisik*.
- Khoerunnisa, R. (2024). Implementat Of Mobilization In Stroke Patients With Decubitus Ulcer Undergoing Total Bedrest At Iryou Houjin Fukuji Nishihara Keiaien Japan. *Proceedings of the International Conference on Nursing and Health Sciences*, 5(1), 483–486.
- Khoiriyah, Z. (2018). Aplikasi CSWD Pada Tn. P Dengan Masalah Kerusakan Integritas Kulit Akibat Ulkus Dekubitus. In *Universitas Muhammadiyah Magelang*.
- Kurniawan, A., Aji, S. W., Mario, D. D., & Dewi, L. D. (2025). *Peran Sistem Endokrin dalam Regulasi Fisiologis Tubuh dan Implikasinya terhadap Kesehatan*. 3.
- Meliza, S. C., Ritarwa, K., & Sitohang, N. A. (2020). The Prevention of Ulcers Decubitus with Mobilization and The Usage of Olive Oil on Stroke Patients. *Elkawnie*, 6(2), 189. <https://doi.org/10.22373/ekw.v6i2.6925>
- Mohamad, S., Abdullah, R., Zainuddin, R., & Mahmud, Y. (2023). Implementasi Latihan Range Of Motion (ROM) Pasif Dalam meningkatkan Mobilisasi Pada Pasien Stroke. *Jurnal Madising Na Maupe (JMM)*, 1, 72–77.
- Mubarrok, A. R., Imamah, I. N., & Haniyatun, I. (2023). Penerapan Mobilisasi untuk Mengeurangi Kejadian Dekubitus pada Pasien Stroke Non Hemoragic di RSUD dr.Moewardi Surakarta. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 2(9), 163–171.
- Muhammad, H. I. A., Rianta, Y. M. M., Eka, P. M., Salsabilla, R., & Rahmah, S. (2022). Ulkus Kronis: Mengenali Ulkus Dekubitus dan Ulkus Diabetikum. *Jurnal Syntax Fusion*, 2(02), 272–286. <https://doi.org/10.54543/fusion.v2i02.153>
- Pohl, M., Hesszenberger, D., Kapus, K., Meszaros, J., Feher, A., Varadi, I., Pusch, G., Fejes, E., Tibold, A., & Feher, G. (2021). Ischemic stroke mimics: A

- comprehensive review. *Journal of Clinical Neuroscience*, 93, 174–182. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2021.09.025>
- Portal Informasi Indonesia. (2024). *Cegah Dini Ancaman Diabetes*.
- Prastiwi, F., & Lestari, S. P. (2021). Efektifitas Minyak Zaitun Dalam Pencegahan Ulkus Dekubitus. *Majalah Kesehatan*, 8(4), 233–241.
- Resa, N. J., Siti, J., & Ni, W. D. M. (2022). Hubungan Tingkat Pengetahuan Keluarga Terhadap Kejadian Resiko Dekubitus Pada Pasien Stroke. *Jurnal Rumpun Ilmu Kesehatan*, 2(3), 131–142. <https://doi.org/10.55606/jrik.v2i3.699>
- Rowe, F. (2016). Visual effects and rehabilitation after stroke. *Community Eye Health Journal*, 29(96), 75–76. <https://doi.org/10.1155/2013/719096.5>
- Siti, H., Siti, U., & Urip, R. (2024). Penerapan Latihan Rom Pasif Terhadap Tingkat Kekuatan Otot Ekstremitas pada Pasien Stroke Hemoragik : Studi Kasus. *Jurnal Medika Nusantara*, 2(3), 77–90. <https://doi.org/10.59680/medika.v2i3.1224>
- Siti, R. F. P., Nurdiana, D., & Nirwanto, K. R. (2024). Hubungan Peran Dengan Risiko Dekubitus Pada Pasien Stroke Di Ruang Neuro RSUD PROF. DR. H. Aloeli Saboe Kota Gorontalo. *Medic Nutricia Jurnal Kesehatan*, 4(1), 1–6. <https://doi.org/10.5455/mnj.v1i2.644xa>
- Siti, & Wahjuni, C. U. (2016). The Factors that Affect Stroke at Young Age in Brawijaya Hospital Surabaya. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 4(1), 62. <https://doi.org/10.20473/jbe.v4i12016.62-73>
- Sugiyono. (2023). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Alfabeta.
- Syapitri, H., Siregar, L. M., & Ginting, D. (2019). Metode Pencegahan Luka Decubitus Pada Pasien Bedrest Total Melalui Perawatan Kulit. *Idea Nursing Journal*, 8(2), 15–22.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (Edisi 1). DPP PPNI.
- Yulianti, S., Harlini, Y., & Loritta, G. Y. (2022). Studi Kasus Asuhan Keperawatan pada Pasien Penyakit Ginjal Kronis dengan Masalah Keperawatan Gangguan Integritas Kulit. *Jurnal Keperawatan Cikini*, 3(2), 47–52. <https://doi.org/10.55644/jkc.v3i2.87>