



**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *TRAUMATIC
BRAIN INJURY (TBI) POST OP* EVAKUASI CRANIOTOMI HEMATOMA
KONDISI *BEDREST* : RESIKO LUKA TEKAN DENGAN INTERVENSI
MASSAGE EFFLEURAGE MENGGUNAKAN *VIRGIN COCONUT OIL*
(VCO) DI RUANG *INTENSIVE CARE UNIT (ICU)* RUMAH SAKIT
WAHIDIN SUDIROHUSODO KOTA MAKASSAR**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun oleh :

INDRIANI RASYID

A1C1232018

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
UNIVERSITAS MEGAREZKY**

2025



**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *TRAUMATIC
BRAIN INJURY (TBI) POST OP* EVAKUASI CRANIOTOMI HEMATOMA
KONDISI *BEDREST* : RESIKO LUKA TEKAN DENGAN INTERVENSI
MASSAGE EFFLEURAGE MENGGUNAKAN *VIRGIN COCONUT OIL*
(VCO) DI RUANG *INTENSIVE CARE UNIT (ICU)* RUMAH SAKIT
WAHIDIN SUDIROHUSODO KOTA MAKASSAR**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners

Disusun oleh :

INDRIANI RASYID

A1C1232018

PEMINATAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
UNIVERSITAS MEGAREZKY**

2025

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Ilmiah Akhir Ners adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Indriani Rasyid, S. Kep

NIM : A1C1232018

TandaTangan :

Tanggal :

HALAMAN PERSETUJUAN

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *TRAUMATIC
BRAIN INJURY* (TBI) *POST OP* EVAKUASI CRANIOTOMI HEMATOMA
KONDISI *BEDREST* : RESIKO LUKA TEKAN DENGAN INTERVENSI
MASSAGE EFFLEURAGE MENGGUNAKAN *VIRGIN COCONUT OIL*
(VCO) DI RUANG *INTENSIVE CARE UNIT* (ICU) RUMAH SAKIT
WAHIDIN SUDIROHUSODO KOTA MAKASSAR**

Telah disetujui dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diujikan pada tanggal
30 Januari 2025

Pembimbing I

Pembimbing II

(Juhelnita Bubun S.Kep.,Ns.,M.Kep)
NIDN. 0903068302

(Sardi Anto, S.Kep.,Ns.,M.Kep)
NIDN.0902069103

Mengetahui,

Program Studi Pendidikan Profesi Ners

Iqwan Syarif, S.Kep.,Ns.,M.Kep.
NIDN.0920089106

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir Ners ini diajukan oleh :

Nama : Indriani Rasyid

NIM : A1C1232018

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

**Judul KIA-N : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN
TRAUMATIC BRAIN INJURY (TBI) POST OP EVAKUASI CRANIOTOMI
HEMATOMA KONDISI *BEDREST* : RESIKO LUKA TEKAN DENGAN
INTERVENSI *MASSAGE EFFLEURAGE* MENGGUNAKAN *VIRGIN
COCONUT OIL (VCO)* DI RUANG *INTENSIVE CARE UNIT (ICU)*
RUMAH SAKIT WAHIDIN SUDIROHUSODO KOTA MAKASSAR**

Telah berhasil dipertahankan dihadapan penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ners pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Universitas Megarezky.

Penguji I

(Syamsuryana Sabar, S. Kep.,Ns.,M.Kep)

NIDN. 0915118602

Penguji II

Penguji III

(Juhelnita Bubun S.Kep.,Ns.,M.Kep)

NIDN. 0903068302

(Sardianto, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

NIDN.0902069103

Ditetapkan di : Makassar

Tanggal : 12 Februari 2025

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR

Sebagai sivitas akademik Universitas Megarezky, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Indriani Rasyid

NIM : A1C1232018

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul Karya : Karya Ilmiah Akhir Ners

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Megarezky Hak Bebas Royalty Non eksklusif (*Non – exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *TRAUMATIC BRAIN INJURY* (TBI) *POST OP* EVAKUASI CRANIOTOMI HEMATOMA KONDISI *BEDREST* : RESIKO LUKA TEKAN DENGAN INTERVENSI *MASSAGE EFFLEURAGE* MENGGUNAKAN *VIRGIN COCONUT OIL* (VCO) DI RUANG *INTENSIVE CARE UNIT* (ICU) RUMAH SAKIT WAHIDIN SUDIROHUSODO KOTA MAKASSAR

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Megarezky berhak menyimpan, mengalih media/dormatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data, merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Makassar

Pada Tanggal : 30 Januari 2025

Yang Menyatakan

TTD

(Indriani Rasyid)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, atas segala rahmat, taufik dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini dengan judul: “Analisis Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Traumatic Brain Injury (Tbi) Post Op* Evakuasi Craniotomi Hematoma Kondisi *Bedrest* : Resiko Luka Tekan Dengan Intervensi *Massage Effleurage* Menggunakan *Virgin Coconut Oil (Vco)* Di Ruang *Intensive Care Unit (Icu)* Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo Kota Makassar” yang merupakan salah satu persyaratan untuk mencapai gelar Profesi Ners di Program Studi Pendidikan Profesi Ners Fakultas Keperawatan Dan Kebidanan Universitas Megarezky. KIAN ini merupakan upaya dan kerja keras dari penulis untuk mendapatkan sesuatu yang terbaik, meskipun penulis menyadari bahwa di dalamnya masih banyak terdapat kekeliruan dan kekurangan serta masih jauh dari apa yang diharapkan .

Dalam penyusunan KIAN ini, penulis mengalami banyak tantangan dan hambatan, namun berkat usaha dan kemauan serta kerjasama yang baik dari semua pihak sehingga penulis dapat menyelesaikan KIAN ini, oleh karena itu, perkenankanlah penulis dengan segala hormat dan kerendahan hati mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya terkhusus penulis ucapkan kepada Ayahanda Abdul Rasyid dan Ibunda Hj. Hasnawati serta seluruh keluarga besar penulis atas segala perhatian, pengorbanan, kasih sayang serta doa restunya yang luar biasa selama ini. Kepada Ners Juhelnita Bubun, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Pembimbing I dan Ners Sardianto, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing II dengan penuh kesabaran dan keikhlasan meluangkan waktu, tenaga dan pikirannya untuk memberikan perhatian, bimbingan dan arahan kepada penulis, serta Ners Syamsuryana Sabar, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Penguji yang telah meluangkan waktu dan tenaganya dalam memberikan masukan dan arahan guna perbaikan KIAN ini.

Tak lupa pula penulis ucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Dr. H. Alimuddin, S.H., MH., M.Kn., selaku Pembina Yayasan Pendidikan Islam Megarezky Makassar.

2. Ibu Hj. Suryani, SH., MH., selaku Ketua Yayasan Pendidikan Islam Megarezky Makassar.
3. Bapak Prof. Dr. dr. Anwar Ramli, S.E., M.Si, selaku Rektor Universitas Megarezky Makassar
4. Ibu Dr. Wilma, S. Kep., Ns., M. Kep, selaku Dekan Fakultas Keperawatan dan Kebidanan.
5. Bapak Iqwan Syarif, S. Kep., Ns., M. Kep. selaku Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners Universitas Megarezky.
6. Bapak dan Ibu Dosen serta Staf Universitas Megarezky yang telah memberikan kemudahan bagi penulis dalam menyelesaikan pendidikan selama ini.
7. Rekan-rekan mahasiswa Program Studi Pendidikan Profesi Ners Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Angkatan Prog. B 2022 dan Ners XIV.3, yang tak dapat penulis sebutkan satu persatu yang secara langsung maupun tidak langsung telah memberikan dukungan, dorongan moril dan berbagai bantuan selama perkuliahan sampai menyelesaikan pendidikan.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa penyusunan KIAN ini masih jauh dari sempurna, untuk itu dengan hati terbuka penulis siap menerima kritik dan saran dari pihak manapun yang konstruktif dan sifatnya membangun untuk kesempurnaan penulis yang akan datang.

Makassar, 30 Januari 2025

Penulis,

(Indriani Rasyid)

Program Studi Pendidikan Profesi Ners
Universitas Megarezky
KIAN, Februari 2025
Indriani Rasyid ¹⁾, Juhelnita Bubun ²⁾, Sardianto ³⁾
Email : indrindri001@gmail.com

ABSTRAK

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *TRAUMATIC BRAIN INJURY* (TBI) *POST OP* EVAKUASI CRANIOTOMI HEMATOMA KONDISI *BEDREST* : RESIKO LUKA TEKAN DENGAN INTERVENSI *MESSAGE EFFLEURAGE* MENGGUNAKAN *VIRGIN COCONUT OIL* (VCO) DI RUANG *INTENSIVE CARE UNIT* (ICU) RUMAH SAKIT WAHIDIN SUDIROHUSODO KOTA MAKASSAR

Latar Belakang : Pada pasien yang mengalami *Traumatic Brain Injury* dirawat diruang *Intensive Care Unit* (ICU) mayoritas terbaring di tempat tidur dalam jangka waktu lama dan sering kali mengalami komplikasi seperti peningkatan koagulopati darah, konstipasi, depresi, ulkus atau luka tekan, lemahnya tulang dan lemahnya otot. Pelaksanaan *message effleurage* dengan menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO) mampu dimanfaatkan sebagai terapi topikal yang berperan sebagai *moisturizer* untuk mengurangi kulit kering, yang menutrisi kulit melalui penyerapannya, serta sebagai pelumas untuk mengurangi efek gesekan.

Tujuan Umum : Melakukan Analisis Praktik Keperawatan dengan intervensi *Message effleurage* menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO) untuk mencegah resiko luka tekan pada pasien tirah baring lama.

Metode : Menggunakan studi kasus dengan melakukan *Message effleurage* menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO) untuk mengatasi terjadinya resiko luka tekan yang dilakukan selama 3 hari berturut-turut setelah mandi pagi dengan durasi waktu 4-5 menit.

Hasil Asuhan Keperawatan : Hasilnya dimana skor skala braden meningkat, pada hari I didapatkan skor skala braden 13 (resiko sedang), pada hari ke II didapatkan skor skala braden 14 (resiko sedang), dan pada hari ke III didapatkan skor meningkat menjadi 15 (resiko rendah).

Rekomendasi : *Message effleurage* menggunakan *Virgin Coconut Oil* mempunyai pengaruh yang cukup signifikan yang dapat meningkatkan nilai skor skala braden dan mengurangi resiko luka tekan pada pasien tirah baring (*bedrest*).

Kata Kunci :

¹⁾Indriani Rasyid

²⁾Juhelnita Bubun

³⁾Sardi Anto

Nursing Professional Education Study Program
Megarezky University
KIAN, February 2025
Indriani Rasyid ¹⁾, Juhelnita Bubun ²⁾, Sardianto ³⁾
Email : indrindri001@gmail.com

ABSTRACT

ANALYSIS OF NURSING CARE IN PATIENT WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY (TBI) POST OP EVACUATION CRANIOTOMY IN BEDROOM CONDITION : RISK OF PRESSURE INJURY WITH EFFLEURAGE MESSAGE INTERVENTION USING VIRGIN COCONUT OIL (VCO) IN THE INTENSIVE CARE UNIT (ICU) OF WAHIDIN SUDIROHUSODO HOSPITAL, MAKASSAR CITY

Background : *In patients who experience Traumatic Brain Injury, they are treated in the Intensive Care Unit (ICU) the majority are bedridden for a long time and often experience complications such as increased blood coagulopathy, constipation, depression, ulcers or pressure sores, weak bones and weak muscles. The implementation of message effleurage using Virgin Coconut Oil (VCO) can be used as topical therapy that acts as a moisturizer to reduce dry skin, which nourishes the skin through its absorption, and as a lubricant to reduce the effects of friction.*

General Objective : *To conduct a Nursing Practice Analysis with Message effleurage intervention using Virgin Coconut Oil (VCO) to prevent the risk of pressure ulcers in patients on long-term bedrest.*

Method : *Using a case study by conducting Message effleurage using Virgin Coconut Oil (VCO) to overcome the risk of pressure ulcers which was carried out for 3 consecutive days after a morning shower with a duration of 4-5 minutes.*

Nursing Care Results : *The results showed that the Braden scale score increased on day I the Braden scale score 13 (moderate risk), on day II the Braden scale score was 14 (moderate risk), and on day III the score increased to 15 (low risk).*

Recommendation : *Message effleurage using Virgin Coconut Oil has a significant effect that can increase the Braden scale score and reduce the risk of pressure ulcers in bedrest patients.*

Keywords:

1)Indriani Rasyid

2)Juhelnita Bubun

3)Sardi Anto

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR ...	v
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK	viii
<i>ABSTRACT</i>	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	4
C. Manfaat	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
A. Tinjauan Pustaka <i>Traumatic Brain Injury</i>	6
B. Tinjauan <i>Pustaka Message Effleurage</i> dengan <i>Virgin Coconut Oil</i>	19
C. Tinjauan Pustaka Skala Braden	21
D. Tinjauan Pustaka Konsep Asuhan Keperawatan	24
BAB III ANALISIS KASUS	37
BAB IV ANALISIS SITUASI	98
A. Profil Lahan Praktek	98
B. Analisis Masalah Keperawatan Pada Pasien <i>Traumatic Brain Injury</i>	99
C. Analisis Intervensi Keperawatan Pada Pasien <i>Traumatic Brain Injury</i> Dengan <i>Virgin Coconut Oil (VCO)</i>	109
BAB V PENUTUP	107
A. Kesimpulan	107
B. Saran	108
DAFTAR PUSTAKA	109

LAMPIRAN 114

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pathway	15
Gambar 3. 1 Genogram Pasien	39

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 <i>Glasgow Coma Scale</i>	8
Tabel 2.2 Rencana Keperawatan	28
Tabel 3.1 Pengkajian Pola Kesehatan	43
Tabel 3.2 Pemeriksaan Laboratorium	49
Tabel 3.3 Terapi Obat	51
Tabel 3.4 Klasifikasi Data	52
Tabel 3.5 Analisa Data	54
Tabel 3.6 Diagnosis Keperawatan	57
Tabel 3.7 <i>Nursing Care Plan</i>	59
Tabel 3.8 Implementasi	63
Tabel 3.9 Evaluasi	70
Tabel 4.1 Data Pasien	99
Tabel 4.2 Masalah Keperawatan	100
Tabel 4.3 Analisis Intervensi Keperawatan Pada Pasien <i>Traumatic Brain Injury</i> Dengan Intervensi <i>Virgin Coconut Oil</i> (VCO)	103

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Jadwal Kegiatan
- Lampiran 2 Lembar Penjelasan Responden
- Lampiran 3 *Informed Consent*
- Lampiran 4 Lembar Persetujuan Responden
- Lampiran 5 Lembar Observasi
- Lampiran 6 Lembar Pengkajian Resiko *Pressure Ulcer*
- Lampiran 7 SOP Intervensi
- Lampiran 8 Lembar Bimbingan
- Lampiran 9 Lembar Dokumentasi
- Lampiran 10 Lembar Jurnal Intervensi Keperawatan
- Lampiran 11 Lembar Analisis Jurnal

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Cedera otak atau *Traumatic Brain Injury* (TBI) merupakan kesehatan yang paling umum terjadi di dunia dan salah satu penyebab utama mortalitas dan morbiditas pada semua kelompok usia. Cedera otak merupakan suatu gangguan traumatik pada fungsi otak yang diikuti maupun tidak diikuti perdarahan interstitial ke dalam substansi otak tanpa disertai terputusnya kontinuitas otak. Cedera kepala dapat mengakibatkan perubahan fisik maupun psikologis, akibat fatal yang didapat ialah kematian (Utami et al., 2021).

Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) 2018, memperkirakan bahwa lebih dari 10 juta orang di seluruh dunia menderita TBI (*Traumatic Brain Injury*) setiap tahun yang mengakibatkan kematian atau cacat berat. Diantara semua cedera terkait trauma, cedera otak dianggap sebagai penyumbang kematian dan cacat terbesar secara global. Insiden TBI (*Traumatic Brain Injury*) diperkirakan di sub afrika sahara sebanyak 801 per 100.000 TBI khususnya sering terjadi pada orang yang lebih muda dan Ethiopia memiliki lebih dari 70 juta warga yang berusia dibawah 30 tahun prevalensi TBI di Ethiopia dilaporkan sebesar 29-40% dan sebuah penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Khusus Universitas Gondar menunjukkan bahwa prevalensi TBI dilaporkan sebesar 40,5% (Getachew et al., 2023).

Dari data *Global Burden of Disease* (GBD) tahun 2019 memperkirakan kejadian cedera otak terjadi sekitar 811.979 per 100.000 orang setiap tahunnya dengan 50-60 juta kasus baru cedera otak di seluruh dunia (Vos et al., 2020). Pada hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2022 angka cedera otak di Indonesia berada pada 70% dengan menempati posisi pertama sebelum cedera ekstremitas bawah dan atas. Prevalensi cedera otak tertinggi di Indonesia pada tahun 2020 yaitu Sulawesi Selatan dengan angka 395 atau 80.300 jiwa, sedangkan Jawa Timur menduduki urutan kedua dengan presentasi sebesar 28% atau 66.800 jiwa (Kemenkes, 2022).

Trauma yang paling sering terjadi pada kecelakaan lalu lintas adalah cedera otak traumatik. Cedera otak traumatik akibat kecelakaan lalu lintas merupakan penyebab utama kecacatan dan kematian di negara berkembang. Keadaan ini umumnya terjadi pada pengendara motor tanpa helm atau memakai helm yang tidak sesuai dan tidak memenuhi standar (Ramadani, R, 2020). Cedera otak mampu meningkatkan dan menurunkan angka harapan hidup yang apabila tidak segera ditangani akan mengakibatkan kematian (Sudjud et al., 2020). Oleh karena itu, dibutuhkan penilaian awal dan tindakan pertolongan dengan ketepatan dan kecepatan untuk mengurangi komplikasi yang terjadi. Penanganan pertama yang dapat dilakukan adalah operasi pembedahan tengkorak guna mengurangi perdarahan dan oksigenasi (Mulyono, 2021).

Salah satu tindakan prosedur operasi yaitu, *craniotomy* dilakukan dengan cara membuka sebagian tulang tengkorak sebagai akses ke intrakranial guna untuk mengetahui dan memperbaiki kerusakan yang terjadi pada otak. *Craniotomy* dapat dilakukan secara intratentorial maupun supratentorial atau kombinasi dari keduanya. Tindakan ini biasanya dilakukan di Rumah Sakit yang memiliki departemen bedah saraf dan ICU (Pratama et al., 2020). Pasien yang di rawat diruang *Intensive Care Unit* (ICU) mayoritas terbaring ditempat tidur dalam jangka waktu lama dan sering kali mengalami komplikasi seperti peningkatan koagulopati darah, konstipasi, depresi, ulkus atau luka tekan, lemahnya tulang, dan lemahnya otot (Utari et al., 2023).

Pencegahan luka tekan terhadap pasien dengan tirah baring dilakukan dengan cara mengurangi risiko terjadinya gesekan antara kulit dengan pakaian atau permukaan benda (Badrujamaludin et al., 2022). Area yang paling rentan terhadap luka tekan merupakan area yang menutupi area tulang seperti tengkuk, trokanter (tulang paha), sacrum (tulang berbentuk segitiga), malleoli (tulang pada pergelangan kaki) dan tumit (Angeline et al., 2022). Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan (Ariyani & Ari, 2023), menunjukkan bahwa dengan pemberian posisi mika miki (miring kanan dan kiri) pada pasien *bedrest* memiliki pengaruh terhadap kejadian dekubitus,

dengan penerapan posisi mika miki setiap 2 jam dapat mengurangi gesekan yang tujuannya mengurangi tekanan yang dapat menyebabkan dekubitus. Selain itu menurut *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)* menyampaikan salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah luka tekan adalah perawatan kulit melalui *massage* dengan menggunakan berbagai metode dan bahan seperti *massage effleurage*, *Virgin Coconut Oil (VCO)*, *Nigella Sativa Oil (NSO)* dan Olive oil (Minyak zaitun) (National et al., 2019). *Massage* atau pijat bertujuan supaya melembabkan kulit, sehingga bila terdapat gesekan karena tekanan, tidak menyebabkan kulit terluka. Penerapan *massage* yang paling sering dilakukan menggunakan *Virgin Coconut Oil (VCO)* atau minyak kelapa (Badrujamaludin et al., 2022). Pelaksanaan *massage effleurage* dengan menggunakan *Virgin Coconut Oil (VCO)* mampu dimanfaatkan sebagai terapi topical yang berperan sebagai *moisturizer* untuk mengurangi kulit kering, yang menutrisi kulit melalui penyerapannya, serta sebagai pelumas untuk mengurangi efek gesekan (Linggi et al., 2021). *Virgin Coconut Oil (VCO)* dilakukan setelah mandi setiap pagi dan sore hari. *Massage effleurage* dengan menggunakan *Virgin Coconut Oil (VCO)* dilakukan selama 4 menit dalam kurun waktu 3 hari (Rahmawati & Supadmi, 2023).

Pada minyak zaitun atau olive oil juga memiliki kandungan dimana sekitar 74,4% hingga 77,5% adalah asam oleat, palmitic acid berkisar antara 11,5% hingga 12,1% dan lineolic acid berkisar antara 8,9% hingga 9,4%. Namun sebagian besar kandungan pada minyak zaitun yaitu antioksidan dan antibakteri yang dapat menetralkan radikal bebas dan membunuh bakteri pada kulit (Kustina et al., 2022). Adapun manfaat dari *Virgin Coconut Oil (VCO)* merupakan minyak kelapa murni yang mengandung 92% asam lemak jenuh tersendiri dari 48-53% asam laurat, 1,5-2,5% asam oleat, asam lemak lainnya seperti 8% asam kaprilat, dan 7% asam kaprat (Fatimah et al., 2022). Kandungan-kandungan tersebut memiliki sifat sebagai antioksidan, antibakteri, antijamur, dan antimikroba. *Virgin Coconut Oil (VCO)* mempunyai manfaat dalam mendukung perbaikan dan penyembuhan

jaringan, membunuh bakteri yang mengakibatkan *ulcer* (Sumah, 2020). Penelitian yang dilakukan Linggi et al., (2021), menyatakan bahwa kandungan *Virgin Coconut Oil* (VCO) baik untuk melembabkan dan melumaskan kulit, menurunkan inflamasi, mendukung dalam perbaikan dan penyembuhan jaringan (Rahayu et al., 2022). Oleh karena itu penulis menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO) untuk mencegah terjadinya luka tekan dikarenakan kandungan pada VCO memiliki sifat sebagai antioksidan, antibakteri, antijamur, dan antimikroba, untuk menjaga kesehatan kulit dan mencegah kerusakan kulit dengan menerapkan Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Traumatic Brain Injury* (TBI) *Post Op* Evakuasi Craniotomi Hematoma Kondisi *Bedrest* : Resiko Luka Tekan Dengan Intervensi *Message Effleurage* Menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO) Di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo Kota Makassar.

B. Tujuan

1. Tujuan umum

Untuk menjelaskan asuhan keperawatan pada pasien *Traumatic Brain Injury Post Op Craniotomy* dengan intervensi *massage effleurage* menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO)

2. Tujuan khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada pasien *Traumatic Brain Injury (TBI)*
- b. Mampu melakukan penegakkan diagnosis pada pasien *Traumatic Brain Injury (TBI)*
- c. Melakukan penyusunan intervensi keperawatan pada pasien dengan *Traumatic Brain Injury (TBI)*
- d. Melakukan implementasi keperawatan pada pasien dengan *Traumatic Brain Injury (TBI)*
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan *Traumatic Brain Injury (TBI)*
- f. Analisis pengguna *Message Virgin Coconut Oil* untuk pencegahan resiko luka tekan

C. Manfaat

1. Manfaat keilmuan

Dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam upaya pengembangan ilmu khususnya tentang pemberian asuhan keperawatan pada pasien *Traumatic Brain Injury (TBI) Post Op Craniotomy Hematom*.

2. Manfaat aplikatif

a. Penulis

Memberikan manfaat melalui pengalaman bagi penulis untuk mengaplikasikan ilmu yang telah diperoleh dari pendidikan dan praktik klinik kepada pasien-pasien dengan *Traumatic Brain Injury (TBI)*.

b. Rumah Sakit

Memberikan informasi/data tambahan mengenai konsep medis dan pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan *Traumatic Brain Injury (TBI)*

c. Pasien

Dapat dijadikan sebagai referensi untuk menambah pengetahuan tentang *Traumatic Brain Injury (TBI)*

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka *Traumatic Brain Injury*

1. Pengertian

Cedera otak traumatik atau *Traumatic Brain Injury* merupakan trauma pada kepala yang memiliki dampak langsung pada perubahan fungsi otak selaku pusat koordinasi semua sistem pada tubuh manusia. Perubahan fungsi otak yang dapat terjadi berupa penurunan kesadaran, kejang bahkan koma (Ismoyowati et al., 2021). Cedera otak traumatik adalah salah satu trauma yang paling serius dan mengancam jiwa. Trauma pada kepala adalah keadaan dimana fungsi otak mengalami gangguan akibat benturan, pukulan, kecelakaan lalu lintas atau kegiatan lain yang dapat menyebabkan trauma pada kepala. Kejadian trauma kepala tidak memandang jenis kelamin, ras, sehingga dapat terjadi pada siapa saja (Narti et al., 2022). Pasien dengan cedera otak memiliki risiko lebih besar terhadap komplikasi tirah baring yang menyebabkan terjadinya gangguan mobilisasi adapun dampak buruk dari imobilisasi salah satunya adalah gangguan integritas kulit yang dapat mengakibatkan terjadinya iritasi dan luka tekan sampai menyebabkan ulkus dekubitus. Ulkus dekubitus diakibatkan karena kurangnya aliran darah dan akhirnya menyebabkan kematian sel, kerusakan kulit dan pengembangan luka terbuka (Santiko & Faidah, 2020). Pada pasien dengan tirah baring yang mengalami imobilitas akibat *bedrest* dilakukan upaya untuk menjaga kesehatan kulit, tindakan yang dilakukan merupakan *message effleurage* yaitu teknik yang dilakukan dengan cara menggosok dan menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO) atau minyak kelapa murni (Fatimah et al., 2022).

2. Klasifikasi

Menurut (Cicielia et al., 2023), pada luka tekan (dekubitus) dapat diklasifikasikan menjadi empat derajat berdasarkan tingkat keparahannya:

- a. Derajat I
 - 1) Kulit merah dan hangat
 - 2) Tidak ada lecet atau luka terbuka
 - 3) Nyeri ringan
- b. Derajat II
 - 1) Kulit merah, hangat dan bengkak
 - 2) Lecet atau luka terbuka dangkal
 - 3) Nyeri sedang
- c. Derajat III
 - 1) Luka terbuka dalam dengan kerusakan kulit dan jaringan dibawahnya
 - 2) Terdapat lemak, otot atau tulang yang terpapar
 - 3) Nyeri berat
- d. Derajat IV
 - 1) Luka sangat dalam dengan kerusakan ekstensif
 - 2) Terdapat infeksi, abses atau gangren
 - 3) Nyeri sangat berat

Menurut Yessie (2022), derajat keparahan terjadinya cedera otak dapat diukur berdasarkan penilaian *Glasgow Coma Scale (GCS)* :

- a. Berdasarkan keparahan cedera :
 - 1) Cedera kepala ringan (CKR)
 - a) Tidak ada fraktur tengkorak
 - b) Tidak ada kontusio serebri, hematoma
 - c) GCS 13-15
 - d) Dapat kehilangan kesadaran tapi < 30 menit
 - 2) Cedera kepala sedang (CKS)
 - a) Kehilangan kesadaran
 - b) Muntah
 - c) GCS 9-12
 - d) Dapat mengalami fraktur tengkorak, disorientasi ringan (bingung)

- 3) Cedera kepala berat (CKB)
 - a) GCS 3-8
 - b) Hilang kesadaran > 24 jam
 - c) Adanya kontusio serebri, laserasi/hematom intracranial

Tabel 2.1 *Glasgow Coma Scale*

E : EYES (Respon Membuka Mata)	SKOR
Membuka mata secara spontan	4
Membuka mata dengan perintah	3
Membuka mata setelah diberikan ransangan nyeri	2
Tidak membuka mata	1
V : VERBAL (Respon Verbal)	SKOR
Orientasi baik	5
Bingung berbicara mengacau	4
Kata tidak sesuai/tidak tepat	3
Merespon dengan mengerang	2
Tidak ada respon verbal	1
M : MOTORIK (Respon Motorik)	SKOR
Mengikuti/mematuhi perintah	6
Melokalisir nyeri	5
Menarik diri terhadap ransangan nyeri	4
Flexi abnormal	3
Ekstensi abnormal	2
Tidak ada gerakan/respon	1

- b. Berdasarkan kerusakan jaringan otak
 - 1) Komosio serebri (geger otak) : gangguan fungsi neurologic ringan tanpa adanya kerusakan struktur otak, terjadinya kesadaran kurang dari 10 menit atau tanpa disertai amnesia retrograde, mual, muntah, nyeri kepala.
 - 2) Kontosio serebri (memar) : gangguan fungsi neurologic disertai kerusakan otak tetapi kontuniutas otak masih utuh, hilangnya kesadaran lebih dari 10 menit

- 3) Lasario serebri : gangguan fungsi neurologic disertai kerusakan otak yang berat dengan fraktur tengkorak terbuka, masa otak terkelupas ke luar rongga kranial.

Masa otak terkelupas ke luar rongga intracranial.

Macam-macam tingkat kesadaran (Pusbankes, 2019) :

- a. Composmentis (Kesadaran penuh)
 - 1) Sadar penuh
 - 2) Dapat dirangsang oleh ransangan : nyeri, bunyi atau gerak
 - 3) Tanda-tanda : sadar, merasa mengantuk atau sampai tertidur. Jika tidur dapat disadarkan dengan memberikan ransangan
- b. Apatis (Acuh tak acuh)
 - 1) Acuh
 - 2) Lama untuk menjawab terhadap ransangan yang diebrikan
 - 3) Tanda-tanda sadar tapi tidak kooperatif
- c. Samnolen (Mengantuk)
 - 1) Keadaan mengantuk
 - 2) Dapat dirangsang dengan ransangan : dibangunkan atau dirangsang nyeri
 - 3) Tanda-tanda sadar tapi kadang tertidur, susah di bangunkan, kooperatif dan mampu menangkisa ransangan nyeri
- d. Delirium (Mengigau)
 - 1) Penurunan kesadaran disertai peningkatan yang abnormal
 - 2) Dapat dirangsang dengan ransangan nyeri
 - 3) Tanda-tanda gaduh, gelisah, kacau, teriak-teriak, serta disorientasi
- e. Koma/sopor (Tidak sadar)

- 1) Keadaan tidak sadarkan diri
- 2) Tidak dapat dibangunkan bahkan dengan diberikan rangsangan yang kuat
- 3) Tanda-tanda tidak adanya jawaban terhadap rangsangan yang diberikan.

3. Etiologi

Menurut Yessie, (2022), ada beberapa penyebab dari cedera otak traumatik antara lain :

a. Trauma tajam

Trauma oleh benda tajam dapat menyebabkan cedera setempat dan menimbulkan cedera lokal. Kerusakan lokal meliputi kontusio serebral, hematoma serebral. Kerusakan otak sekunder yang disebabkan perluasan masa lesi, pergeseran otak atau hernia.

b. Trauma tumpul

Trauma oleh benda tumpul dan menyebabkan cedera menyeluruh (difusi). Kerusakannya menyebar secara luas dan terjadi dalam 4 bentuk yaitu cedera akson, kerusakan otak hipoksia, pembengkakan otak menyebar, hemoragi kecil multiple pada otak. Koma terjadi karena menyebar pada hemisfer serebral, batang otak atau kedua-duanya. Akibat trauma tergantung pada:

- 1) Kekuatan benturan (parahnya kerusakan)
- 2) Akselerasi dan deselerasi
- 3) Cup and kontra cup

Cedera cup adalah kerusakan pada daerah dekat yang terbentur. Sedangkan cedera kontra cup adalah kerusakan cedera berlawanan pada sisi desakan benturan.

- a) Lokasi benturan
- b) Rotasi

Pengubahan posisi pada kepala menyebabkan trauma regangan dan robekan

- c) Depresi fraktur

Kekuatan yang mendorong fragmen tulang turun menekan otak lebih dalam

Penyebab berdasarkan morfologinya yaitu :

1) Epidural hematoma

Epidural hematoma (EDH) yaitu terkumpulnya darah dalam rongga epidural. Kebanyakan EDH terjadi pada anak-anak dan tidak diakibatkan oleh fraktur tengkorak yang diakibatkan oleh lapisan durameter yang masih sangat melekat pada bagian dalam tengkorak dan pembuluh darah meninges yang belum masuk ketengkorak sebagaimana pada usia dewasa.

2) Subdural hematoma

Subdural hematoma (SDH) adalah terkumpulnya darah dalam rongga potensial diantara arachnoid dan durameter yang terbentuk saat vena atau arteri terjadi robekan antara ruang tersebut. (SDH) terdapat 2 jenis yaitu akut dan kronis yang terjadi 2-3 minggu setelah cedera terjadi.

3) Subarachnoid hemoragik

Perdarahan dalam rongga subarachnoid merupakan penyebab tersering pada trauma kepala yang dapat berakibat fatal. Subarachnoid hemoragik (SAH), sering dihubungkan dengan kontusio cortical dan laserasi atau perdarahan dapat terjadi secara komplit atau inkomplit dan dapat disertai satu atau banyak pembuluh darah (pembuluh darah vena lebih sering dibandingkan dengan arteri).

4) Intracerebral hemoragik

Intracerebral hemoragik (ICH) merupakan hematoma yang berukuran 2 cm atau lebih dan tidak berhubung dengan pembuluh otak. Pada ICH lobus yang sering terkena biasanya ada pada bagian lobus temporal atau frontal.

4. Patofisiologi

Pada cedera otak memiliki peranan yang sangat besar untuk dapat menentukan seberapa berat atau ringannya konsekuensinya patofisiologis pada kepala. Jika benda yang bergerak memberikan benturan pada kepala yang diam seperti trauma yang diakibatkan oleh benda tumpul, ataupun terkena lemparan benda tumpul yaitu merupakan cedera percepatan aselerasi. Akan tetapi jika kepala membentur benda yang diam, merupakan cedera perlambatan deselerasi. Kedua hal tersebut dapat terjadi bersamaan bila terjadi benturan kepala secara spontan (Ruby et al., 2022).

Secara patofisiologis, cedera otak dibagi menjadi 2 yaitu cedera otak primer dan cedera otak sekunder yang melibatkan kerusakan jaringan saraf yang terjadi dalam 2 tahap :

a. Cedera otak primer

Cedera yang terjadi saat atau bersamaan dengan kejadian trauma, dan merupakan suatu fenomena mekanik. Umumnya menimbulkan lesi permanen. Tidak banyak yang bisa kita lakukan kecuali membuat fungsi stabil, sehingga sel-sel yang sedang sakit bisa mengalami proses penyembuhan yang optimal. Trauma kepala terjadi karena hal diantaranya, bila trauma ekstrakranial akan dapat menyebabkan adanya lesi pada kulit kepala selanjutnya bisa perdarahan karena mengenai pembuluh darah. Karena perdarahan yang terjadi terus-menerus dapat menyebabkan hipoksia, hyperemia peningkatan volume darah pada area peningkatan permeabilitas kapiler, serta vasodilatasi arterial, semua menimbulkan peningkatan isi intrakranial, dan peningkatan tekanan intracranial (TIK).

b. Cedera sekunder

Kerusakan jaringan dan seluler yang terjadi setelah cedera primer

Berikut adalah beberapa patofisiologi TBI :

1) Kerusakan jaringan

Gaya benturan atau inersia yang menyebabkan TBI dapat menyebabkan TBI dapat terjadi robekan jaringan otak dan serabut saraf.

2) Gangguan aliran darah serebral

TBI dapat mengganggu regulasi aliran darah serebral.

3) Gangguan metabolisme

TBI dapat mengganggu metabolisme, menyebabkan akumulasi asam laktat dan penurunan simpanan *Adenosin Triphosphate* (ATP)

4) Pelepasan neurotransmitter

TBI dapat menyebabkan pelepasan berlebihan neurotransmitter eksitasi, seperti glutamate dan aspartat.

5) Degradasi membran

TBI dapat menyebabkan degradasi membran pada struktur vascular dan seluler, yang dapat menyebabkan kematian sel terprogram (apoptosis).

Namun bila trauma mengenai tulang kepala akan menyebabkan robekan dan terjadi perdarahan juga. Trauma kepala intrakranial dapat mengakibatkan laserasi, perdarahan dan susunan kerusakan jaringan otak bahkan bisa terjadi kerusakan susunan syaraf kranial terutama motorik yang bisa mengakibatkan terjadinya gangguan mobilitas fisik (Yessie, 2022).

5. Manifestasi Klinik

Manifestasi klinis dari trauma kepala menurut Yessie, (2022), yaitu :

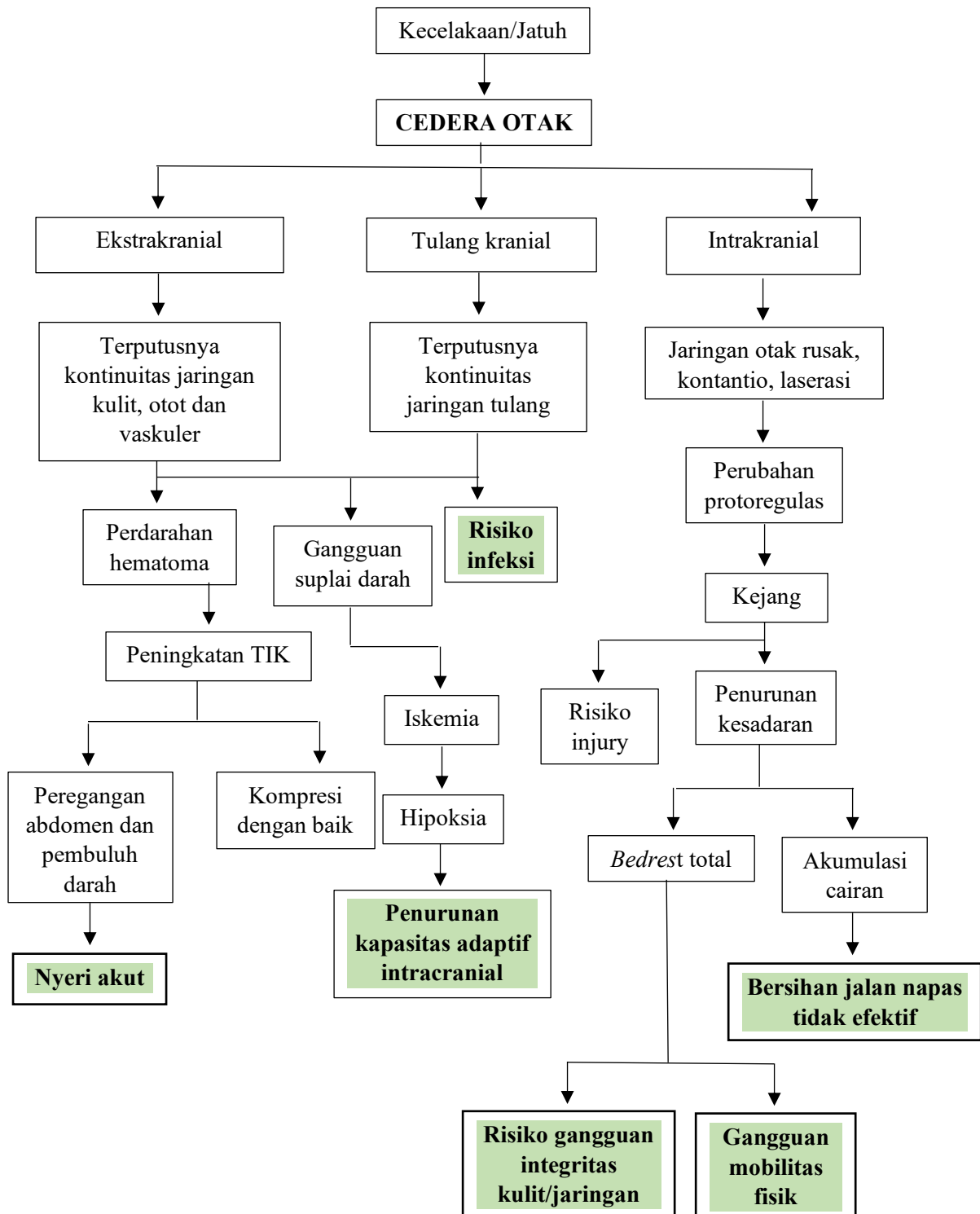
a. Cedera kepala ringan – sedang

- 1) Disorientasi ringan, adalah kondisi mental yang berubah dimana seseorang yang mengalami ini tidak mengetahui waktu atau tempat mereka berada di saat itu, bahkan bisa saja tidak mengenal dirinya sendiri.

- 2) *Amnesia post traumatic* adalah tahap pemulihan setelah cedera otak traumatis (TBI) ketika seseorang muncul kehilangan kesadaran atau koma.
 - 3) Sakit kepala atau nyeri dikepala, yang bisa muncul secara bertahap atau mendadak.
 - 4) Mual dan muntah, mual adalah perasaan ingin muntah, tetapi tidak mengeluarkan isi perut, sedangkan muntah adalah kondisi perut yang tidak dapat dikontrol sehingga menyebabkan perut mengeluarkan isinya secara paksa melalui mulut.
 - 5) Gangguan pendengaran adalah suatu keadaan yang umumnya disebabkan oleh faktor usia atau sering terpapar suara yang nyaring atau keras.
- b. Cedera kepala sedang – berat
- 1) Edema pulmonal atau yang biasa disebut edema paru adalah suatu saat terjadi penumpukan cairan diparu-paru yang dapat mengganggu fungsi paru-paru. Biasanya ditandai dengan gejala sulit bernafas.
 - 2) Kejang infeksi adalah kejang yang disebabkan oleh infeksi kuman didalam saraf pusat.
 - 3) Tanda herniasi otak, herniasi otak adalah kondisi ketika jaringan otak dan cairan otak bergeser dari posisi normalnya. Kondisi ini dipicu oleh pembengkakan otak akibat cedera kepala, stroke, atau tremor otak.
 - 4) Hemiparese adalah kondisi ketika salah satu sisi tubuh mengalami kelemahan yang dapat mempengaruhi lengan, kaki, dan otot wajah sehingga sulit untuk digerakkan.

6. Pathway Traumatic Brain Injury

Gambar 2.1 Pathway



Sumber : (Mawarni, 2020).

7. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Aditya et al., (2022) :

- a. *CT Scan* (tanpa dengan kontras) Pemeriksaan ini merupakan metode diagnostik standar terpilih (*gold standard*) untuk kasus cedera kepala mengingat. selain prosedur ini tidak invasif (sehingga aman), juga memiliki kehandalan yang tinggi. Dalam hal ini dapat diperoleh informasi yang lebih jelas tentang lokasi dan adanya perdarahan intracranial, edema, kontusi, udara, benda asing intracranial, serta pergeseran struktur didalam rongga tengkorak.
- b. *MRI (Magnetic Resonance Imaging)*: MRI memiliki keunggulan untuk melihat perdarahan kronis maupun kerusakan otak yang kronis. Dalam hal ini MRI T2 mampu menunjukkan gambaran yang lebih jelas terutama untuk memberi identifikasi yang lebih jelas lesi hipodens pada CT Scan atau lesi yang sulit dibedakan densitasnya dengan korteks.
- c. Angiografi Serebral pemeriksaan ini cenderung lebih bermanfaat untuk memperkirakan diagnosis adanya suatu hematoma/perdarahan intrakranial beserta penanganannya, khususnya dimana belum tersedianya sarana sken. computer tomografi otak. Pada prinsipnya ditujukan untuk menunjukkan adanya pergeseran pembuluh-pembuluh darah serebral besar dan lokasi zona (avaskuler) suatu hematoma. massa supratentorial biasanya menampilkan pergeseran arteri serebri anterior dan vena serebri interna. Walaupun pergeseran ini tidak dapat membedakan tampilan adanya suatu edema atau suatu hematoma, comk ini dapat membantu menentukan lokasinya.
- d. Foto Polos Tengkorak (*Skull X-ray*) mengingat bahwa hanya sedikit informasi yang didapat dari pemeriksaan ini yang dapat mengubah alternative pengobatan yang diberikan pada penderita cedera kepala, maka pemeriksaan ini sudah mulai ditinggalkan dengan pemeriksaan penunjang yang lebih canggih seperti *CT-Scan* atau MRI.

Informasi yang bisa kita dapatkan dari hasil pemeriksaan ini adalah:

- 1) Fraktur tulang kepala, diharapkan dapat diperoleh informasi tentang lokasi dan tipe fraktu, baik bentuk linier, stelata atau depresi.
- 2) Adanya benda asing
- 3) *Pneumocephalus* (udara yang masuk ke rongga tengkorak)
- 4) Brain shift, kalau kebetulan ada kasifikasi kelenjar pineal.

8. Penatalaksanaan

Menurut Fauziyah, (2022), penatalaksanaan terapi pasien dengan trauma kepala adalah sebagai berikut:

- a. Observasi 24 jam
- b. Jika pasien masih muntah sementara dipuaskan terlebih dahulu.
- c. Berikan terapi intravena bila ada indikasi.
- d. Pasien diistirahatkan atau tirah baring.
- e. Profilaksis diberikan bila ada indikasi.
- f. Pemberian obat-obat untuk vaskulasisasi.
- g. Pemberian obat-obat analgetik.
- h. Pembedahan bila ada indikasi.

Prioritas untuk pasien dengan TBI berat adalah dengan menggunakan pendekatan perlangkah dan mencakup langkah-langkah berikut ini :

- 1) Amankan jalan napas dengan intubasi dan ventilasi dengan cepat dan berurutan, terutama jika terdapat agitasi dan perilaku melawan.
- 2) Petahankan tekanan darah sistolik >90 mmHg dengan memberikan cairan dan produk darah karena pasien trauma cenderung akan mengalami cedera lain.
- 3) Bagian agens yang telah diresepkan (misalnya, monitol atau salin hipertonic) untuk mengurangi pembengkakan otak dan TIK.
- 4) Berikan profilaksis kejang (benzodiazepine aksi cepat seperti lorazepam atau diazepam) sesuai yang diresepkan.

Cedera otak traumatik ringan hingga sedang memerlukan pemantauan ketat untuk mendeteksi perburukan yang dapat terjadi pada cedera sekunder.

- 1) Pengkajian selalu menjadi fase yang utama dalam pengkajian keperawatan, dan pengkajian "saraf" yang menjadi prioritas adalah tingkat kesadaran.
- 2) Lakukan pemeriksaan neurologi secara berkala (biasanya tiap dua jam): pupil, refleks, tanda-tanda vital, dan tingkat kesadaran.
- 3) Hitung dan catat nilai GCS pada setiap pemeriksaan neurologi.
- 4) Selain observasi nilai GCS, juga harus memperhatikan adanya perubahan perilaku atau perubahan kognisi.
- 5) Rentang perhatian, konsentrasi dan memori dapat dipantau dengan percakapan selama lima menit saat memeriksa tanda-tanda vital.
- 6) Ajukan pertanyaan yang dapat mengevaluasi adanya perubahan gaya bicara dan bahasa pasien.
- 7) Efek, suasana hati dan perilaku harus diperhatikan pada setiap pemeriksaan saraf yang telah dijadwalkan.
- 8) TBI berat akan memerlukan pemantauan tekanan intracranial dalam tatanan perawatan intensif.
- 9) Risiko infeksi akibat pemantauan TIK (kateter ventrikel atau skrup subaraknoid) memerlukan balutan kering dan sambungan yang ketat setiap waktu.
- 10) Tekanan perfusi serebral (*cerebral perfusion pressure (CPP)*) dihitung dengan mengurangi TIK dari tekanan arteri rata-rata (mean arterial pressure (MAP)).
- 11) Setiap *drainase* dari telinga, hidung atau balutan disekitar kepala diperiksa untuk melihat adanya glukosa guna mengidentifikasi adanya cairan *cerebrospinal*.

B. Tinjauan Pustaka *Message Effleurage* dengan *Virgin Coconut Oil*

1. Pengertian

Message effleurage merupakan teknik yang dilakukan dengan cara menggosok. *Message effleurage* memiliki pengaruh untuk memperlancar sirkulasi darah, maka dari itu pasokan oksigen dapat terpenuhi untuk mencegah terjadinya decubitus. *Virgin coconut oil* merupakan produk olahan dari daging kelapa yang berupa cairan berwarna jernih, tidak berasa, dengan aroma khas kelapa (Santosa et al., 2020). *Virgin Coconut Oil* (VCO) atau minyak kepala murni dibuat melalui beberapa tahap yaitu:

Membuat santan, parut kelapa dan peras dengan air bersih dalam perbandingan 2:1. Setelah itu memisahkan krim dan skim, diamkan santan selama 2 jam atau lebih untuk memisahkan krim dan skim. Krim berada dibagian atas karena lebih ringan dari skim. Memisahkan minyak dan blondo, panaskan krim pada suhu 80-100°C selama 3 jam sampai terbentuk minyak dan blondo (ampas santan) pisahkan minyak dan blondo (ampas santan). Memperoleh minyak murni, panaskan kembali minyak yang belum matang pada suhu 80-100°C, sampai berwarna bening. Memasukkan kedalam botol, dinginkan minyak yang sudah bening, lalu saring sebanyak 3-4 kali menggunakan kertas saring. Setelah itu kemas minyak ke dalam botol (Emilia et al., 2021).

Pelaksanaan *message effleurage* dengan menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO) dilakukan setelah mandi setiap pagi dan sore hari. *Message effleurage* dengan menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO) dilakukan selama 4-5 menit dalam kurun waktu 3 hari (Rahmawati & Supadmi, 2023). *Message effleurage* dengan menggunakan *virgin coconut oil* dapat menjadi suatu bentuk intervensi perawatan yang dapat membantu menjaga hidrasi kulit dan meningkatkan sirkulasi darah pada pasien yang tidak dapat bergerak atau tirah baring (Az Zahra et al., 2023).

2. Manfaat *Virgin Coconut Oil*

Virgin coconut oil merupakan minyak kelapa murni yang diperoleh dari santan buah kelapa segar yang tidak dipanaskan dan tidak dicampur dengan bahan apapun. *Virgin coconut oil* bermanfaat untuk melembutkan dan memberikan nutrisi pada kulit, meningkatkan kekebalan tubuh, meningkatkan kesehatan pencernaan, melembabkan kulit dan rambut. Pada *virgin coconut oil* terdapat kandungan 92% asam lemak jenuh didalamnya yang terdiri dari 48-53% asam laurat, 7% asam kaprat dan 1,5-2,5% asam oleat yang berfungsi membuat kulit menjadi halus dan lembut (Darmareja et al., 2020).

Virgin coconut oil memiliki unsur sebagai antioksidan dan vitamin E, kandungan asam lemak dalam VCO masih dapat dipertahankan sehingga dapat digunakan sebagai pelindung kulit akan mampu melembutkan kulit. Pelembab yang terbuat dari minyak kelapa murni cepat membangun hambatan mikroba dan asam alami dengan demikian memakai minyak kelapa murni setelah mandi akan bermanfaat bagi kesehatan kulit dengan meningkatkan atau mempertahankan toleransi jaringan yang diharapkan. (Santiko & Faidah, 2020).

3. Tujuan *Message Effleurage* dengan *Virgin Coconut Oil*

Untuk mencegah terjadinya luka tekan pada pasien yang mengalami imobilitas, tindakan pijat perlahan yang menggunakan minyak kelapa murni (VCO) dapat dilakukan. Dengan terapi *message effleurage* menggunakan *Virgin Coconut Oil* ini dipilih karena dipercaya dapat memberikan banyak manfaat diantaranya membantu mencegah infeksi virus, meningkatkan sistem kekebalan tubuh, membuat kulit tetap halus dan terasa lembut, mengurangi kecemasan memperbaiki kualitas tidur, dan terapi ini juga mudah dalam penerapannya di rumah sakit maupun dirumah dan memiliki pengaruh untuk mencegah terjadinya luka tekan. Perawatan luka tekan grade I dan II dengan *Virgin Coconut Oil* (VCO) di duga efektif sebab minyak ini mudah diserap oleh kulit dan

mengandung zat-zat untuk mempercepat regenerasi jaringan (Prastiwi et al., 2021).

Menurut Astuti et al., (2023), *message* merupakan intervensi keperawatan yang dapat diberikan kepada pasien imobilisasi untuk menjaga hidrasi kulit dalam batas wajar. Terapi pijat (*message*) pijat bertujuan supaya melembabkan kulit, sehingga bisa terdapat gesekan karena tekanan, tidak menyebabkan kulit terluka dan merupakan upaya penyembuhan yang aman, efektif, dan tanpa efek samping, sedangkan manfaat dari VCO itu sendiri adalah sebagai pelumas saat *message*, sebagai pelembab kulit agar tidak kering, dan sebagai anti mikroba yang mampu menjaga kesehatan kulit karena kandungan vitamin E yang tinggi, sehingga terapi *message* dengan *Virgin Coconut Oil* (VCO) mampu menurunkan risiko luka tekan atau decubitus.

C. Tinjauan Pustaka Konsep Skala Braden

1. Pengertian

Skala braden merupakan satu jenis skala atau metode yang digunakan dalam menilai resiko terjadinya luka tekan pada pasien dengan tirah baring lama. Dalam skala braden terdapat 6 (enam) subskala untuk menentukan tingkatan resiko terjadinya luka tekan, subskala tersebut antara lain adalah persepsi sensorik, kelembaban, aktivitas, mobilitas, nutrisi, dan gesekan. Jumlah skor skala braden ada 3 yaitu resiko tinggi (< 11), resiko sedang (12-14), resiko rendah (15-16) pada usia dibawah 60 tahun, (15-18) pada usia diatas 60 tahun (Ukhtul Izzah, 2022).

2. Tujuan

Skala braden dapat membantu profesional kesehatan, terutama perawat dalam menilai dan mengidentifikasi pasien yang beresiko terjadi luka tekan atau decubitus (Ukhtul Izzah, 2022).

3. Pelaksanaan

Pelaksanaan penialaian skor skala braden yang dilakukan oleh Ukhtul Izzah, (2022) :

- a. Berikan informasi tentang tindakan yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarganya
- b. Lakukan cuci tangan menggunakan hand rub
- c. Lakukan pengakjian resiko luka tekan menggunakan skala braden dengan cara :
 - 1) Kolom nama pasien diisi dengan nama lengkap pasien
 - 2) Kolom No. Medikal record diisi dengan No. Medikal record milik pasien
 - 3) Kolom tanggal diisi dengan tanggal dilakukannya pengkajian resiko luka tekan
 - 4) Kolom Skor pada karakteristik Persepsi sensori diisi dengan angka 1-4 sesuai dengan hasil penilaian resiko pasien dengan ketentuan :
 - a) Skor 1 jika pasien tidak dapat merasakan respon terhadap stimulus nyeri, dan pasien mengalami penurunan kesadaran
 - b) Skor 2 jika pasien mengalami gangguan sensori pada bagian $\frac{1}{2}$ permukaan tubuh atau hanya berespon pada stimulus nyeri
 - c) Skor 3 jika pasien mengalami gangguan sensori pada 1 atau 2 ekstremitas atau berespon pada perintah verbal tapi tidak selalu mampu mengatakan ketidaknyamanan
 - d) Skor 4 jika tidak ada gangguan sensori, berespon penuh terhadap perintah verbal
 - 5) Kolom skor pada karakteristik Kelembaban diisi dengan angka 1-4 sesuai dengan hasil penilaian resiko pasien dengan ketentuan :
 - a) Skor 1 jika pasien selalu terpapar oleh keringat atau urine basah
 - b) Skor 2 jika kondisi kulit pasien sangat lembab
 - c) Skor 3 jika kondisi kulit pasien kadang lembab
 - d) Skor 4 jika kondisi kulit pasien kulit kering

- 6) Kolom skor pada karakteristik Aktivitas diisi dengan angka 1-4 sesuai dengan hasil penilaian resiko pasien dengan ketentuan :
 - a) Skor 1 jika pasien berbaring ditempat tidur
 - b) Skor 2 jika pasien tidak bisa berjalan
 - c) Skor 3 jika pasien berjalan dengan atau tanpa bantuan
 - d) Skor 4 jika pasien dapat berjalan sekitar ruangan
- 7) Kolom skor pada karakteristik Mobilitas diisi dengan angka 1-4 sesuai dengan hasil penilaian resiko pasien dengan ketentuan :
 - a) Skor 1 jika pasien tidak mampu bergerak
 - b) Skor 2 jika pasien tidak dapat merubah posisi secara tepat dan teratur
 - c) Skor 3 jika pasien dapat membuat perubahan posisi tubuh atau ekstremitas dengan mandiri
 - d) Skor 4 jika pasien dapat membuat perubahan posisi tubuh atau ekstremitas dengan mandiri
- 8) Kolom skor pada karakteristik Nutrisi diisi dengan angka 1-4 sesuai dengan hasil penilaian resiko pasien dengan ketentuan :
 - a) Skor 1 jika pasien tidak dapat menghabiskan 1/3 porsi makannya, sedikit minum, puasa atau minum air putih, atau mendapat infus lebih dari 5 hari
 - b) Skor 2 jika pasien jarang mampu menghabiskan 1/2 porsi makannya atau intake cairan kurang dari jumlah optimum
 - c) Skor 3 jika pasien mampu menghabiskan lebih dari 1/2 porsi makannya
 - d) Skor 4 jika pasien dapat menghabiskan porsi makannya, tidak memerlukan suplemen nutrisi
- 9) Kolom skor pada karakteristik Gesekan diisi dengan angka 1-3 sesuai dengan hasil penilaian resiko pasien dengan ketentuan :
 - a) Skor 1 jika pasien tidak mampu mengangkat badannya sendiri, atau spastik, kontraktur atau gelisah

- b) Skor 2 jika pasien membutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya
 - c) Skor 3 jika pasien membutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya
- 10) Kolom total skor diisi dengan menjumlahkan skor dari karakteristik Persepsi sensori sampai dengan karakteristik Gesekan dengan skor terendah 6 dan skor tertinggi 23
- d. Analisa skor skala braden yang didapat dengan kriteria :
- 1) Resiko tinggi jika skor < 11
 - 2) Resiko sedang jika skor 12-14
 - 3) Resiko rendah jika skor 15-16 pada usia dibawah 60 tahun
 - 4) Resiko rendah jika skor 15-18 pada usia diatas 60 tahun

D. Tinjauan Pustaka Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Menurut Awaliyani et al., (2021), pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Data yang dikumpulkan dalam pengkajian ini meliputi bio-psiko-sosio-spiritual. Dalam proses pengkajian ada 2 tahap yang perlu dilalui yaitu, pengumpulan data dan analisa data.

a. Pengumpulan data

Pada tahap ini merupakan kegiatan dalam menghimpun informasi (data-data) dari pasien yang meliputi unsur bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif secara lengkap dan relevan untuk mengenal pasien agar dapat memberi arah kepada tindakan keperawatan.

1) Identitas klien

Nama, umur, jenis kelamin, status perkawinan, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, alamat, nomor register.

2) Riwayat kesehatan

Keluhan utama : Nyeri yang luar biasa pada daerah panggul, serta tidak bisa digerakkan.

a) Riwayat kesehatan sekarang

Pasien mengatakan nyeri pada daerah perut bagian bawah yaitu pelvis atau panggul. Bisa mengalami pendarahan, laserasi, hematoma, demam.

b) Riwayat kesehatan dahulu

Apakah klien pernah mengalami operasi sebelumnya jika itu pasien lansia yang mengalami osteoporosis.

c) Riwayat kesehatan keluarga

Apakah anggota keluarga ada yang mengalami jenis penyakit yang sama.

3) Pola fungsional kesehatan menurut *Gordon*

a) Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat

Adakah ada kebiasaan merokok, penggunaan obat-obatan, alkohol dan kebiasaan olahraga (lama frekuensinya), karena dapat mempengaruhi lamanya penyembuhan luka.

b) Pola nutrisi dan metabolisme

Klien biasanya akan mengalami gangguan pemenuhan nutrisi akibat nyeri akut yang luar biasa dirasakan.

c) Pola eliminasi

Pada pola eliminasi urine akibat penurunan daya kontraksi kandung kemih, rasa nyeri atau karena tidak biasa BAK ditempat tidur akan mempengaruhi pola eliminasi urine. Pola eliminasi alvi akan mengalami gangguan yang sifatnya sementara karena pengaruh anestesi sehingga terjadi penurunan fungsi.

d) Pola aktifitas

Pola aktivitas dipengaruhi oleh keadaan dan malas bergerak karena rasa nyeri, aktifitas biasanya terbatas karena harus bedrest berapa waktu lamanya setelah pembedahan atau

karena adanya hambatan mobilisasi yang mana pasien fraktur pelvis akan sangat sulit bergerak.

e) Pola sensorik dan kognitif

Ada tidaknya gangguan sensorik nyeri, penglihatan serta pendengaran, kemampuan berfikir, mengingat masa lalu, orientasi terhadap orang tua, waktu dan tempat.

f) Pola tidur dan istirahat

Insisi pembedahan dapat menimbulkan nyeri yang sangat sehingga dapat mengganggu kenyamanan pola tidur klien.

g) Pola persepsi dan konsep diri

Penderita menjadi ketergantungan dengan adanya kebiasaan gerak segala kebutuhan harus dibantu. Klien mengalami kecemasan tentang keadaan dirinya sehingga penderita mengalami emosi yang tidak stabil.

h) Pola hubungan

Dengan keterbatasan gerak kemungkinan penderita tidak bisa melakukan peran baik dalam keluarganya dan dalam masyarakat. penderita mengalami emosi yang tidak stabil.

i) Pola reproduksi seksual

Adanya larangan untuk berhubungan seksual setelah pembedahan selama beberapa waktu.

j) Pola penanggulangan stress

Sebelum MRS: klien kalau setres mengalihkan pada hal lain.

Sesudah MRS: klien kalau stress murung sendiri, menutup diri

k) Pola tata nilai dan kepercayaan

Sebelum MRS: klien rutin beribadah, dan tepat waktu.

Sesudah MRS: klien biasanya tidak tepat waktu beribadah.

4) Pemeriksaan fisik ROS (*Review Of System*)

- a) Keadaan umum kesadaran, wajah tampak menyeringai, konjungtiva anemis.
 - b) Sistem kardiovaskuler umumnya normal apabila tidak ada penyakit terdahulu.
 - c) Sistem respirasi: frekuensi nafas normal (16-20x/menit), dada simetris, ada tidaknya sumbatan jalan nafas, tidak ada gerakan cuping hidung, tidak terpasang O₂, tidak ada ronchi, whezing, stridor apabila tidak mengalami syok respiratori.
 - d) Sistem hematologi: terjadi peningkatan leukosit yang merupakan tanda adanya infeksi dan pendarahan akibat trauma langsung.
 - e) Sistem urogenital ada ketegangan kandung kemih dan keluhan sakit pinggang serta tidak bisa mengeluarkan urin secara lancar karena adanya trauma.
 - f) Sistem muskuloskeletal ada kesulitan dalam pergerakan karena fraktur serta distensi otot yang terjadi.
 - g) Sistem Integumen terdapat oedema pada daerah fraktur, hamatom, turgor kulit menurun, sianosis, pucat.
 - h) Abdomen: terdapat nyeri berat tiba-tiba pada saat cedera (mungkin terlokalisasi pada ara jaringan/kerusakan tulang yaitu pada bagian perut bawah; dapat berkurang pada imobilisasi), ada nyeri akibat kerusakan saraf.
- 5) Pemeriksaan diagnostik
- a) Radiografi: skrining test dasar dan mampu menggambarkan 90% cedera pelvis.
 - b) CT-Scan: sebagai tes untuk menegaskan adanya dislokasi panggul yang terkait dengan fraktur acetabular.
 - c) MRI: dapat mengidentifikasi lebih jelas adanya fraktur pelvis.

- d) Ultrasonografi, sebagai bagian dari *The Focused Assessment With Sonography For Trauma* (FAST), pemeriksaan pelvis seharusnya divisualisasikan untuk menilai adanya pendarahan/cairan intrapelvic. Namun, studi terbaru menyatakan ultrasonografi memiliki sensitivitas yang lebih rendah untuk mengidentifikasi hemoperitoneum pada pasien dengan fraktur pelvis. Oleh karena itu, perlu diingat bahwa, meskipun nilai prediksi positif mencatat hemoperitoneum sebagai bagian dari pemeriksaan *FAST* yang baik, keputusan terapeutik menggunakan *FAST* sebagai pemeriksaan skrining mungkin terbatas.
- e) *Cystography*, Pemeriksaan ini dilakukan pada pasien dengan hematuria dan uretra utuh.

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan, sangat perlu untuk didokumentasikan dengan baik. Diagnosis keperawatan yang bisa muncul sebagai berikut, berdasarkan (PPNI, 2018a) :

- a. Penurunan kapasitas adaptif intracranial (D.0066)
- b. Nyeri akut (D.0077)
- c. Gangguan mobilitas fisik (D.0054)
- d. Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129)
- e. Risiko infeksi (D.0142)
- f. Bersihan jalan tidak efektif (D.0001)

3. Intervensi keperawatan

Intervensi tergantung pada pengetahuan dan penilaian klinis perawat. seorang perawat menggunakan intervensi perawatan untuk membantu mencapai tujuan yang sudah ditentukan dan sesuai kebutuhannya berdasarkan diagnosis keperawatan (PPNI, 2018).

Tabel 2.2 Rencana Keperawatan

No.	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
		Tujuan/Kriteria hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	<p>Penurunan kapasitas adaptif intracranial b.d edema serebral (akibat cedera kepala, hemaoma subdural) (D.0066), dibuktikan dengan :</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif :</p> <p>1) Sakit kepala</p> <p>Objektif :</p> <p>1) Tekanan darah meningkat dengan tekanan nadi (<i>pulse pressure</i>) melebar</p> <p>2) Bradikardia</p> <p>3) Pola napas irregular</p> <p>4) Tingkat kesadaran menurun</p> <p>5) Respon pupil melambat atau tidak sama</p> <p>6) Refleks neurologis terganggu</p> <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif :</p> <p>(tidak tersedia)</p> <p>Objektif :</p> <p>1) Gelisah</p> <p>2) Agitasi</p> <p>3) Muntah (tanpa disertai mual)</p> <p>4) Tampak lesu/lemah</p> <p>5) Fungsi kognitif terganggu</p> <p>6) Tekanan intracranial (TIK) ≥ 20 mmHg</p> <p>7) Papiledema</p> <p>8) Postur deserebrasi (ektensi)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kapasitas adaptif intrakranial (L.06049), dengan kriteria hasil :</p> <p>1) Tingkat kesadaran meningkat</p> <p>2) Fungsi kognitif meningkat</p> <p>3) Sakit kepala menurun</p> <p>4) Gelisah menurun</p> <p>5) Agitasi menurun</p> <p>6) Muntah menurun</p> <p>7) Postur deserebrasi (ektensi)</p> <p>8) Papiledema</p> <p>9) Tekanan darah membaik</p> <p>10) Tekanan nadi membaik</p> <p>11) Bradikardia membaik</p> <p>12) Pola napas membaik</p> <p>13) Respon pupil membaik</p> <p>14) Refleks neurologis membaik</p> <p>15) Tekanan intracranial membaik</p>	<p>Manajemen peningkatan intrakranial (I.06194)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi :</p> <p>1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK</p> <p>2) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK</p> <p>3) Monitor MAP</p> <p>4) Monitor CVP, jika perlu</p> <p>5) Monitor PAWP, jika perlu</p> <p>6) Monitor PAP, jika perlu</p> <p>7) Monitor ICP, jika perlu</p> <p>8) Monitor CPP, jika perlu</p> <p>9) Monitor gelombang ICP</p> <p>10) Monitor status pernapasan</p> <p>11) Monitor intake dan output cairan</p> <p>12) Monitor cairan serebrospinalis</p> <p>Terapeutik</p> <p>1) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</p> <p>2) Berikan posisi semi fowler</p> <p>3) Hindari manuver valsava</p> <p>4) Cegah terjadinya kejang</p> <p>5) Hindari penggunaan PEEP</p> <p>6) Hindari pemberian cairan IV hipotonik</p>

			<p>7) Atur ventilator agar PaCO₂</p> <p>8) Pertahankan suhu tubuh normal</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu</p> <p>2) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu</p> <p>3) Kolaborasi pemberian penunak tinja, jika perlu</p>
2.	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi, trauma) (D.0077), dibuktikan dengan :</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor Subjektif :</p> <p>1) Mengeluh nyeri</p> <p>Objektif :</p> <p>1) Tampak meringis</p> <p>2) Bersikap protektif (mis.waspada, posisi menghindari nyeri)</p> <p>3) Gelisah</p> <p>4) Frekuensi nadi meningkat</p> <p>5) Sulit tidur</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor Subjektif :</p> <p>(tidak tersedia)</p> <p>Objektif :</p> <p>1) Tekanan darah meningkat</p> <p>2) Pola napas berubah</p> <p>3) Nafsu makan berubah</p> <p>4) Proses berpikir terganggu</p> <p>5) Menarik diri</p> <p>6) Berfokus pada diri sendiri</p> <p>7) Diaphoresis</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066), dengan kriteria hasil :</p> <p>1) Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat</p> <p>2) Keluhan nyeri menurun</p> <p>3) Meringis menurun</p> <p>4) Sikap protektif menurun</p> <p>5) Gelisah menurun</p> <p>6) Kesulitan tidur menurun</p> <p>7) Menarik diri menurun</p> <p>8) Berfokus pada diri sendiri menurun</p> <p>9) Diaphoresis menurun</p> <p>10) Perasaan depresi (terterkan) menurun</p> <p>11) Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun</p> <p>12) Anoreksia menurun</p> <p>13) Perineum terasa tertekan menurun</p> <p>14) Uterus terasa membulat menurun</p> <p>15) Ketegangan otot menurun</p>	<p>Manajemen nyeri (I.08238)</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <p>1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas dan intensitas nyeri.</p> <p>2) Identifikasi skala nyeri</p> <p>3) Identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p> <p>6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</p> <p>7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>9) Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik</p> <p>1) Berikan teknik non farmakologis untuk</p>

		<p>16) Pupil dilatasi menurun</p> <p>17) Muntah menurun</p> <p>18) Mual menurun</p> <p>19) Frekuensi nadi membaik</p> <p>20) Pola napas membaik</p> <p>21) Tekanan darah membaik</p> <p>22) Proses berpikir membaik</p> <p>23) Fokus membaik</p> <p>24) Fungsi berkemih membaik</p> <p>25) Perilaku membaik</p> <p>26) Nafsu makan membaik</p> <p>27) Pola tidur membaik</p>	<p>mengurangi rasa nyeri (mis, TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <p>2) Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>3) Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>1) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p> <p>2) Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>3) Anjurkan monitor nyeri secara mandiri</p> <p>4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>5) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.</p>
3.	<p>Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan musculoskeletal (D.0054), dibuktikan dengan :</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif :</p> <p>1) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas</p> <p>Objektif :</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>1) Pergerakan ekstremitas</p>	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <p>1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.</p> <p>2) Identifikasi toleransi</p>

	<p>1) Kekuatan otot menurun 2) Rentang gerak (ROM) menurun</p> <p>Gejala dan Tanda Minor Subjektif :</p> <p>1) Nyeri saat bergerak 2) Enggan melakukan pergerakan 3) Merasa cemas saat bergerak</p> <p>Objektif</p> <p>1) Sendi kaku 2) Gerakan tidak terkoordinasi 3) Gerakan terbatas 4) Fisik lemah</p>	<p>meningkat</p> <p>2) Kekuatan otot meningkat</p> <p>3) Rentang gerak (ROM) meningkat</p> <p>4) Nyeri menurun</p> <p>5) Kaku sendi menurun</p> <p>6) Gerakan tidak terkoordinasi menurun</p> <p>7) Gerakan terbatas menurun</p> <p>8) Kelemahan fisik menurun</p>	<p>fisik melakukan pergerakan</p> <p>3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi.</p> <p>4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi.</p> <p>Terapeutik</p> <p>1) Fasilitasi aktivitas melakukan mobilisasi dengan alat bantu</p> <p>2) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</p> <p>3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi</p> <p>1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>3) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan.</p>
4.	<p>Risiko gangguan integritas kulit/jaringan d.d faktor risiko penurunan mobilitas, kelembaban, penekanan pada tonjolan tulang (D.0139), dibuktikan dengan :</p> <p>Faktor Risiko</p> <p>1) Perubahan sirkulasi 2) Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan) 3) Kekurangan/kelebihan volume cairan 4) Penurunan mobilitas 5) Bahan kimia iritatif 6) Suhu lingkungan yang ekstrem 7) Faktor mekanis (mis, penekanan, gesekan) atau</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat (L.14125), dengan kriteria hasil :</p> <p>1) Elastisitas meningkat 2) Hidrasi meningkat 3) Perfusi jaringan meningkat 4) Kerusakan jaringan menurun. 5) Kerusakan lapisan kulit menurun 6) Nyeri menurun 7) Perdarahan menurun 8) Hematoma menurun 9) Pigmentasi abnormal menurun</p>	<p>Perawatan integritas kulit (L.11353)</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <p>1) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis, perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas)</p> <p>Terapeutik</p> <p>1) Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring</p> <p>2) Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu</p>

	<p>faktor elektrik (elektrodiatermi, energy listrik bertegangan tinggi)</p> <p>8) Terapi radiasi 9) Kelembaban 10) Proses penuaan 11) Neuropati perifer 12) Perubahan pigmentasi 13) Perubahan hormonal 14) Penekanan pada tonjolan tulang 15) Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan</p>	<p>10) Jaringan parut menurun 11) Nekrosis menurun 12) Abrasi kornea menurun 13) Suhu kulit membaik 14) Sensasi membaik 15) Tekstur membaik 16) Pertumbuhan rambut membaik</p>	<p>3) Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare 4) Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 5) Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensisitif 6) Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering</p> <p>Edukasi</p> <p>1) Anjurkan menggunakan pelembab (mis, lotion, serum) 2) Anjurkan minum air yang cukup 3) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4) Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 5) Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem 6) Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah 7) Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya</p>
5.	<p>Risiko infeksi d.d faktor risiko ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (D.0142), dibuktikan dengan :</p> <p>Faktor Risiko :</p> <p>1) Penyakit kronis (mis. diabetes melitus) 2) Efek prosedur invasif</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil :</p> <p>1) Kebersihan tangan meningkat 2) Kebersihan badan</p>	<p>Pencegahan infeksi Tindakan : Observasi 1) Monitor tanda dan gejala. Terapeutik 1) Batasi jumlah pengunjung.</p>

	<p>3) Malnutrisi</p> <p>4) Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan</p> <p>5) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer</p> <p>a) Gangguan peristaltik</p> <p>b) Kerusakan integritas kulit</p> <p>c) Perubahan sekresi Ph</p> <p>d) Penurunan kerja siliaris</p> <p>e) Ketuban pecah lama</p> <p>f) Ketuban pecah sebelum waktunya</p> <p>g) Merokok</p> <p>h) Statis cairan tubuh</p> <p>6) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder :</p> <p>a) Penurunan hemoglobin</p> <p>b) Imunosupresi</p> <p>c) Leukopenia</p> <p>d) Supresi respon inflamasi</p> <p>e) Vaksinasi tidak adekuat</p>	<p>meningkat</p> <p>3) Nafsu makan meningkat</p> <p>4) Demam menurun</p> <p>5) Kemerahan menurun</p> <p>6) Nyeri menurun</p> <p>7) Bengkak menurun</p> <p>8) Vesikel menurun</p> <p>9) Cairan berbau busuk menurun</p> <p>10) Sputum berwarna hijau menurun</p> <p>11) Drainase purulen menurun</p> <p>12) Piuria menurun</p> <p>13) Periode malaise menurun</p> <p>14) Periode mengigil menurun</p> <p>15) Letargi menurun</p> <p>16) Gangguan kognitif menurun</p> <p>17) Kadar sel darah putih membaik</p> <p>18) Kultur darah membaik</p> <p>19) Kultur urine membaik</p> <p>20) Kultur sputum membaik</p> <p>21) Kultur area luka membaik</p> <p>22) Kultur feses membaik</p> <p>23) Kadar sel darah putih membaik</p>	<p>2) Berikan perawatan kulit pada area edema</p> <p>3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontrak dengan pasien dan lingkungan pasien.</p> <p>4) Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi.</p> <p>Edukasi</p> <p>1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi.</p> <p>2) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.</p> <p>3) Ajarkan etika batuk.</p> <p>4) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi.</p> <p>5) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.</p> <p>6) Anjurkan meningkatkan asupan cairan.</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1) Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu.</p>
6.	<p>Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan (D.0001), dibuktikan dengan ;</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif : (tidak tersedia)</p> <p>Objektif :</p> <p>1) Batuk tidak efektif atau tidak mampu batuk</p> <p>2) Sputum berlebih/obstruksi di jalan napas (pada</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>1) Batuk efektif meningkat</p> <p>2) Produksi sputum menurun</p> <p>3) Mengi menurun</p> <p>4) Wheezing menurun</p>	<p>Manajemen jalan napas (I.01011)</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <p>1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>2) Monitor bunyi napas tambahan (mis, gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)</p>

	<p>neonates)</p> <p>3) Mengi, wheezing dan/atau ronkhi kering</p> <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif :</p> <p>1) Dispnea</p> <p>2) Sulit bicara</p> <p>3) Ortopnea</p> <p>Objektif :</p> <p>1) Gelisah</p> <p>2) Sianosis</p> <p>3) Bunyi napas menurun</p> <p>4) Frekuensi napas berubah</p> <p>5) Pola napas berubah</p>	<p>5) Dispnea menurun</p> <p>6) Ortopnea menurun</p> <p>7) Sulit bicara menurun</p> <p>8) Sianosis menurun</p> <p>9) Gelisah menurun</p> <p>10) Frekuensi napas membaik</p> <p>11) Pola napas membaik</p>	<p>3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)</p> <p>Terapeutik</p> <p>1) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma cervical)</p> <p>2) Posisikan semi fowler atau fowler</p> <p>3) Berikan minum hangat</p> <p>4) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu</p> <p>5) Lakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik</p> <p>6) Lakukan hiperoksigenasi sebelum pengisapan endotrakeal</p> <p>7) Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill</p> <p>8) Berikan oksigen, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>1) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi</p> <p>2) Ajarkan teknik batuk efektif</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.</p>
--	---	---	---

4. Implementasi

Implementasi merupakan tindakan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah dibuat tergantung dari situasi dan kondisi pasien pada saat itu (Sinantawati, 2020). Tujuan dari implementasi adalah :

- a. Melakukan membantu dan mengkoordinasikan penyajian latihan-latihan eksistensi sehari-hari
- b. Memberikan arahan keperawatan untuk mencapai tujuan yang berfokus pada pasien
- c. Mencatat dan melakukan pertukaran data penting dengan perawatan medis pasien secara terus menerus.

5. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap terakhir dari proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari intervensi keperawatan yang tercapai atau tidak tercapai. Dalam menilai, seorang perawat harus memiliki ilmu pengetahuan dan mampu untuk memahami respon terhadap intervensi keperawatan, mampu untuk membuat kesimpulan tentang tujuan yang dicapai dan mampu untuk menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil (Sinantawati, 2020).

S (Subjektif) : Informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan

O (Objektif) : Informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.

A (Analisis) : Membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian atau tidak teratasi

P (Planning) : Rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan sesuai analisis data.

BAB III TINJAUAN KASUS

Unit : *Intensive Care Unit*
Ruang/Kamar : ICU/Bed 22
Tanggal Masuk RS : 20 Agustus 2024
Jam : 23.47
Tanggal Pengkajian : 17 September 2024
Waktu Pengkajian : 10.30
Autoanamnese :
Alloanamnese :

I. IDENTIFIKASI

A. Pasien

Nama : Tn. S
Umur : 46 tahun
Jenis kelamin : Laki-laki
Status Perkawinan : Menikah
Agama/suku : Islam/Bugis
Warga negara : Indonesia
Bahasa yang digunakan : Indonesia
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat rumah : Campaga
Dx Medik : *Traumatic Brain Injury (TBI)*

B. Penanggung Jawab

Nama : Ny. R
Alamat : Campaga
Hubungan dengan pasien : Istri

C. Riwayat Kesehatan

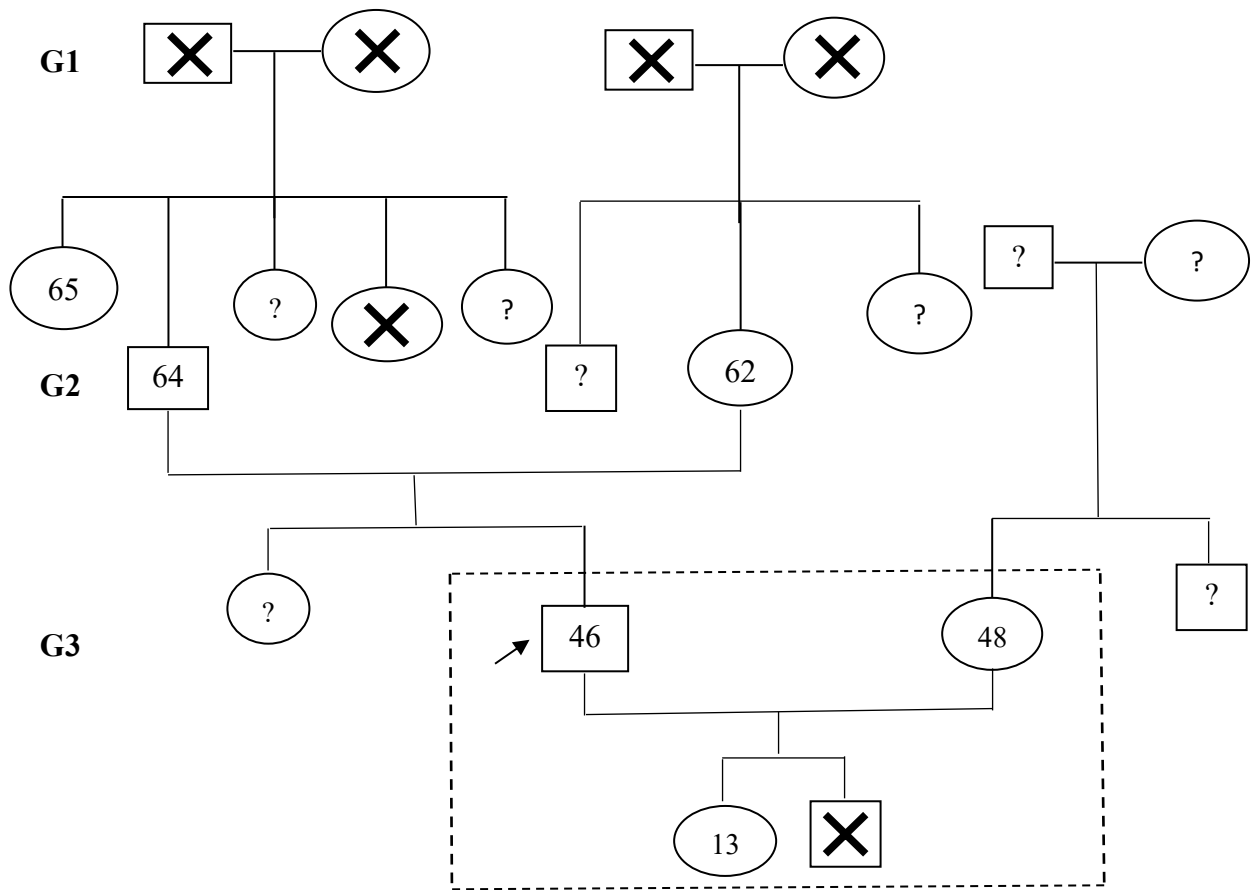
1. Keluhan utama : Penurunan kesadaran akibat kecelakaan
2. Riwayat kesehatan sekarang : Pasien saat ini sedang mengalami penurunan kesadaran akibat kecelakaan





tunggal dengan luka pada bagian kepala sebelah kanan saat ini pasien tidak dapat mengikuti perintah sederhana, pasien nampak tidak bisa menggerakkan ekstremitasnya secara bebas, pasien nampak lemah, nampak respon pupil pasien melambat, pasien nampak gelisah, nampak kekuatan otot pasien menurun, nampak rentang gerak pasien menurun, kulit pasien nampak kering dan bersisik, nampak adanya kemerahan pada bagian punggung dan pinggang belakang (Derajat I), nampak seluruh aktivitas pasien saat ini dibantu alat, perawat dan keluarga pasien, GCS pasien E : 3 M : 5 V_{ETT} (Delirium)

3. Riwayat kesehatan lalu : Maag
4. Riwayat kesehatan keluarga : Istri pasien mengatakan tidak ada keluarga yang mengalami kejadian seperti pasien.

D. Genogram

Gambar 3.1 Genogram Pasien



- Ket :  : Laki laki ? : Usia tidak di ketahui
 : Perempuan  : Satu rumah
 X : Meninggal
 : Pasien
 — : Garis keturunan

G1 : Kakek dan nenek pasien telah meninggal

G2 : Ayah pasien merupakan anak ke 2 dari 5 bersaudara dan ibu pasien merupakan anak ke 2 dari 3 bersaudara

G3 : Pasien merupakan anak ke 2 dari 2 bersaudara dan pasien di diagnosa penyakit *traumatic brain injury*.

II. PEMERIKSAAN FISIK

A. TANDA-TANDA VITAL

1. Kesadaran

Kualitatif : composmentis somnolen delirium
 soporocomatous koma

Kuantitatif : 8

Skala Coma Glasgow : - Respon motorik : 5
 - Respon bicara : -
 - Respon Membuka Mata : 3
 Kesimpulan : 8 Delirium

2. Tekanan Darah : 122/76 mmHg

MAP : 91 mmHg

3. Suhu : 37,8 °C Oral Axillar Rectal Ocipital

4. Pernapasan : Frekuensi 24 x/menit

Irama : reguler irreguler
 Jenis : dada perut

5. Nadi : 105 x/menit

B. ANTROPOMETRI

1. Lingkar lengan atas : 23,5 cm

2. Tinggi badan : 170 cm Berat badan : 72 kg

3. IMT (Indeks Masa Tubuh) : 21 kg/m²

Kesimpulan : Berat badan ideal

C. PEMERIKSAAN FISIK (*head to toe*)

1. Kepala

- bentuk kepala : nampak bulat oval dan nampak adanya luka *post op*
- kulit kepala : nampak berkentombe
- rambut : nampak rambut berwarna putih/beruban

2. Mata

- konjungtiva : nampak tidak anemis
- sklera : nampak putih, tidak ikterik
- kornea : nampak jernih dan bersih

3. Hidung

- kebersihan : nampak kotor terdapat bekas secret yang keluar dan mengering
- cuping hidung : nampak simetris kanan dan kiri

4. Telinga : nampak bersih tidak adanya serumen dan benjolan di sekitar telinga

5. Mulut

- rongga mulut : uvula berada ditengah, langit-langit atau pelatum bersih, gigi nampak bersih namun adanya karang gigi
- gusi : nampak berwarna pink, tidak ada benjolan atau luka
- gigi : nampak adanya gigi berlubang
- mukosa bibir : nampak bibir pecah-pecah dan adanya secret yang tertumpuk di leher

6. Leher : tidak nampak adanya pembesaran kelenjar tiroid, tidak terdapat pembekakan vena jugularis, nampak terpasang oksigen *tracheolife via endotracheal tube* (ETT), terdapat secret yang tertumpuk didalam tenggorokan dan kental

7. Thorax (Paru-paru)

- inspeksi : simetris kanan dan kiri, ekspansi dada kanan dan kiri sama atau sejajar, pola napas nampak irreguler, tidak ada benjolan pada dada
- palpasi : teraba vokal premitus atau getaran, tidak adanya nyeri
- perkusi : sonor dikedua lapang paru
- auskultasi : terdengar vesikuler pada ICS 2 mid clavikula dextra, dan tidak adanya suara tambahan

8. Jantung

- inspeksi : nampak tidak ada pembesaran ictus cordis, nampak simetris kanan dan kiri, nampak tidak ada luka, nampak normal ekspansi dada, tidak nampak cekung
- palpasi : tidak adanya pembesaran ictus cordis, adanya nyeri tekan yang di rasakan saat dada di tekan, tidak teraba pembesaran jantung dibagian inferior dan posterior sebelah kiri.
- perkusi : terdengar bunyi sonor
- auskultasi : tidak terdapat kelainan pada lead II, III, aVF.

9. Abdomen

- inspeksi : nampak simetris sebelah kanan dan kiri
- auskultasi : terdengar peristaltik usus 14 x/mnt
- palpasi : tidak terasa nyeri saat ditekan
- perkusi : tidak adanya ascites (penumpukkan cairan) negatif

10. Ekstremitas

- edema : tidak adanya pembengkakan
- *capillary refill time* (CRT) : < 3 detik
- turgor kulit : teraba hangat, nampak ada kerutan, nampak kering
- luka : adanya bekas luka yang mengering pada kaki kiri
- kuku : nampak sisi kuku kotor

- kekuatan otot :	EKaA (5)	EKiA (5)
	EKaB (4)	EKiB (4)

11. Columna Vetebralis

- N. I : Pasien mampu membedakan aroma
- N. II : Pasien dapat melihat dengan normal
- N. III : Pasien mampu membuka kedua matanya
- N. IV : Nampak respon pupil pasien melambat
- N. V : Pasien tidak dapat menelan

- N. VI Motorik : Pasien dapat menggerakkan bola matanya
- N. VII Motorik : Wajah pasien simetris dan dapat membuka mata
- N. VIII Romberg test : Nampak pasien kurang mendengar
- N. IX : Pasien tidak dapat merasakan makanan (NGT)
- N. X : Faring dan laring nampak tidak ada gangguan
- N. XI : Pasien bisa menggerakkan kedua lengan
- N. XII : Pasien tidak mampu menggerakkan lidah

III. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

A. POLA PERSEPSI KESEHATAN PEMELIHARAAN KESEHATAN

Tabel 3.1 Pengkajian Pola Kesehatan

No	Sebelum Sakit	Selama Sakit
	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien memiliki gaya hidup yang buruk, perokok aktif - Pasien bekerja sebagai seorang driver mobil, dan aktif dengan keluarga - Pasien tidak memiliki riwayat alergi makanan dan obat-obatan 	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien nampak seperti orang kebingungan dan tidak dapat berbicara - Selama sakit pasien lebih banyak istirahat ditempat tidur - Pasien nampak patuh dalam mengikuti setiap instruksi pengobatan dan penyembuhan yang diberikan kepadanya

B. POLA NUTRISI METABOLIK

No	Sebelum Sakit	Selama Sakit
	<ul style="list-style-type: none"> - Makan 3x sehari - Pasien menyukai jenis makanan manis dan asin, sering makan-makanan goreng-gorengan - Tidak ada diet khusus 	<ul style="list-style-type: none"> - Makan 3x sehari, nampak makan dan minum dibantu oleh perawat - Jenis makanan yang diberikan bubur sari - Pasien saat ini mengalami

	<ul style="list-style-type: none"> - Nafsu makan tinggi - Tidak mengalami kesulitan pada saat makan 	<ul style="list-style-type: none"> kesulitan saat makan dan minum - Pasien saat ini menggunakan selang NGT - Tidak terjadi penurunan BB yang signifikan dari sebelum pasien sakit - Pasien hanya makan bubur sari dan susu yang diberikan oleh ahli gizi - Intake : 1.050 ml (makanan dan minuman/susu)
--	---	--

C. POLA ELIMINASI

No	Sebelum Sakit	Selama Sakit
	<ul style="list-style-type: none"> - Pola Bab dan Bak lancar, frekuensi Bab 1-3 kali dalam seminggu dengan konsistensi sedang, Bak sehari 3-4 x dalam sehari - Tidak ada keluhan pada saat kencing 	<ul style="list-style-type: none"> - Selama sakit pasien baru Bab 3 kali - Pasien terpasang selang kateter - Output urine : 1.000 ml - Selama sakit Bab dan Bak pasien dibantu oleh perawat

D. POLA AKTIVITAS DAN LATIHAN

No	Sebelum Sakit	Selama Sakit
	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien selalu memiliki banyak waktu untuk keluar rumah dan beraktivitas baik dirumah maupun diluar 	<ul style="list-style-type: none"> - Terbatas dalam melakukan aktivitas - Pasien tidak mampu makan secara mandiri - Pola istirahat dan tidur

	<ul style="list-style-type: none"> - Selalu bersemangat selama melakukan aktivitas tidak memiliki kelemahan fisik saat beraktivitas - Aktif bekerja sebagai driver mobil - Mandiri dalam setiap aktivitasnya 	<p>pasien berubah sejak sakit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengalami penurunan kesadaran dan mengalami kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah
--	---	--

E. POLA ISTIRAHAT TIDUR

No	Sebelum Sakit	Selama Sakit
	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien memiliki kualitas tidur yang baik dan kuantitas yang mencukupi - Memiliki energi yang cukup untuk tidur dalam sehari - Tidak memiliki masalah dengan pola tidurnya kuantitas tidur saat malam hari 7-8 jam, saat siang hari pasien tidur 1-2 jam 	<ul style="list-style-type: none"> - Selama sakit pasien nampak sulit tidur dan sering terbangun tengah malam - Kuantitas tidur saat malam hari 4-5 jam per hari, saat siang hari hanya 2-3 jam - Selama sakit pasien nampak sering tidur terlentang

F. POLA PERSEPSI KOGNITIF

No	Sebelum Sakit	Selama Sakit
	<ul style="list-style-type: none"> - Memiliki penglihatan dan pendengaran, perasaan yang baik tidak ada masalah - Dapat mengingat dengan baik terhadap peristiwa yang pernah terjadi 	<ul style="list-style-type: none"> - Memiliki penglihatan dan pendengaran masih normal - Istri pasien mengatakan pasien tidak dapat berbicara dengan baik - Sangat patuh mengikuti perintah

G. POLA PERSEPSI DAN KONSEP DIRI

No	Sebelum Sakit	Selama Sakit
	<ul style="list-style-type: none"> - Istri pasien mengatakan pasien termasuk orang yang semangat dalam bekerja - Pasien menyukai apa yang dia kerjakan dan apa yang dia miliki. - Pasien memiliki sikap yang baik dan patuh terhadap saran dari orang lain - Pasien tidak terlalu peka terhadap dirinya sendiri dalam menjaga dan mengontrol fisiknya 	<p>Persepsi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nampak tidak cemas terhadap penyakitnya - Memiliki kontak mata yang kurang saat di ajak berkomunikasi dengan perawat - Patuh dan mengikuti instruksi dengan baik dan sikap yg baik <p>Konsep diri</p> <p>Citra tubuh :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien nampak tidak terlalu bersemangat sejak sakit, tidak memiliki kemampuan saat beraktivitas, kelemahan fisik menurun sejak sakit

		<p>Ideal diri :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien nampak terlihat lemah <p>Harga diri :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tidak mengetahui dengan apa yang dialami sekarang terkait kondisinya <p>Peran diri :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengalami penurunan kesadaran <p>Identitas diri :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengalami penurunan kesadaran
--	--	--

H. POLA PERAN DAN HUBUNGAN

No	Sebelum Sakit	Selama Sakit
	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien selalu memiliki hubungan baik dan terjaga terhadap keluarganya dan teman di tempat dia bekerja 	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien nampak tidak dapat berkomunikasi dengan baik pada keluarga, dokter dan perawat di rumah sakit

I. POLA REPRODUKSI-SEKSUAL

No	Sebelum Sakit	Selama Sakit
	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien tidak memiliki masalah seksualitas 	<ul style="list-style-type: none"> - Keadaan pasien sama seperti sebelum sakit tidak memiliki masalah terhadap seksualitas - Selama sakit pasien terpasang selang kateter

J. POLA MEKANISME KOPING DAN TOLERANSI TERHADAP STRESS

No	Sebelum Sakit	Selama Sakit
	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak terlalu memikirkan banyak hal - Tidak ada sistem pendukung atau obat-obatan dalam mengatasi stress 	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien nampak gelisah - Pasien masih berinteraksi baik dengan keluarganya - Istri pasien mengatakan pasien tidak pernah menyalahkan dirinya atas kejadian yang ditimpanya

K. POLA SISTEM NILAI KEPERCAYAAN

No	Sebelum Sakit	Selama Sakit
	<ul style="list-style-type: none"> - Memiliki keyakinan dan kepercayaan yang baik terhadap agama yang dianut yaitu islam - Rajin dalam beribadah solat 5 waktu 	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien yakin terhadap Allah untuk memberikan kemudahan dan kesembuhan terhadap kondisinya yang sekarang - Hanya mendengar suara orang mengaji dan berdzikir - Pasien dan keluarga percaya dengan tenaga medis

IV. DATA PENUNJANG

A. PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Pemeriksaan Laboratorium Selasa 17 September 2024

Tabel 3.2 Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal	Satuan
HEMATOLOGI			
WBC	5.9	4.00 -10.00	10 ³ /ul
RBC	2.99 ^L	4.00 - 6.00	10 ⁶ /ul
HGB	8.3 ^L	12.0 -16.0	Gr/dl
HCT	28 ^L	37.0 - 48.0	%
MCV	88	80.0 – 97.0	Fl
MCH	28	26.5 – 33.5	Pg
MCHC	32	31.5 – 35.0	gr/dl
PLT	38 ^L	150 – 400	10 ³ /ul
RDW-SD	45.8	37.0 – 54.0	10 ³ /ul
RDW-CV	14.7	10.0-15.0	Fl
PDW	*00.0	10.0 – 18.0	Fl
MPV	*00.0	6.50 – 11.0	%
PCT	*0.00	0.15 – 0.50	%
NEUT	71.8	52.0 – 75.0	%
LYMPH	16.9 ^L	20.0 – 40.0	%
MONO	9.5 ^H	2.00 – 8.00	10 ³ /ul
EO	1.5	1.00-3.00	10 ³ /ul
BASO	0.3 ^H	0.0-0.1	10 ³ /ul
LED 1	>140 ^H	(L<10,P<20)	Mm
Koagulasi			
Waktu Prothrombine (PT)			
INR	1.15	-	
PT	12.3	10-14	Detik
APPT			
APTT	26.0	22.0-30.0	Detik
KIMIA DARAH			
GDS	151 ^H	140	mg/dl
UREUM	67 ^H	10-50	mg/dl
KREATININ	0.95	L(< 1.3);P(<1.1)	mg/dl
SGOT	52 ^H	<38	U/L
SGPT	54 ^H	<41	U/L
ALBUMIN			
Albumin	3.1	3.5-5.0	gr/dl
PENANDA JANTUNG			
D Dimer	2.04 ^H	<0.5	-
ELETROLIT			
Natrium	142	1.36-145	mmol/l
Kalium	3.0 ^L	3.5-5.1	Mmol/l
Klorida	95 ^L	97-111	mmol/l

ANALISA GAS DARAH			
Ph	7.41	7.35-7.45	-
PO ₂	134 ^H	80.0 – 100.0	MmHg
PCO ₂	76,2 ^H	35.0-45.0	mmHg
SO ₂	98.7	95-98	%
HCO ₃	49.8	22-26	mmol/l
BE	25.1 ^H	-2 s/d +2	mmol/l

B. PEMERIKSAAN FOTO RONTGEN

Pemeriksaan foto Thoraks AP Senin, 16 September 2024

Kesan:

- Edema pulmonum (dibandingkan Foto Thorax, tanggal 12 September 2024, Kesan : St, Qa)
- Pneumonia bilateral (dibandingkan Foto Thorax, tanggal 12 September 2024, Kesan : St, Qa)
- Efusi pleura minimal bilateral (dibandingkan Foto Thorax, tanggal 12 September 2024, Kesan : perbaikan)
- Terpasang ETT dengan tip pada trachea setinggi +/- 7.54 cm.

C. PEMERIKSAAN CT-SCAN

Hasil pemeriksaan *ct-scan* kepala Rabu, 21 agustus 2024 :

- *Epidural hemoragic dextra*
- *Intra cerebral hemoragic sinixtra* dengan estimasi volume perdarahan +/- 3.08 cc
- *Fracture linear os frontalis dextra*
- *Multihematosinus*

D. PEMERIKSAAN PENUNJANG LAINNYA

Hasil pemeriksaan penunjang lainnya Selasa, 17 September 2024 :

- HBsAg (CMIA) : (Non Reaktif)
- Anti HCV (CMIA) : (Non Reaktif).

E. TERAPI

Tabel 3.3 Terapi Obat

Nama obat	Dosis	Rute	Indikasi
Omeperazole	40 mg/12 jam	IV	Untuk mengatasi asam lambung
Mannitol	100 cc/8 jam	IV	Untuk mengurangi tekanan dalam otak (intrakranial)
Nimotop	60 mg/8 jam	NGT	Untuk mengurangi masalah perdarahan yang terjadi di otak
Paracetamol	1 gr/8 jam	IV	Untuk meredam demam dan nyeri sedang hingga berat
Piracetam	3 gr/8 jam	IV	Untuk mengobati berbagai masalah yang terjadi di otak
Amlodipine	10 mg/24 jam	NGT	Untuk menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi
Vip albumin	2 caps/8 jam	NGT	Untuk meningkatkan daya tahan tubuh
Dexemtomidine	2 cc/jam	IV	Digunakan sebagai sedasi pada pasien yang tidak terintubasi, sebelum dan/atau selama pembedahan dan tindakan lain
Combiven	Inhalasi/6 jam	UAP	Untuk mengontrol dan mencegah gejala sesak nafas
Levofloxacin	750 mg/24 jam	SP/IV	Antibiotik untuk mengobati infeksi bakteri
Norepinefrin	0.05 mcg/kg	SP/IV	Untuk mengatasi tekanan darah rendah (sedasi)
Cendolyters	1 gtt/8 jam	TP	Tetes mata untuk melumasi mata yang kering akibat iritasi.
Fentanyl	30 cc/jam	SP/IV	Untuk mengatasi nyeri berat dengan cara memblokir sinyal nyeri di otak

A. Klasifikasi Data

Tabel 3.4 Klasifikasi Data

DATA	Web Of Causation (WOC)	Masalah (Problem)
<p>DS :-</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien saat ini sedang mengalami penurunan kesadaran akibat kecelakaan 2. Pola napas irreguler 3. Nampak respon pupil pasien melambat 4. Pasien nampak lemah 5. Pasien nampak gelisah 6. Intra cerebral hemoragic sinistra dengan estimasi volume perdarahan +/- 3.08 cc 7. Perdarahan epidural hemoragic dextra 8. TD : 122/76 mmHg 9. N : 105 x/mnt 10. MAP : 91 mmHg 11. GCS pasien E : 3 M 	<p>TBI (Cedera Otak)</p> <p>↓</p> <p>Tulang kranial</p> <p>↓</p> <p>Terputusnya kontinuitas jaringan tulang</p> <p>↓</p> <p>Gangguan suplai darah</p> <p>↓</p> <p>Iskemia</p> <p>↓</p> <p>Hipoksia</p> <p>↓</p> <p>Penurunan kapasitas adaptif intracranial</p>	<p>Penurunan kapasitas adaptif intrakranial</p>

: 5 V _{ETT} (Delirium)						
<p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien nampak tidak bisa menggerakkan ekstremitasnya secara bebas 2. Pasien nampak lemah 3. Nampak kekuatan otot pasien menurun <table border="1" data-bbox="391 925 518 1032"> <tr> <td>EKaA (5)</td> <td>EKiA (5)</td> </tr> <tr> <td>EKaB (4)</td> <td>EKiB (4)</td> </tr> </table> <ol style="list-style-type: none"> 4. Nampak rentang gerak pasien menurun 5. Nampak seluruh aktivitas pasien saat ini dibantu alat, perawat, dan keluarga pasien 	EKaA (5)	EKiA (5)	EKaB (4)	EKiB (4)	<p>Penurunan kesadaran</p> <p>↓</p> <p>Bedrest total</p> <p>↓</p> <p>Gangguan mobilitas fisik</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik</p>
EKaA (5)	EKiA (5)					
EKaB (4)	EKiB (4)					
<p>FAKTOR RISIKO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penurunan mobilitas 2. Faktor mekanis (penekanan atau gesekan) 3. Kelembaban 4. Penekanan pada tonjolan tulang 5. Kulit pasien nampak 	<p>Intrakranial</p> <p>↓</p> <p>Jaringan otak rusak, kontantio, laserasi</p> <p>↓</p> <p>Perubahan protoregulas</p> <p>↓</p> <p>Kejang</p>	<p>Risiko gangguan integritas kulit/jaringan</p>				

<p>kering dan bersisik</p> <p>6. Skor skala braden : 13 (resiko sedang)</p> <p>7. Nampak adanya kemerahan pada bagian punggung dan pinggang belakang (Derajat I)</p>	<p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Penurunan kesadaran</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Bedrest total</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Risiko gangguan integritas kulit/jaringan</p>	
--	---	--

B. Analisa Data

Tabel 3.5 Analisa Data

Keluhan	Nilai/Kondisi Normal	Kebutuhan Dasar Yang Mengalami Gangguan
<p>DS :-</p> <p>DO :</p> <p>1. Pasien saat ini sedang mengalami penurunan kesadaran akibat kecelakaan</p> <p>2. Pasien nampak tidak bisa menggerakkan ekstremitasnya secara bebas</p> <p>3. Pola napas irreguler</p> <p>4. Pasien nampak</p>	<p style="text-align: center;">-</p> <p>Kesadaran penuh</p> <p>Dapat menggerakkan seluruh ekstremitas</p> <p>Pola napas eupnea</p> <p>Tidak mengalami</p>	<p style="text-align: center;">-</p> <p>Aktivitas dan Istirahat</p> <p>Aktivitas dan Istirahat</p> <p>Respirasi</p> <p>Aktivitas dan Istirahat</p>

lemah		kelemahan	
5. Nampak respon pupil melambat	respon pasien	Respon pupil tidak melambat	Nyeri dan Kenyamanan
6. Pasien gelisah	nampak	Tidak gelisah	Aktivitas dan Istirahat
7. Nampak gerak menurun	rentang pasien	Rentang gerak tidak menurun	Aktivitas dan Istirahat
8. Kulit nampak kering dan bersisik	pasien	Kulit lembab, lembut dan tidak kasar	Nyeri dan Kenyamanan
9. Nampak kemerahan pada bagian punggung dan pinggang belakang (Derajat I)	adanya pada	Tidak adanya kemerahan pada kulit	Nyeri dan Kenyamanan
10. Nampak aktivitas pasien saat ini dibantu alat, perawat dan keluarga pasien	seluruh	Melakukan aktivitas secara mandiri	Aktivitas dan Istirahat
11. GCS pasien E : 3 M : 5 V _{ETT} (Delirium)		Composmentis	Aktivitas dan Istirahat

<p>12. Skor skala braden : 13 (resiko sedang)</p>	<p>Skor normal 6-23 poin</p>	<p>Nyeri dan Kenyamanan</p>				
<p>13. Tanda-tanda vital : - TD : 122/76 mmHg - N : 105 x/mnt - S : 37,8 °C - P : 24 x/mnt - MAP : 91 mmHg</p>	<p>Tanda-tanda vital : - TD : 120/80 mmHg - N : 60-100 x/mnt - S : 36,5-37,5 °C - P : 12-20 x/mnt - MAP : 70-110 mmHg</p>	<p>Respirasi dan Sirkulasi</p>				
<p>14. Nampak kekuatan otot pasien menurun</p> <table border="1" data-bbox="391 1086 518 1198"> <tr> <td>EKaA (5)</td> <td>EKiA (5)</td> </tr> <tr> <td>EKaB (4)</td> <td>EKiB (4)</td> </tr> </table>	EKaA (5)	EKiA (5)	EKaB (4)	EKiB (4)	<p>Memiliki kekuatan otot</p>	<p>Aktivitas dan Istirahat</p>
EKaA (5)	EKiA (5)					
EKaB (4)	EKiB (4)					
<p>15. Intra cerebral hemoragic sinixtra dengan estimasi volume perdarahan +/- 3.08 cc,</p>	<p>Tidak terjadi perdarahan</p>	<p>Nyeri dan Kenyamanan</p>				
<p>16. Perdarahan epidural hemoragic dextra</p>	<p>Tidak terjadi perdarahan</p>	<p>Nyeri dan Kenyamanan</p>				

C. Diagnosis Keperawatan

Tabel 3.6 Diagnosis Keperawatan

No.	Diagnosis Keperawatan Yang Kemungkinan Diangkat
1.	Nyeri akut (D.0077)
2.	Risiko infeksi (D.0142)
3.	Bersihan jalan napas tidak efektif (D.0001)
4.	Defisit perawatan diri (0109)
Diagnosis Keperawatan Yang Akan Ditegakkan (Prioritas)	
1.	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d edema serebral (D.0066)
2.	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot (D.0054)
3.	Risiko gangguan integritas kulit/jaringan d.d faktor risiko penurunan mobilitas, faktor mekanis (penekanan dan gesekan), kelembaban, penekanan pada tonjolan tulang (D.0139)

No.	Diagnosis Keperawatan Prioritas	Tgl Ditemukan	Tgl Teratasi
1.	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d edema serebral d.d pasien saat ini sedang mengalami penurunan kesadaran akibat kecelakaan, pola napas irregular, nampak respon pupil pasien melambat, pasien nampak lemah, pasien nampak gelisah, intra cerebral hemoragic sinixtra dengan estimasi volume perdarahan +/- 3.08 cc, perdarahan epidural hemoragic dextra, TD : 122/76 mmHg, N : 105 x/mnt, MAP : 91 mmHg, GCS pasien E : 3 M : 5 V _{ETT} (Delirium) (D.0066).	Selasa, 17 September 2024	Masih dalam proses pemberian terapi lanjutan dan penyembuhan pasca operasi Selasa, 17 September 2024

2.	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot d.d pasien nampak tidak bisa menggerakkan ekstremitasnya secara bebas, pasien nampak lemah, nampak kekuatan otot pasien menurun, nampak rentang gerak pasien menurun, nampak seluruh aktivitas pasien saat ini dibantu alat, perawat dan keluarga pasien (D.0054).	Selasa, 17 September 2024	Masih dalam proses pemberian terapi lanjutan dan penyembuhan pasca operasi Selasa, 17 September 2024
3.	Risiko gangguan integritas kulit/jaringan d.d faktor risiko penurunan mobilitas, faktor mekanis (penekanan atau gesekan), kelembaban, penekanan pada tonjolan tulang, kulit pasien nampak kering dan bersisik, skor skala braden : 13 (resiko sedang), nampak adanya kemerahan pada bagian punggung dan pinggang belakang (Derajat I) (D.0139).	Selasa, 17 September 2024	Masih dalam proses pemberian terapi lanjutan dan penyembuhan pasca operasi Selasa, 17 September 2024

D. Nursing Care Plan

Tabel 3.7 *Nursing Care Plan*

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
	Tujuan/Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
<p>1. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d edema serebral dibuktikan dengan, (D.0066) :</p> <p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien saat ini sedang mengalami penurunan kesadaran akibat kecelakaan 2) Pola napas irregular 3) Nampak respon pupil pasien melambat 4) Pasien nampak lemah 5) Pasien nampak gelisah 6) Intra cerebral hemoragic sinistra dengan 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 8 jam maka kapasitas adaptif intrakranial meningkat (L.06049), dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tingkat kesadaran meningkat 2) Gelisah menurun 3) Tekanan darah membaik 4) Pola napas membaik 5) Respon pupil membaik 	<p>Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (L.06149)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK 2) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK 3) Monitor MAP 4) Monitor status pernapasan 5) Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 2) Berikan posisi semi fowler 3) Pertahankan suhu tubuh normal <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kolaborasi pemberian

<p>estimasi volume perdarahan +/- 3.08 cc</p> <p>7) Perdarahan epidural hemoragic dextra</p> <p>8) TD : 122/76 mmHg</p> <p>9) N : 105 x/mnt</p> <p>10) MAP : 91 mmHg</p> <p>11) GCS pasien E : 3 M : 5 V_{ETT} (Delirium)</p>		<p>sedasi dan anti konvulsan, jika perlu</p> <p>2) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu</p>
<p>2. Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan, (D.0054) :</p> <p>DS :-</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien nampak tidak bisa menggerakkan ekstremitasnya secara bebas 2) Pasien nampak lemah 3) Nampak kekuatan otot pasien menurun 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 8 jam maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pergerakan ekstremitas meningkat 2) Kekuatan otot meningkat 3) Rentang gerak meningkat 4) Gerakan terbatas menurun 5) Kelemahan fisik 	<p>Dukungan mobilisasi (L.05173)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik untuk melakukan pergerakan 3) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu

<p style="text-align: center;"> EKaA EKiA (5) (5) EKaB EKiB (4) (4) </p> <p>4) Nampak rentang gerak pasien menurun</p> <p>5) Nampak seluruh aktivitas pasien saat ini dibantu alat, perawat dan keluarga pasien</p>	<p>menurun</p>	<p>2) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</p> <p>3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi</p> <p>1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>2) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).</p>
<p>3. Risiko gangguan integritas kulit/jaringan d.d penurunan mobilitas, faktor mekanis (mis, penekanan, gesekan), kelembaban, penekanan pada tonjolan tulang, dibuktikan dengan, (D.0139) :</p> <p>Faktor Risiko</p> <p>1) Penurunan mobilitas</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 8 jam maka integritas kulit/jaringan meningkat (L.14125), dengan kriteria hasil :</p> <p>1) Kerusakan lapisan kulit menurun</p> <p>2) Kemerahan menurun</p> <p>3) Suhu kulit membaik</p> <p>4) Sensasi membaik</p>	<p>Pencegahan luka tekan (L.14543)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <p>1) Periksa luka tekan dengan menggunakan skala (mis, skala Noton, skala Braden)</p> <p>2) Periksa adanya luka tekan sebelumnya</p> <p>3) Monitor ketat area yang memerah</p> <p>4) Monitor sumber tekanan atau gesekan</p>

<p>2) Faktor mekanis (penekanan atau gesekan)</p> <p>3) Kelembaban</p> <p>4) Penekanan pada tonjolan tulang</p> <p>5) Kulit pasien nampak kering dan bersisik</p> <p>6) Skor skala braden : 13 (resiko sedang)</p> <p>7) Nampak adanya kemerahan pada bagian punggung dan pinggang belakang (Derajat I)</p>		<p>5) Monitor mobilitas dan aktivitas individu</p> <p>Terapeutik</p> <p>1) Gunakan barrier seperti lotion atau bantalan penyerap air</p> <p>Edukasi</p> <p>1) Jelaskan tanda-tanda kerusakan kulit</p>
---	--	--

E. Implementasi Keperawatan

Waktu : Rabu, 18 September 2024 (Hari ke I)

Nama/Umur : Tn. S/46 Tahun

Ruang/Unit : ICU/Kamar 22

Tabel 3.8 Implementasi Keperawatan

Tgl	Dx	Jam	Implementasi	Respon Pasien	TTD Nama
18 Sep 2024	1	07.30	1) Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK Hasil : Terjadi perdarahan intra cerebral hemoragic sinixtra dengan estimasi volume perdarahan +/- 3.08 cc, perdarahan epidural hemoragic dextra	Pasien terlihat lemah dan mengalami penurunan kesadaran	
		07.35	2) Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil : Pasien saat ini mengalami penurunan kesadaran akibat kecelakaan, pasien nampak lemah, nampak respon pupil pasien melambat, rentang gerak pasien menurun, kekuatan otot pasien menurun, pola napas irreguler	Pasien terbaring ditempat tidur dan tidak dapat melakukan aktivitas	

	07.40	3) Memonitor MAP Hasil : MAP yang di dapatkan 91 mmHg	Tidak ada respon pasien terlihat
	07.45	4) Memonitor status pernapasan Hasil : Didapatkan pernapasan pasien 24 x/menit dengan pola napas irreguler	Pasien nampak bernafas cepat dan tidak teratur
	07.50	5) Memonitor intake dan output cairan Hasil : Intake : 1.050 ml (makanan dan minuman/susu), output cairan 1.000 ml	Pasien nampak menghabiskan makanannya dan BAK melalui selang kateter
	07.55	6) Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Hasil : Dengan mengatur pencahayaan diruangan, mengurangi suara keras/keributan dan membatasi jumlah kunjungan	Pasien nampak nyaman dengan lingkungan tenang
	08.00	7) Memberikan posisi semi fowler Hasil : Pasien telah	Pasien nampak nyaman saat diberikan posisi

			diberikan posisi semi fowler/45°	semi fowler/45°	
		08.05	8) Mempertahankan suhu tubuh normal Hasil : Didapatkan suhu tubuh pasien 37,8°C	Suhu tubuh pasien normal	
		08.10	9) Penatalaksanaan pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu Hasil : Telah diberikan obat Norepinefrin 0,05 mcg/kg/sp/iv, Dexentomidine 2 cc/jam/iv	Pasien mengikuti instruksi dengan baik	
		08.15	10) Penatalaksanaan pemberian diuretik osmosis, jika perlu Hasil : Telah diberikan obat Mannitol 100 cc/8 jam/iv	Pasien mengikuti instruksi dengan baik	
18 Sep 2024	2	08.20	1) Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Hasil : Pasien nampak gelisah	Pasien nampak kurang nyaman	
		08.25	2) Mengidentifikasi toleransi fisik untuk melakukan pergerakan Hasil : Pasien nampak tidak bisa menggerakkan	Pasien nampak tidak ada respon dalam melakukan pergerakan	

			ekstremitasnya secara bebas dan seluruh aktivitas pasien saat ini dibantu alat, perawat dan keluarga pasien	sedehana	
		08.30	3) Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Hasil : Nampak seluruh aktivitas pasien dibantu alat, perawat dan keluarga dan nampak rentang gerak pasien menurun	Pasien mengikuti instruksi dengan baik walaupun dibantu	
		08.35	4) Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu Hasil : Pasien saat ini tidak dapat difasilitasi melakukan aktivitas dengan alat bantu dikarenakan pasien <i>bedrest</i> total dan pasien nampak lemah	Pasien tidak merespon	
		08.40	5) Memfasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu Hasil : Pasien diajarkan untuk menggerakkan jari-jari tangan kaki setiap hari	Pasien nampak memiliki pergerakan saat di berikan instruksi	
		08.45	6) Melibatkan keluarga untuk	Pasien	

			<p>membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Hasil : Keluarga pasien diajarkan untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan pasien dengan cara menggerakkan kedua kaki pasien untuk mengurangi kekakuan sendi</p>	<p>mengikuti instruksi yang diberikan oleh keluarga</p>	
		08.50	<p>7) Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>Hasil : Keluarga pasien mengerti dan paham tujuan dan prosedur mobilisasi yang dilakukan</p>	<p>Pasien mengikuti instruksi dengan baik</p>	
		08.55	<p>8) Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p> <p>Hasil : Pasien telah diajarkan mobilisasi sederhana ditempat tidur dengan miring kanan dan kiri (mika-miki)</p>	<p>Pasien mengikuti instruksi yang diberikan dengan baik</p>	
18 Sep 2024	3	09.00	<p>1) Memeriksa luka tekan dengan menggunakan skala (mis, skala Noton, skala</p>	<p>Pasien nampak lama terbaring ditempat tidur</p>	

			<p>Braden)</p> <p>Hasil : Di dapatkan hasil skor skala braden 13 (resiko sedang)</p>	
		09.05	<p>2) Memeriksa adanya luka tekan sebelumnya</p> <p>Hasil : Nampak adanya luka tekan sebelumnya pada area bokong pasien</p>	<p>Nampak adanya bekas luka tekan pada area bokong pasien</p>
		09.10	<p>3) Memonitor ketat area yang memerah</p> <p>Hasil : Nampak adanya kemerahan pada bagian punggung dan pinggang belakang</p>	<p>Pasien nampak kurang nyaman</p>
		09.15	<p>4) Memonitor sumber tekanan atau gesekan</p> <p>Hasil : Nampak pasien tirah baring lama dan kulit bergesekan dengan spre</p>	<p>Pasien nampak membutuhkan pelembab pada kulitnya yang kering, bersisik dan kemerahan</p>
		09.20	<p>5) Memonitor mobilitas dan aktivitas individu</p> <p>Hasil : Nampak seluruh aktivitas pasien saat ini dibantu alat, perawat dan keluarga pasien</p>	<p>Pasien terlihat lemah dan seluruh aktivitas pasien dibantu</p>

	09.25	<p>6) Menggunakan barrier seperti lotion atau bantalan penyerap air</p> <p>Hasil : Telah diberikan pelembab pada pasien dengan minyak kelapa alami VCO (<i>Virgin Coconut Oil</i>) yang diberikan pada saat setelah mandi dan dioleskan dengan cara <i>message effleurage</i> pada area punggung dan pinggang belakang pasien yang mengalami kemerahan dengan durasi waktu 4-5 menit pemberian akan dilakukan selama 3 hari berturut-turut sampai kulit kering dan kemerahan berkurang</p>	<p>Pasien nampak kooperatif dan mengikuti instruksi dengan baik</p>	
	09.30	<p>7) Menjelaskan tanda-tanda kerusakan kulit</p> <p>Hasil : Pasien mengangguk mengerti saat diberikan penjelasan tentang tanda-tanda kerusakan kulit</p>	<p>Pasien mengangguk saat di berikan penjelasan</p>	

F. Evaluasi Keperawatan

Waktu : Rabu, 18 September 2024 (Hari ke I)

Nama/Umur : Tn. S/46 Tahun

Ruang/Unit : ICU/Kamar 22

Tabel 3.9 Evaluasi Keperawatan

No.	Diagnosis Keperawatan	Hari/Tgl	Jam	Evaluasi Perkembangan
1.	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d edema serebral dibuktikan dengan, (D.0066)	Rabu, 18 September 2024	13.30	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien nampak masih mengalami penurunan kesadaran akibat kecelakaan 2) Pola napas masih irregular 3) Nampak respon pupil pasien masih melambat 4) Pasien nampak masih lemah 5) Pasien nampak gelisah 6) Intra cerebral hemoragic sinixtra dengan estimasi volume perdarahan +/- 3.08 cc 7) Perdarahan epidural hemoragic dextra 8) TD : 130/92 mmHg 9) N : 115 x/mnt 10) MAP : 104 mmHg 11) GCS pasien E : 3 M : 5 V_{ETT} (Delirium) <p>A :</p> <p>Penurunan kapasitas adaptif intrakranial</p>

			<p>P :</p> <p>Kapasitas adaptif intrakranial meningkat (L.06049), dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tingkat kesadaran meningkat 2) Gelisah menurun 3) Tekanan darah membaik 4) Pola napas membaik 5) Respon pupil membaik <p>Dengan intervensi Manajemen peningkatan intracranial (I.06149), di lanjutkan (2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10) dipertahankan (1 dan 6) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK 2) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK 3) Monitor MAP 4) Monitor status pernapasan 5) Monitor intake dan output cairan 6) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 7) Berikan posisi semi fowler 8) Pertahankan suhu tubuh normal 9) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu 10) Kolaborasi pemberian
--	--	--	--

				diuretik osmosis, jika perlu				
2.	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan, (D.0054)	Rabu, 18 September 2024	13.40	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien nampak masih tidak bisa menggerakkan ekstremitasnya secara bebas 2) Pasien nampak masih lemah 3) Nampak kekuatan otot pasien masih menurun <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">EKaA (5)</td> <td style="padding: 2px;">EKiA (5)</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">EKaB (4)</td> <td style="padding: 2px;">EKiB (4)</td> </tr> </table> <ol style="list-style-type: none"> 4) Nampak rentang gerak pasien masih menurun 5) Nampak seluruh aktivitas pasien masih dibantu alat, perawat dan keluarga pasien 6) Pasien nampak masih lemah <p>A :</p> <p>Gangguan mobilitas fisik</p> <p>P :</p> <p>Mobilitas fisik meningkat (L.05042), dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pergerakan ekstremitas meningkat 2) Kekuatan otot meningkat 3) Rentang gerak meningkat 4) Gerakan terbatas menurun 5) Kelemahan fisik menurun <p>Dengan intervensi Dukungan mobilisasi (I.05173), dilanjutkan</p>	EKaA (5)	EKiA (5)	EKaB (4)	EKiB (4)
EKaA (5)	EKiA (5)							
EKaB (4)	EKiB (4)							

				<p>(2, 3, 4, 5, 6, 7, 8) dipertahankan</p> <p>(1) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik untuk melakukan pergerakan 3) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 4) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 5) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 6) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 7) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 8) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).
3.	<p>Risiko gangguan integritas kulit/jaringan d.d penurunan mobilitas, faktor mekanis (mis, penekanan, gesekan), kelembaban,</p>	<p>Rabu, 18 September 2024</p>	13.50	<p>Faktor Risiko</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Penurunan mobilitas 2) Faktor mekanis (penekanan atau gesekan) 3) Kelembaban 4) Penekanan pada tonjolan tulang 5) Kulit pasien nampak masih kering dan bersisik

	<p>penekanan pada tonjolan tulang, dibuktikan dengan, (D.0139)</p>		<p>6) Skor skala braden : 13 (resiko sedang)</p> <p>7) Nampak masih ada kemerahan pada bagian punggung dan pinggang belakang (Derajat I)</p> <p>A : Risiko gangguan integritas kulit/jaringan</p> <p>P : Integritas kulit/jaringan meningkat (L.14125), dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kerusakan lapisan kulit menurun 2) Kemerahan menurun 3) Suhu kulit membaik 4) Sensasi membaik <p>Dengan intervensi Pencegahan luka tekan (I.14543), dilanjutkan (1, 3, 4, 5, 6) di pertahankan (2 dan 7) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Periksa luka tekan dengan menggunakan skala (mis, skala Noton, skala Braden) 2) Periksa adanya luka tekan sebelumnya 3) Monitor ketat area yang memerah 4) Monitor sumber tekanan atau gesekan
--	--	--	---

				<p>5) Monitor mobilitas dan aktivitas individu</p> <p>6) Gunakan barrier seperti lotion atau bantalan penyerap air</p> <p>7) Jelaskan tanda-tanda kerusakan kulit</p>
--	--	--	--	---

G. Implementasi Keperawatan

Waktu : Kamis, 19 September 2024 (Hari ke II)

Nama/Umur : Tn. S/46 Tahun

Ruang/Unit : ICU/Kamar 22

Tgl	Dx	Jam	Implementasi	Respon Pasien	TTD Nama
19 Sep 2024	1	07.20	<p>2) Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK</p> <p>Hasil : Pasien masih mengalami penurunan kesadaran akibat kecelakaan, pasien nampak lemah, nampak respon pupil pasien melambat, rentang gerak pasien menurun, kekuatan otot pasien menurun, pola napas irreguler</p>	<p>Pasien terbaring ditempat tidur dan tidak dapat melakukan aktivitas</p>	
		07.25	<p>3) Memonitor MAP</p> <p>Hasil : MAP yang di dapatkan 100 mmHg</p>	<p>Tidak ada respon pasien terlihat</p>	

	07.30	4) Memonitor status pernapasan Hasil : Didapatkan pernapasan pasien 22 x/menit dengan pola napas irreguler	Pasien nampak masih bernafas cepat dan tidak teratur
	07.35	5) Memonitor intake dan output cairan Hasil : Intake : 1.200 ml (makanan dan minuman/susu), output cairan 1.100 ml	Pasien nampak menghabiskan makanannya dan BAK melalui selang kateter
	07.40	7) Memberikan posisi semi fowler Hasil : Pasien masih diberikan posisi semi fowler/45 °	Pasien nampak nyaman dengan posisi semi fowler/45°
	07.45	8) Mempertahankan suhu tubuh normal Hasil : Suhu tubuh pasien 36,4°C	Suhu tubuh pasien normal
	07.50	9) Penatalaksanaan pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu Hasil : Pasien telah diberikan obat Norepinefrin	Pasien mengikuti instruksi dengan baik

			0,05 mcg/kg/sp/iv		
		07.55	10) Penatalaksanaan pemberian diuretik osmosis, jika perlu Hasil : Pasien telah diberikan obat Mannitol 100 cc/8 jam/iv	Pasien mengikuti instruksi dengan baik	
19 Sep 2024	2	08.00	2) Mengidentifikasi toleransi fisik untuk melakukan pergerakan Hasil : Pasien nampak belum bisa menggerakkan ekstremitasnya secara bebas dan seluruh aktivitas pasien saat ini masih dibantu alat, perawat dan keluarga pasien	Pasien nampak belum bisa merespon dalam melakukan pergerakan	
		08.05	3) Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Hasil : Pasien nampak masih lemah	Pasien nampak belum bisa melakukan mobilisasi penuh	
		08.10	4) Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu Hasil : Pasien saat ini tidak dapat difasilitasi melakukan aktivitas dengan alat bantu dikarenakan pasien masih <i>bedrest</i> total dan pasien	Pasien tidak ada respon	

			nampak masih lemah	
		08.15	5) Memfasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu Hasil : Pasien diajarkan untuk menggerakkan jari-jari tangan kaki setiap hari	Pasien nampak memiliki pergerakan pada jari-jari tangan dan kaki saat di berikan instruksi
		08.20	6) Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil : Keluarga pasien diajarkan untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan pada pasien dengan cara menggerakkan kedua kaki pasien untuk mengurangi kekakuan sendi	Pasien mengikuti instruksi yang diberikan oleh keluarga
		08.25	7) Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Hasil : Keluarga pasien mengerti dan paham tujuan dan prosedur mobilisasi yang dilakukan	Pasien mengikuti instruksi dengan baik
		08.30	8) Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk	Pasien mengikuti instruksi yang

			<p>ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p> <p>Hasil : Pasien telah diajarkan melakukan mobilisasi sederhana ditempat tidur dengan miring kanan dan kiri (mika-miki)</p>	diberikan dengan baik	
19 Sep 2024	3	08.35	<p>1) Memeriksa luka tekan dengan menggunakan skala (mis, skala Noton, skala Braden)</p> <p>Hasil : Di dapatkan hasil skor skala braden meningkat 14 (resiko sedang)</p>	Pasien nampak lama terbaring ditempat tidur	
		08.40	<p>3) Memonitor ketat area yang memerah</p> <p>Hasil : Nampak adanya kemerahan pada bagian punggung dan pinggang belakang</p>	Pasien nampak kurang nyaman	
		08.45	<p>4) Memonitor sumber tekanan atau gesekan</p> <p>Hasil : Nampak pasien tirah baring lama dan kulit bergesekan dengan spre</p>	Pasien nampak membutuhkan pelembab pada kulitnya yang kering,bersisik dan kemerahan	

	08.50	5) Memonitor mobilitas dan aktivitas individu Hasil : Nampak seluruh aktivitas pasien saat ini dibantu alat, perawat dan keluarga pasien	Pasien terlihat lemah dan seluruh aktivitas pasien dibantu
	08.55	6) Menggunakan barrier seperti lotion atau bantalan penyerap air Hasil : Telah diberikan pelembab pada pasien dengan minyak kelapa alami VCO (<i>Virgin Coconut Oil</i>) yang diberikan pada saat setelah mandi dan dioleskan dengan cara <i>message effleurage</i> pada area punggung dan pinggang belakang pasien yang mengalami kemerahan dengan durasi waktu 4-5 menit pemberian akan dilakukan selama 3 hari berturut-turut sampai kulit kering dan kemerahan berkurang	Pasien nampak kooperatif dan mengikuti instruksi dengan baik

H. Evaluasi Keperawatan

Waktu : Kamis, 19 September 2024 (Hari ke II)

Nama/Umur : Tn. S/46 Tahun

Ruang/Unit : ICU/Kamar 22

No.	Diagnosis Keperawatan	Hari/Tgl	Jam	Evaluasi Perkembangan
1.	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d edema serebral dibuktikan dengan, (D.0066)	Kamis, 19 September 2024	13.40	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien nampak masih mengalami penurunan kesadaran akibat kecelakaan 2) Pola napas masih irregular 3) Nampak respon pupil pasien masih melambat 4) Pasien nampak masih lemah 5) Pasien nampak gelisah 6) Intra cerebral hemoragic sinixtra dengan estimasi volume perdarahan +/- 3.08 cc 7) Perdarahan epidural hemoragic dextra 8) TD : 110/88 mmHg 9) N : 90 x/mnt 10) MAP : 95 mmHg 11) GCS pasien E : 3 M : 5 V_{ETT} (Delirium) <p>A : Penurunan kapasitas adaptif intrakranial</p> <p>P :</p>

			<p>Kapasitas adaptif intrakranial meningkat (L.06049), dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tingkat kesadaran meningkat 2) Gelisah menurun 3) Tekanan darah membaik 4) Pola napas membaik 5) Respon pupil membaik <p>Dengan intervensi Manajemen peningkatan intracranial (I.06149), di lanjutkan (2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10) dipertahankan (1 dan 6) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK 2) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK 3) Monitor MAP 4) Monitor status pernapasan 5) Monitor intake dan output cairan 6) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 7) Berikan posisi semi fowler 8) Pertahankan suhu tubuh normal 9) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu 10) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu
--	--	--	---

2.	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan, (D.0054)	Kamis, 19 September 2024	13.50	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien nampak masih tidak bisa menggerakkan ekstremitasnya secara bebas 2) Pasien nampak masih lemah 3) Nampak kekuatan otot pasien masih menurun <table border="1" data-bbox="1077 761 1204 869" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">EKaA (5)</td> <td style="text-align: center;">EKiA (5)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">EKaB (4)</td> <td style="text-align: center;">EKiB (4)</td> </tr> </table> <ol style="list-style-type: none"> 4) Nampak rentang gerak pasien menurun 5) Nampak seluruh aktivitas pasien masih dibantu alat, perawat dan keluarga pasien 6) Pasien nampak masih lemah <p>A :</p> <p>Gangguan mobilitas fisik</p> <p>P :</p> <p>Mobilitas fisik meningkat (L.05042), dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pergerakan ekstremitas meningkat 2) Kekuatan otot meningkat 3) Rentang gerak meningkat 4) Gerakan terbatas menurun 5) Kelemahan fisik menurun <p>Dengan intervensi Dukungan mobilisasi (I.05173), dilanjutkan (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8) dipertahankan</p>	EKaA (5)	EKiA (5)	EKaB (4)	EKiB (4)
EKaA (5)	EKiA (5)							
EKaB (4)	EKiB (4)							

				<p>(1) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik untuk melakukan pergerakan 3) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 4) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 5) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 6) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 7) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 8) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).
3.	<p>Risiko gangguan integritas kulit/jaringan d.d penurunan mobilitas, faktor mekanis (mis, penekanan, gesekan), kelembaban, penekanan pada</p>	<p>Kamis, 19 September 2024</p>	14.00	<p>Faktor Risiko</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Penurunan mobilitas 2) Faktor mekanis (penekanan atau gesekan) 3) Kelembaban 4) Penekanan pada tonjolan tulang 5) Kulit pasien nampak masih kering dan bersisik 6) Skor skala braden : 14 (resiko

	<p>tonjolan tulang, dibuktikan dengan, (D.0139)</p>		<p>sedang)</p> <p>7) Nampak masih ada kemerahan pada bagian punggung dan pinggang belakang (Derajat I)</p> <p>A :</p> <p>Risiko gangguan integritas kulit/jaringan</p> <p>P :</p> <p>Integritas kulit/jaringan meningkat (L.14125), dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kerusakan lapisan kulit menurun 2) Kemerahan menurun 3) Suhu kulit membaik 4) Sensasi membaik <p>Dengan intervensi Pencegahan luka tekan (I.14543), dilanjutkan (1, 3, 4, 5, 6) di pertahankan (2 dan 7) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Periksa luka tekan dengan menggunakan skala (mis, skala Noton, skala Braden) 2) Periksa adanya luka tekan sebelumnya 3) Monitor ketat area yang memerah 4) Monitor sumber tekanan atau gesekan 5) Monitor mobilitas dan
--	---	--	---

				<p>aktivitas individu</p> <p>6) Gunakan barrier seperti lotion atau bantalan penyerap air</p> <p>7) Jelaskan tanda-tanda kerusakan kulit</p>
--	--	--	--	--

I. Implementasi Keperawatan

Waktu : Jumat, 20 September 2024 (Hari ke III)

Nama/Umur : Tn. S/46 Tahun

Ruang/Unit : ICU/Kamar 22

Tgl	Dx	Jam	Implementasi	Respon Pasien	TTD Nama
20 Sep 2024	1	07.25	<p>2) Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK</p> <p>Hasil : Pasien masih mengalami penurunan kesadaran akibat kecelakaan, pasien nampak lemah, nampak respon pupil pasien melambat, rentang gerak pasien menurun, kekuatan otot pasien menurun, pola napas masih irreguler</p>	Pasien masih terbaring ditempat tidur dan tidak dapat melakukan aktivitas	
		07.30	<p>3) Memonitor MAP</p> <p>Hasil : MAP yang di dapatkan 92 mmHg</p>	Tidak ada respon pasien terlihat	

	07.35	4) Memonitor status pernapasan Hasil : Didapatkan pernapasan pasien 22 x/menit dengan pola napas irreguler	Pasien nampak masih bernafas cepat dan tidak teratur
	07.40	5) Memonitor intake dan output cairan Hasil : Intake : 1.150 ml (makanan dan minuman/susu), output cairan 1.050 ml	Pasien nampak menghabiskan makanannya dan BAK melalui selang kateter
	07.45	7) Memberikan posisi semi fowler Hasil : Pasien masih diberikan posisi semi fowler/45 °	Pasien nampak nyaman dengan posisi semi fowler/45°
	07.50	8) Mempertahankan suhu tubuh normal Hasil : Suhu tubuh pasien 36,6°C	Suhu tubuh pasien normal
	07.55	9) Penatalaksanaan pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu Hasil : Telah diberikan obat Norepinefrin 0,05 mcg/kg/sp/iv	Pasien mengikuti instruksi dengan baik

		08.00	10) Penatalaksanaan pemberian diuretik osmosis, jika perlu Hasil : Telah diberikan obat Mannitol 100 cc/8 jam/iv	Pasien mengikuti instruksi dengan baik	
20 Sep 2024	2	08.05	2) Mengidentifikasi toleransi fisik untuk melakukan pergerakan Hasil : Pasien nampak belum bisa menggerakkan ekstremitasnya secara bebas dan seluruh aktivitas pasien saat ini masih dibantu alat, perawat dan keluarga pasien	Pasien nampak belum bisa merespon dalam melakukan pergerakan	
		08.10	3) Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Hasil : Pasien nampak masih lemah	Pasien nampak belum bisa melakukan mobilisasi penuh	
		08.15	4) Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu Hasil : Pasien saat ini tidak dapat difasilitasi melakukan aktivitas dengan alat bantu dikarenakan pasien masih bedrest total dan pasien nampak masih lemah	Pasien tidak ada respon	

	08.20	5) Memfasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu Hasil : Pasien diajarkan untuk menggerakkan jari-jari tangan kaki setiap hari	Pasien nampak memiliki pergerakan pada jari-jari tangan dan kaki saat di berikan instruksi	
	08.25	6) Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil : Keluarga pasien diajarkan untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan pada pasien dengan cara menggerakkan kedua kaki pasien untuk mengurangi kekakuan sendi	Pasien mengikuti instruksi yang diberikan oleh keluarga	
	08.30	7) Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Hasil : Keluarga pasien mengerti dan paham tujuan dan prosedur mobilisasi yang dilakukan	Pasien mengikuti instruksi dengan baik	
	08.35	8) Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari	Pasien mengikuti instruksi yang diberikan dengan baik	

			tempat tidur ke kursi) Hasil : Pasien masih diajarkan untuk melakukan mobilisasi sederhana ditempat tidur dengan miring kanan dan kiri (mika-miki)		
20 Sep 2024	3	08.40	1) Memeriksa luka tekan dengan menggunakan skala (mis, skala Noton, skala Braden) Hasil : Di dapatkan hasil skor skala braden meningkat jadi 15 (resiko rendah)	Pasien nampak lama terbaring ditempat tidur	
		08.45	3) Memonitor ketat area yang memerah Hasil : Nampak adanya kemerahan pada bagian punggung dan pinggang belakang	Pasien nampak kurang nyaman	
		08.50	4) Memonitor sumber tekanan atau gesekan Hasil : Nampak pasien tirah baring lama dan kulit bergesekan dengan sprei	Pasien nampak membutuhkan pelembab pada kulitnya yang kering, bersisik dan kemerahan	
		08.55	5) Memonitor mobilitas dan	Pasien terlihat	

			<p>aktivitas individu</p> <p>Hasil : Nampak seluruh aktivitas pasien saat ini dibantu alat, perawat dan keluarga pasien</p>	<p>lemah dan seluruh aktivitas pasien dibantu</p>	
		09.00	<p>6) Menggunakan barrier seperti lotion atau bantalan penyerap air</p> <p>Hasil : Telah diberikan pelembab pada pasien dengan minyak kelapa alami VCO (<i>Virgin Coconut Oil</i>) yang diberikan pada saat setelah mandi dan dioleskan dengan cara <i>message effleurage</i> pada area punggung dan pinggang belakang pasien yang mengalami kemerahan dengan durasi waktu 4-5 menit pemberian akan dilakukan selama 3 hari berturut-turut sampai kulit kering dan kemerahan berkurang</p>	<p>Pasien nampak kooperatif dan mengikuti instruksi dengan baik</p>	

J. Evaluasi Keperawatan**Waktu :** Jumat, 20 September 2024 (Hari ke III)**Nama/Umur :** Tn. S/46 Tahun**Ruang/Unit :** ICU/Kamar 22

No.	Diagnosis Keperawatan	Hari/Tgl	Jam	Evaluasi Perkembangan
1.	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d edema serebral dibuktikan dengan, (D.0066)	Jumat, 20 September 2024	13.20	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien nampak masih mengalami penurunan kesadaran akibat kecelakaan 2) Pola napas masih irregular 3) Nampak respon pupil pasien masih melambat 4) Pasien nampak masih lemah 5) Pasien nampak gelisah 6) Intra cerebral hemoragic sinixtra dengan estimasi volume perdarahan +/- 3.08 cc 7) Perdarahan epidural hemoragic dextra 8) TD : 120/99 mmHg 9) N : 84 x/mnt 10) MAP : 106 mmHg 11) GCS pasien E : 3 M : 5 V_{ETT} (Delirium) <p>A : Penurunan kapasitas adaptif intrakranial</p> <p>P :</p>

			<p>Kapasitas adaptif intrakranial meningkat (L.06049), dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tingkat kesadaran meningkat 2) Gelisah menurun 3) Tekanan darah membaik 4) Pola napas membaik 5) Respon pupil membaik <p>Dengan intervensi Manajemen peningkatan intracranial (I.06149), di lanjutkan (2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10) dipertahankan (1, 6, 9, 10) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK 2) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK 3) Monitor MAP 4) Monitor status pernapasan 5) Monitor intake dan output cairan 6) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 7) Berikan posisi semi fowler 8) Pertahankan suhu tubuh normal 9) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu 10) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu
--	--	--	---

2.	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan, (D.0054)	Jumat, 20 September 2024	13.35	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien nampak masih tidak bisa menggerakkan ekstremitasnya secara bebas 2) Pasien nampak masih lemah 3) Nampak kekuatan otot pasien masih menurun <table border="1" data-bbox="1077 761 1204 869" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">EKaA (5)</td> <td style="text-align: center;">EKiA (5)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">EKaB (4)</td> <td style="text-align: center;">EKiB (4)</td> </tr> </table> <ol style="list-style-type: none"> 4) Nampak rentang gerak pasien menurun 5) Nampak seluruh aktivitas pasien masih dibantu alat, perawat dan keluarga pasien 6) Pasien nampak masih lemah <p>A :</p> <p>Gangguan mobilitas fisik</p> <p>P :</p> <p>Mobilitas fisik meningkat (L.05042), dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pergerakan ekstremitas meningkat 2) Kekuatan otot meningkat 3) Rentang gerak meningkat 4) Gerakan terbatas menurun 5) Kelemahan fisik menurun <p>Dengan intervensi Dukungan mobilisasi (I.05173), dilanjutkan (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8) dipertahankan</p>	EKaA (5)	EKiA (5)	EKaB (4)	EKiB (4)
EKaA (5)	EKiA (5)							
EKaB (4)	EKiB (4)							

				<p>(1, 4, 7) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik untuk melakukan pergerakan 3) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 4) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 5) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 6) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 7) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 8) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).
3.	<p>Risiko gangguan integritas kulit/jaringan d.d penurunan mobilitas, faktor mekanis (mis, penekanan, gesekan), kelembaban, penekanan pada</p>	<p>Jumat, 20 September 2024</p>	13.50	<p>Faktor Risiko</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Penurunan mobilitas 2) Faktor mekanis (penekanan atau gesekan) 3) Kelembaban 4) Penekanan pada tonjolan tulang 5) Kulit pasien nampak masih kering dan bersisik 6) Skor skala braden : 15 (resiko

	<p>tonjolan tulang, dibuktikan dengan, (D.0139)</p>		<p>rendah)</p> <p>7) Nampak masih ada kemerahan pada bagian punggung dan pinggang belakang</p> <p>A : Risiko gangguan integritas kulit/jaringan</p> <p>P : Integritas kulit/jaringan meningkat (L.14125), dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kerusakan lapisan kulit menurun 2) Kemerahan menurun 3) Suhu kulit membaik 4) Sensasi membaik <p>Dengan intervensi Pencegahan luka tekan (I.14543), dilanjutkan (1, 3, 4, 5, 6) di pertahankan (2 dan 7) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Periksa luka tekan dengan menggunakan skala (mis, skala Noton, skala Braden) 2) Periksa adanya luka tekan sebelumnya 3) Monitor ketat area yang memerah 4) Monitor sumber tekanan atau gesekan 5) Monitor mobilitas dan
--	---	--	---

				aktivitas individu 6) Gunakan barrier seperti lotion atau bantalan penyerap air 7) Jelaskan tanda-tanda kerusakan kulit
--	--	--	--	---

BAB IV

ANALISIS SITUASI

A. Profil Lahan Praktek

1. Sejarah

Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Wahidin Sudirohusodo yang kini telah berubah nama menjadi Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo adalah sebuah Rumah Sakit tipe A yang terletak di Jl. Perintis Kemerdekaan No. Km. 11, Tamalanrea Jaya Kec. Tamalanrea, Kota Makassar, Sulawesi Selatan. Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo pada awalnya adalah Rumah Sakit Jiwa Ujung Pandang yang berganti nama Rumah Sakit Dadi yang didirikan pada tahun 1947 atas prakarsa Prof. SJ. Warrow dengan fasilitas awal sebuah bangsal bedah dan sebuah bangsal penyakit dalam dengan kepemimpinan rangkap. Inhalasi pusat jantung terpadu/*Cardiac Center* adalah unit pelaksanaan teknis pelayanan jantung yang berada dibawah naungan Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Wahidin Sudirohusodoyang berdiri sejak tanggal 18 Juli 2016. Latar belakang berdirinya inhalasi ini dikarenakan semakin meningkat dan kompleksnya penyakit jantung khususnya dibangsal perawatan dan yang datang ke unit gawat darurat Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Wahidin dan lebih luas lagi mengantisipasi lonjakan penyakit jantung dan pembuluh darah khususnya Kawasan Timur Indonesia (Sudirohusodo, 2022).

Terdapat 3 lantai yang terdiri dari lantai 1 pelayanan infeksi khusus, respirasi non infeksi dan *Intensive Care Unit*, lantai 2 pelayanan rawat inap pasien infeksi paru, Poliklinik infeksi dan non infeksi, poliklinik MDR, Pojok DOTS serta ruang tindakan Intervensi Paru, lantai 3 pelayanan rawat inap Imunodefisiensi, Poliklinik Metadon HIV. *Intensive Care Unit* (ICU) merupakan ruang rawat inap intensif yang menangani pasien berbagai macam penyakit infeksi paru, imunologi dan kagawatan respirasi. Untuk menunjang pelayanan di ICU tersedia 3 tempat tidur dengan spesifikasi ruangan isolasi betekanan negative.

Ruangan ini juga dilengkapi dengan peralatan yang lengkap dalam menunjang pelayanan pasien paru (Sudirohusodo, 2022).

2. Visi dan Misi

a. Visi

Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo sebagai *Center Of Excellence* dalam pelayanan dan pendidikan kesehatan di Kawasan Timur Indonesia.

b. Misi

- 1) Memberikan pelayanan kesehatan yang terintegrasi, holistik dan profesional kepada seluruh lapisan masyarakat termasuk masyarakat miskin.
- 2) Penyelenggaraan pendidikan terpadu dengan pelayanan.
- 3) Menyelenggarakan pelayanan rujukan kesehatan dalam rangka peningkatan indikator pelayanan kesehatan masyarakat.

B. Analisis Masalah Keperawatan Pada Pasien *Traumatic Brain Injury*

1. Data Pasien

Tabel 4.1 Data Pasien

Data	Tn. S
Umur	46 Tahun
Jenis Kelamin	Laki-Laki
Status Perkawinan	Menikah
Agama/Suku	Islam
Warga Negara	Indonesia
Bahasa Yang Digunakan	Indonesia
Pendidikan	Tamat SD/Sederajat
Pekerjaan	Wiraswasta
Alamat Rumah	Campaga
Diagnosa Medis	<i>Traumatic Brain Injury</i>

Pengkajian pasien dilakukan pada tanggal 17 September 2024 pada pukul 10.30. hasil dari pengkajian sebagai berikut :

Pada pasien Tn. S umur 46 tahun, berjenis kelamin laki-laki, pendidikan tamat SD/Sederajat, pekerjaan wiraswasta dengan diagnosa medis *Traumatic Brain Injury* masuk dengan mengalami penurunan kesadaran akibat kecelakaan tunggal dengan luka pada bagian kepala sebelah kanan.

Keluhan utama terjadi penurunan kesadaran akibat kecelakaan tunggal dengan luka pada bagian kepala sebelah kanan saat ini pasien tidak dapat mengikuti perintah sederhana, hal ini sesuai dengan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital GCS pasien E : 3 M : 5 V_{ETT} (Delirium), rentang gerak menurun, kekuatan otot menurun tekanan darah : 122/76 mmHg, nadi: 105 x/mnt, MAP : 91 mmHg suhu :37,8 °C, pernapasan : 24 x/mnt.

2. Diagnosis Keperawatan

Tabel 4.2 Masalah Keperawatan

No.	Nama Pasien	Masalah Keperawatan
1.	Tn. S	<p>1) Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d edema serebral d.d pasien saat ini sedang mengalami penurunan kesadaran akibat kecelakaan, pola napas irregular, nampak respon pupil pasien melambat, pasien nampak lemah, pasien nampak gelisah, intra cerebral hemoragic sinistra dengan estimasi volume perdarahan +/- 3.08 cc, perdarahan epidural hemoragic dextra, TD : 122/76 mmHg, N : 105 x/mnt, MAP : 91 mmHg, GCS pasien E : 3 M : 5 V_{ETT} (Delirium) (D.0066).</p> <p>2) Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot d.d pasien nampak tidak bisa menggerakkan ekstremitasnya secara bebas, pasien nampak lemah,</p>

		<p>nampak kekuatan otot pasien menurun, nampak rentang gerak pasien menurun, nampak seluruh aktivitas pasien saat ini dibantu alat, perawat dan keluarga pasien (D.0054).</p> <p>3) Risiko gangguan integritas kulit/jaringan d.d faktor risiko penurunan mobilitas, faktor mekanis (penekanan atau gesekan), kelembaban, penekanan pada tonjolan tulang, kulit pasien nampak kering dan bersisik, skor skala braden : 13 (resiko sedang), nampak adanya kemerahan pada bagian punggung dan pinggang belakang (Derajat I) (D.0139).</p>
--	--	---

Berikut diagnosis/masalah keperawatan yang sesuai dengan teori adalah :

a. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial (D.0066)

Masalah ini ditemukan pada pengkajian 17 September 2024 berdasarkan SDKI. Masalah ini ditegakkan sesuai dengan teori (PPNI, 2018). Pada pasien dengan penurunan kapasitas adaptif intrakranial ditemukan data-data yang sesuai dengan data subjektif dan objektif. Didapatkan dari data subjektif pasien saat ini mengalami (penurunan kesadaran), data objektif pola napas irregular, nampak respon pupil pasien melambat, pasien nampak lemah, pasien nampak gelisah, intra cerebral hemoragic sinixtra dengan estimasi volume perdarahan +/- 3.08 cc, perdarahan epidural hemoragic dextra, TD : 122/76 mmHg, N : 105 x/mnt, MAP : 91 mmHg, GCS : E : 3 M : 5 V_{ETT} (Delirium).

b. Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

Masalah ini ditemukan pada pengkajian 17 September 2024 berdasarkan SDKI. Masalah ini ditegakkan sesuai dengan teori (PPNI, 2018). Pada pasien dengan gangguan mobilitas fisik ditemukan data-data yang sesuai dengan data subjektif dan objektif. Didapatkan dari data subjektif pasien saat ini mengalami (penurunan kesadaran), data objektif pasien nampak tidak bisa menggerakkan ekstremitasnya secara bebas, pasien nampak lemah, nampak kekuatan otot pasien menurun, nampak rentang gerak pasien menurun, nampak seluruh aktivitas pasien saat ini dibantu alat, perawat dan keluarga pasien.

c. Risiko gangguan integritas kulit/jaringan (D.0139)

Masalah ini ditemukan pada pengkajian 17 September 2024 berdasarkan SDKI. Masalah ini ditegakkan sesuai dengan teori (PPNI, 2018). Pada pasien dengan risiko gangguan integritas kulit/jaringan ditemukan data-data yang sesuai dengan faktor risiko. Pada pasien faktor risiko yang akan akan terjadi akibat dari penurunan mobilitas, faktor mekanis (penekanan atau gesekan), kelembaban, penekanan pada tonjolan tulang, kulit pasien nampak kering dan bersisik, skor skala braden : 13 (resiko sedang), nampak adanya kemerahan pada bagian punggung dan pinggang belakang (Derajat I)

C. Analisis Intervensi Keperawatan Pada Pasien *Traumatic Brain Injury* Dengan *Virgin Coconut Oil* (VCO)

Tabel 4.3 Analisis Intervensi Keperawatan Pada Pasien *Traumatic Brain Injury* Dengan *Virgin Coconut Oil* (VCO)

No. Register Medik : 1217318

Ruangan : *Intensive Care Unit* (ICU)

Nama Perawat : Indriani Rasyid

Nama Pasien	Hari I		Hari II		Hari III	
	Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah
Tn. S	Hasil : Persepsi sensori : 2 Kelembaban : 4 Aktivitas : 1 Mobilitas : 2 Nutrisi : 3 Gesekan : 1	Hasil : Persepsi sensori : 2 Kelembaban : 4 Aktivitas : 1 Mobilitas : 2 Nutrisi : 3 Gesekan : 1	Hasil : Persepsi sensori : 2 Kelembaban : 4 Aktivitas : 1 Mobilitas : 3 Nutrisi : 3 Gesekan : 1	Hasil : Persepsi sensori : 2 Kelembaban : 4 Aktivitas : 1 Mobilitas : 3 Nutrisi : 3 Gesekan : 1	Hasil : Persepsi sensori : 3 Kelembaban : 4 Aktivitas : 1 Mobilitas : 3 Nutrisi : 3 Gesekan : 1	Hasil : Persepsi sensori : 3 Kelembaban : 4 Aktivitas : 1 Mobilitas : 3 Nutrisi : 3 Gesekan : 1
Skor	13 (resiko sedang)	13 (resiko sedang)	14 (resiko sedang)	14 (resiko sedang)	15 (resiko rendah)	15 (resiko rendah)

Dari tabel di atas disimpulkan bahwa *message effleurage* menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO) untuk mengurangi risiko luka tekan dan pemberian *Virgin Coconut Oil* memiliki pengaruh yang cukup signifikan karena intervensi yang dilakukan dapat membantu mengurangi terjadi risiko luka tekan dengan skor nilai skala braden pada Hari ke I didapatkan skor 13 (resiko sedang), pada Hari ke II didapatkan skor meningkat menjadi 14 (resiko sedang) dan pada Hari ke III didapatkan skor meningkat menjadi 15 (resiko rendah) pada bagian punggung dan pinggang belakang pasien. Selama 3 hari intervensi dilakukan pasien akan diberikan teknik *message effleurage* menggunakan *Virgin Coconut Oil* yang akan dilakukan setelah mandi setiap pagi, selama 3 hari berturut-turut dengan durasi waktu 4-5 menit pada bagian punggung dan pinggang belakang. Hal sesuai dengan pendapat yang dikemukakan oleh Rahmawati & Supadmi, (2023), pelaksanaan *message effleurage* dengan menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO) dilakukan setelah mandi setiap pagi dan sore hari, *message effleurage* dengan menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO) dilakukan selama 4 menit dalam kurun waktu 3 hari.

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Greynike et al., 2023), pemberian *Virgin Coconut Oil* (VCO) melalui *message* terhadap pencegahan luka tekan pasien tirah baring di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RS PKU Muhammadiyah Karanganyar menunjukkan perubahan setelah pemberian *Virgin Coconut Oil* (VCO) melalui *message* selama 5 menit dalam jangka waktu 2 hari menunjukkan skor skala braden naik pada kedua responden, pada responden pertama skala braden menjadi 11 (risiko tinggi) dan responden ke dua menjadi 15 (risiko rendah).

Pada penelitian ini dengan diagnosis keperawatan yang dialami oleh pasien yaitu risiko gangguan integritas kulit/jaringan (D.0066), dimana didapatkan data objektif kulit pasien nampak kering dan bersisik serta nampak adanya kemerahan pada bagian punggung dan pinggang belakang. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Astuti & Setiyawan, 2023), dimana hasil didapatkan diagnosis keperawatan yaitu gangguan

integritas kulit/jaringan b.d penurunan mobilitas. Salah satu intervensi keperawatan yang dilakukan untuk meningkatkan skor nilai skala braden dengan mengurangi kemungkinan perkembangan luka tekan pada semua pasien, perawat harus melakukan berbagai macam tindakan pencegahan. Salah satu upaya perawatan yang dapat diberikan yaitu dengan memberikan *message* yang efektif untuk membantu mencegah kerusakan kulit. Teknik *message* yang dapat dilakukan yaitu *effleurage*. *Message* yang dilakukan dalam penelitian ini menggunakan *virgin coconut oil*. *Virgin coconut oil* yang efektif guna mencegah luka tekan.

Penerapan ini sangat baik untuk kesehatan kulit, mengandung pelembab alami sehingga mudah diserap kulit, mengandung vitamin E yang dapat membantu menjaga kulit agar tetap lembab, halus, dan mengurangi risiko kanker kulit (Santiko, S., & Faidah, 2020). Terdapat hasil penelitian yang dilakukan oleh Sari, (2023), yaitu *message effleurage* menggunakan VCO berpengaruh terhadap pencegahan luka tekan yang menunjukkan adanya perubahan kenaikan skala braiden 2-3 skor. Menurut (Adevia et al., 2022), efek yang akan terjadi pada tindakan *message effleurage* adalah mencegah terjadinya penebalan pada jaringan bawah kulit dan kulit akan menjadi lunak dan elastis.

D. Alternatif Pemecahan Masalah Keperawatan Pada Pasien Dengan *Traumatic Brain Injury* (TBI) : Resiko Luka Tekan

Pada penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa pemberian *message effleurage* menggunakan *virgin coconut oil* mempunyai efek yang cukup baik dan pengaruh pada peningkatan skor skala braden pada pasien tirah baring dengan kenaikan skor 1 setiap harinya yaitu skor 13 di hari pertama, skor 14 di hari kedua dan skor 15 di hari ketiga. Hal ini bisa dilakukan karena pasien kooperatif dan dapat bekerjasama saat dilakukan intervensi, dimana dalam penelitian ini pasien dapat bersikap kooperatif dan menerima saran dan masukan dari perawat untuk menghindari terjadinya resiko penurunan skor skala braden. Dari hasil observasi peneliti didapatkan pasien nampak lebih nyaman dan tenang, skor skala braden meningkat 1

setiap harinya dan hasil yang didapatkan pada pasien masalah teratasi dengan melakukan intervensi *message effleurage* menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO) yang dilakukan selama 3 hari berturut-turut, terbukti efektif dalam mencegah terjadinya resiko luka tekan pada pasien tirah baring lama/*bedrest*.

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan

Dapat disimpulkan bahwa proses keperawatan dimulai dari pengkajian, penentuan diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi tentang Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Traumatic Brain Injury (TBI) Post Op Evakuasi Craniotomy Hematoma Kondisi Bedrest* : Resiko Luka Tekan Dengan Intervensi *Message Effleurage* Menggunakan *Virgin Coconut Oil (VCO)* Di Ruang *Intensive Care Unit (ICU)* Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo Kota Makassar.

1. Hasil pengkajian yang didapat dari kasus yaitu pengkajian yang dilakukan pada pasien tanggal 17 September 2024 pukul 10.30 WITA menunjukkan adanya tanda dan gejala yaitu kulit pasien nampak kering dan bersisik, nampak adanya kemerahan pada bagian punggung dan pinggang belakang (Derajat I).
2. Pada penegakkan diagnosis keperawatan ditemukan 3 diagnosis di antaranya, Penurunan kapasitas adaptif intrakranial, Gangguan mobilitas fisik dan Risiko gangguan integritas kulit/jaringan. Dalam teori muncul 3 diagnosis keperawatan yang sesuai dengan tanda dan gejala pasien.
3. Rencana intervensi yang dapat dilakukan oleh peneliti dengan diagnosis risiko gangguan integritas kulit/jaringan, yaitu intervensi *message effleurage* menggunakan *Virgin Coconut Oil* selama 3 hari berturut-turut, untuk meningkatkan skor skala braden pada resiko luka tekan.
4. Pelaksanaan implementasi keperawatan dilakukan pada diagnosis keperawatan risiko gangguan integritas kulit/jaringan yang dilakukan sesuai SPO selama 3 hari.
5. Dilakukan evaluasi keperawatan yakni sebelum dilakukan *message effleurage* menggunakan *Virgin Coconut Oil* terlebih dahulu mengidentifikasi skor skala braden menggunakan pengkajian skala braden, setelah dilakukan *message effleurage* diidentifikasi kembali hal

ini dilakukan selama 3 hari. Kemudian mengevaluasi intervensi dari diagnosis yang ditegakkan.

6. Setelah dilakukan implementasi dapat dianalisis bahwa *message effleurage* mempunyai pengaruh yang cukup signifikan pada hari ke 3 dengan durasi waktu 4-5 menit, dimana nilai skor skala braden meningkat. Pada hari I didapatkan skor skala braden 13 (risiko sedang), pada hari ke hari II didapatkan skor meningkat menjadi 14 (risiko sedang) dan pada hari ke hari ke III didapatkan skor skala braden meningkat menjadi 15 (risiko rendah), jadi dapat disimpulkan bahwa dengan *message effleurage* menggunakan *Virgin Coconut Oil* dapat meningkatkan nilai skor skala braden dan dapat mengurangi terjadinya risiko luka tekan pada pasien tirah baring (*bedrest*).

B. Saran

1. Bagi Pasien

Diharapkan pasien dapat bekerjasama atau bersikap kooperatif dalam menjalani asuhan keperawatan yang diberikan, menjalankan pola hidup sehat mencegah komplikasi lebih lanjut.

2. Bagi Mahasiswa

Semoga dengan laporan KIAN ini dapat dijadikan sebagai pedoman dan meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada anggota keluarga dan kerabat dekat yang mengalami *Traumatic Brain Injury* (TBI).

3. Bagi Institusi (Kampus)

Diharapkan bisa sebagai sumber referensi dalam membantu proses pembelajaran dan meningkatkan pengetahuan peserta didik di institusi.

DAFTAR PUSTAKA

- Adevia, Dewi, N. R., & Ayubbana, S. (2022). Penerapan *Message Effleurage* Menggunakan VCO (*Virgin Coconut Oil*) Terhadap Pencegahan Dekubitus Pada Pasien Stroke Di Ruang Saraf RSUD Jend. Ahmad Yani Metro. *Jurnal Cendekia Muda*, 2(1). diakses 26 Maret 2022.
- Aditya, Beni, & M., &. (2022). Pengaruh Pemberian Oksigenasi Terhadap Pasien Cedera Otak Berat. *Journal of Neuroscience Nursing*, 50(40)(2470251). <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/JNN.000000000000000>.
- Angeline, K., Kandasamy, R., & Chinnappan, P. R. (2022). *Effect of Vibration Effleurage Petrissage Massager Device on Prevention of Pressure Ulcer among Immobilized Patients: An Experimental Study*. *Pondicherry Journal of Nursing*, 14*(4), 83–85. <https://doi.org/https://doi.org/10.5005/jp-journals-10084-13123>.
- Ariyani, L. D. & Ari, P. N. (2023). Penerapan Alih Tirah Baring Untuk Mencegah Terjadinya Dekubitus Pada Pasien Bedrest. *Program Studi Profesi Ners Program Profesi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kusuma Husada Surakarta*.
- Astuti, G. P., & Setiyawan, A. (2023). Penerapan Pemberian *Virgin Coconut Oil* (VCO) Melalui *Message* Terhadap Pencegahan Luka Tekan Pasien Tirah Baring Di Ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Karanganyar. *Jurnal Ventilator*, 1(3), 108–117.
- Awaliyani, Alfiyah, V., Aria Pranatha, A., & Wulan, N. (2021). Pengaruh Penggunaan Buku Sdki, Slki, dan Siki Terhadap Peningkatan Pengetahuan Perawat Dalam Membuat Dokumentasi Keperawatan Berbasis Sdki, Slki, dan Siki Di Rumah Sakit KMC Kuningan Tahun 2021. *Journal Of Nursing Practice and Education*, 2(1), 22–32. <https://doi.org/https://doi.org/10.34305/jnpe.v2il.334>.
- Az Zahra, A. A., Supriyadi, & Dwiningsih, S. U. (2023). Pengaruh *Message Effleurage* dengan *Virgin Coconut Oil* (VCO) Terhadap Pencegahan Risiko Dekubitus pada Pasien Stroke Non Hemoragik. *Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*, 13(2), 665–672. <https://doi.org/https://doi.org/10.32583/pskm.v13i2.785>.
- Badrujamaludin, A., Melanie, R., & Nurdiantini, N. (2022). *Pengaruh mobilisasi dan massage terhadap pencegahan risiko luka tekan pada pasien tirah baring*. 15(4), 610–623.
- Cicielia, N., Rahayu, E., & Kep, M. (2023). *Pengaruh Pemberian Alih Baring Untuk Menghindari Luka Tekan Grade 1 Pada Pasien Imobilisasi*. 5(2019), 28–35.

- Darmareja, R. Kosasih, C. E., & Priambodo, A. P. (2020). *The Effect Of Effleurage Massage Using Virgin Coconut Oil On The Risk Level Of Pressure Ulcers In Intensive Care Unit Patients. Jurnal Keperawatan Soedirman, 15(3).*
- Emilia, I., Putri, Y. P., Novianti, D., & Niarti, M. (2021). *Pembuatan Virgin Coconut Oil (VCO) dengan Cara Fermentasi di Desa Gunung Megang Kecamatan Gunung Megang Muara Enim. 18(1), 88–92.* <https://doi.org/10.31851/sainmatika.v18i1.5679>.
- Fatimah, Djubaedah, S., & Febrianti, D. (2022). Pengaruh Pemberian *Virgin Coconut Oil (VCO)* Melalui *Massage* terhadap Pencegahan Luka Tekan terhadap Pasien Tirah Baring di Ruang ICU RSUD Dr. Chasbullah Abdulmajid Kota Bekasi. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Perkotaan, 2(2), 23–38.* <https://doi.org/https://doi.org/10.37012/jkmp.v2i2.1553>.
- Fauziyah, R. (2022). Hubungan Skor Marshall Pada Gambaran *Ct-Scan* Kepala Terhadap *Score GCS* Pasien Cedera Kepala di RSUD Dr. Wahidin Sudirohusodo tahun 2021. *The Correclation Of Marshall Score In Head Ct Scan Images And GCS Score Of Head Injury Patients At Dr. Wahidin Sudirohusodo Hospital in 2021.*
- Getachew, N., Unduh, T., Gratis, M., & Yilkal, M. (2023). *Insiden dan Prediktor Mortalitas pada Pasien dengan Cedera Otak Traumatik di Universitas Gondar Rumah Sakit Spesialis Komprehensif , Northwest Ethiopia : Sebuah Studi Tindak Lanjut Retrospektif. April.*
- Greynike, Putri Astuti Pendidikan, P., Ners, P., Pendidikan, P., Ners, P., & Setiyawan, A. (2023). *Penerapan Pemberian Virgin Coconut Oil (VCO) Melalui Massage Terhadap Pencegahan Luka Tekan Pasien Tirah Baring Di Ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Karanganyar. 1(3).* <https://doi.org/https://doi.org/10.59680/ventilator.v1i3.463>.
- Ismoyowati, T. W., Binarti, E., Mahanani, R., & Silas. (2021). Stimulasi Auditori pada Pasien Cedera Kepala dengan Penurunan Kesadaran Diri. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes, 12(April), 167–172.* <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.33846/sf12nk232>.
- Kemendes. (2022). *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tatalaksana Cedera Otak Traumatik. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 1–52.*
- Kustina, D. S. W., Samiasih, A., & Rosidi, A. (2022). Perawatan Kulit Dengan Minyak Zaitun Dan Minyak Almond Menurunkan Status Risiko Dekubitus. *Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan Masyarakat STIKES Cendekia Utama Kudus, 11(1), 1–14.*

- Linggi, E. B., Wirmando, & Kurnia, M., & A, N. T. (2021). Pengaruh Pemberian *Virgin Coconut Oil* (VCO) Terhadap Luka Dekubitus Pada Pasien Tirah Baring Lama di RS Stella Makassar. *Kesehatan Suara Forikes*, 12, 120–123. <http://forikes-ejournal.com/index.php/SF>.
- Mawarni, I. (2020). Asuhan Keperawatan Pasien Cedera Kepala Dengan Masalah Keperawatan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif. *Universitas Muhammadiyah Ponorogo*.
- Mulyono, D. (2021). Perbedaan *Nationale Early Warning Score* dan *Glasgow Coma Scale* dalam Memprediksi Outcome Pasien Trauma Kepala di Instalasi Gawat Darurat. *Jakhkj*, 7(1), 15–23.
- Narti, W., Gani, A. B., Makmun, A., & Hasbi, B. E. (2022). Karakteristik Pasien Cedera Kepala Di Rumah Sakit Ibnu Sina Makassar Tahun 2022. *Fakumi Medical Journal: Jurnal Mahasiswa Kedokteran*, 2(5), 359–367. <https://doi.org/https://doi.org/10.33096/fmj.v3i11.413>.
- National, Ulcer, P., & Panel, A. (2019). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries : Quick Reference Guide* (National Pressure Ulcer Advisory Panel (ed); 3 ed.). *European Pressure Ulcer Advisory Panel*.
- PPNI. (2018a). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (Edisi 1).
- PPNI. (2018b). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (Edisi 1).
- Prastiwi, F., & Lestari, S. P. (2021). Tinjauan Literatur: Efektifitas Minyak Zaitun Dalam Pencegahan Ulkus Dekubitus. *Majalah Kesehatan*, 8*(4), 233–241. <https://doi.org/https://doi.org/10.21776/ub.majalahkesehatan.2021.008.04.7>.
- Pratama, R., Laksono, B., & Fatoni, A. (2020). Manajemen Nyeri Akut Pasca-Kraniotomi. *Journal of Anaesthesia and Pain*, Vol 1(3).
- Pusbankes, T. (2019). *Trauma and Cardiac Life Support (BT&CLS) Penanggulangan Penderita Gawat Darurat (PPGD)* (Edisi X. T).
- Rahayu, C. C. R., Margono, & Hidayah, N. (2022). Pengaruh Message Dengan *Virgin Coconut Oil* Terhadap Kejadian Luka Dekubitus Di Ruang ICU RSUD Temanggung. *Prosding University Research Colloquium*, 239–244.
- Rahmawati, T., & Supadmi, D. (2023). *Application of Effleurage Massage With Virgin Coconut Oil (VCO) to Prevention of Decubitus in Patients Bedrest in ICU Salatiga Citi Hospital*. *Jurnal OSADHAWEDYAH*, 1(3), 81–88.

<https://nafatimahpustaka.org/osadhawedyah>.

- Ramadani. R. (2020). *Hubungan Cedera Otak Traumatik Dengan Peningkatan Kadar Gula Darah di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar*.
- Ruby, K. P., & Jennie L. Ponsford, et al. (2022). *Agitated Behaviors Following Traumatic Brain Injury: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prevalence by Post-Traumatic Amnesia Status, Hospital Setting, and Agitated Behavior Type, Sistematic Review*.
<https://doi.org/10.1089/neu.2021.0257>.
- Santiko, S., & Faidah, N. (2020). Pengaruh *Message Effleurage* Dengan *Virgin Coconut Oil* (VCO) Terhadap Pencegahan Dekubitus Pada Pasien *Bedrest* Di Ruang Instalasi Rawat Intensive (IRIN) RS Mardi Rahayu Kudus. *Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan Masyarakat Cedekia Utama*, 9(2), 191.
<https://doi.org/10.31596/jcu.v9i2.600>.
- Santosa, H., Yuliati, I., & Jaka, M. (2020). Rancang Bangun Alat Sentrifugal Pencuci Daging Buah Kelapa Menggunakan Cairan Air Kelapa. *Jurnal Metris*, 21(1), 31–36.
<https://doi.org/10.25170/metris.v21i01.24.30>.
- Sari, D. N. dkk. (2023). *Message Effleurage* VCO Terhadap Pencegahan Dekubitus pada Pasien Tirah Baring di RS Pandan Arang Boyolali. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 2(3), 410–416.
<https://doi.org/10.54259/sehatrakyat.v2i3.1965>.
- Sinantawati, I. (2020). *Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Dengan Gangguan Oksigenasi Kasus Cedera Kepala Berat Pada Tn. K Di Ruang IGD RSUD Jendral Ahmad Yani Metro Tanggal 22 November*. 7–19.
- Sudirohusodo, R. D. W. (2022). *Dashboard RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo*.
<https://dashboard.rsupwahidin.com/#all>.
- Sudjud, Widiyanto, R., Patrianingrum, & Meilani. (2020). *Tata Laksana Jalan Napas pada Pasien Trauma Maksilofasial , Cedera Kepala Ringan , Fraktur Tulang Cervikal , Fraktur Depressed Terbuka dan Fraktur Basis Cranii Airway Management in Patient Trauma Maxillofacialwith Mild Head Injury , Open Fracture Depresse*. 38, 139–146.
- Sumah, D. F. (2020). Keberhasilan Penggunaan *Virgin Coconut Oil* secara Topikal Untuk Pencegahan Luka Tekan (Dekubitus) Pasien Stroke di Rumah Sakit Sumber Hidup Ambon. *Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan*, 16, 93–102.
<https://jurnal.umj.ac.id/index.php/JKK%0APendahuluan>.
- Ukhtul Izzah. (2022). Efektifitas Skala Braden Dan Skala Waterlow Dalam

Mendeteksi Dini Resiko Terjadinya Pressure Ulcers Di Ruang Perawatan Penyakit Dalam RSUD Blambangan Banyuwangi Tahun 2020-2021. *Healthy, 10 No.2 Me.*

Utami, M. P. S., Rahayu, N. W., Astuti, N. W., & Amerika, D. (2021). *Perubahan Tingkat Kesadaran Pada Pasien Cedera Kepala Sedang (CKS) Dengan Terapi Oksigen Dan Posisi Head Up 30° : Literatur Review.* 9,52–57.

Utari, Y., Erfina, Y., & Sartika, L. (2023). Perbedaan *Message Effleurage* Menggunakan *Olive Oil* dan *Baby Oil* Terhadap Pencegahan Dekubitus Punggung Pasien Stroke Di ICU. *Indonesian Journal of Nursing Health Science, Vol, 8, No.* <https://doi.org/https://doi.org/10.47007/ijnhs.v8i1.6482>.

Vos, T. Lim, S. S., Abbafati, C., K. M., & Abbasi, M., Abbasifard, M., Abbasi-Kangevari, M., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdelalim, A., Abdollahi, M., Abdollahpour, I., Abolhassani, H., Aboyans, V., Abrams, E., M., Abreu, L. G., Abrigo, M. R. M., Abu-R, C. J. L. (2020). Global Burden of 369 Diseases and Injuries in 204 Countries and Territories, 1990-2019 : A Systematic Analysis for The Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet, 396(10258)(1204–1222).* [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9).

Yessie, & Andra. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cedera Kepala Ringan Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut. *Jurnal Keperawatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo.*

Lampiran 2 Lembar Penjelasan Responden

Assamu' alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh. Bismillah Perkenalkan nama saya Indriani Rasyid, saya adalah Mahasiswa Profesi Ners Program Studi Pendidikan Profesi Ners Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Megarezky, sedang melakukan studi kasus Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) dalam rangka menyelesaikan pendidikan Profesi Ners pada Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Megarezky dengan judul “ Analisis Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Traumatic Brain Injury* (TBI) *Post Op* Evakuasi *Craniotomy* Hematoma Kondisi *Bedrest* : Risiko Luka Tekan Dengan Intervensi *Message Effleurage* Menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO) Di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo Kota Makassar”.

Makassar, 16 September 2024

Penulis

Lampiran 4 Lembar Persetujuan Responden

Lembar Persetujuan Responden

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :.....
TTL/Umur :.....
Pekerjaan :.....
No. Hp/Telp :.....

Benar telah menerima dan mengerti penjelasan dari peneliti tentang penelitian “Analisis Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Traumatic Brain Injury* (TBI) *Post Op* Evakuasi *Craniotomy* Hematoma Kondisi *Bedrest* : Resiko Luka Tekan Dengan Intervensi *Message Effleurage* Menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO) Di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo Kota Makassar”. Termasuk tujuan, manfaat, dan prosedur penelitian. Dengan penuh kesadaran serta tanpa paksaan, saya bersedia menjadi peserta penelitian tersebut.

Demikian persetujuan ini saya sampaikan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Makassar, 16 September 2024.

Yang menyatakan persetujuan

(.....)

LAMPIRAN 5 Lembar Observasi

No. Register Medik : 1217318

Ruangan : *Intensive Care Unit (ICU)*

Nama Perawat : Indriani Rasyid

Nama Pasien	Hari I		Hari II		Hari III	
	Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah
Tn. S	<p>Hasil :</p> <p>Persepsi sensori : 2</p> <p>Kelembaban : 4</p> <p>Aktivitas : 1</p> <p>Mobilitas : 2</p> <p>Nutrisi : 3</p> <p>Gesekan : 1</p>	<p>Hasil :</p> <p>Persepsi sensori : 2</p> <p>Kelembaban : 4</p> <p>Aktivitas : 1</p> <p>Mobilitas : 2</p> <p>Nutrisi : 3</p> <p>Gesekan : 1</p>	<p>Hasil :</p> <p>Persepsi sensori : 2</p> <p>Kelembaban : 4</p> <p>Aktivitas : 1</p> <p>Mobilitas : 3</p> <p>Nutrisi : 3</p> <p>Gesekan : 1</p>	<p>Hasil :</p> <p>Persepsi sensori : 2</p> <p>Kelembaban : 4</p> <p>Aktivitas : 1</p> <p>Mobilitas : 3</p> <p>Nutrisi : 3</p> <p>Gesekan : 1</p>	<p>Hasil :</p> <p>Persepsi sensori : 3</p> <p>Kelembaban : 4</p> <p>Aktivitas : 1</p> <p>Mobilitas : 3</p> <p>Nutrisi : 3</p> <p>Gesekan : 1</p>	<p>Hasil :</p> <p>Persepsi sensori : 3</p> <p>Kelembaban : 4</p> <p>Aktivitas : 1</p> <p>Mobilitas : 3</p> <p>Nutrisi : 3</p> <p>Gesekan : 1</p>
Skor	13 (resiko sedang)	13 (resiko sedang)	14 (resiko sedang)	14 (resiko sedang)	15 (resiko rendah)	15 (resiko rendah)

LAMPIRAN 6

Lembar Pengkajian Resiko *Pressure Ulcer*/Luka TekanBraden Score – untuk menilai resiko terjadinya *Pressure Ulcer*/Luka Tekan

Resiko tinggi : Total skor < 11 Resiko rendah : Total skor 15-16 pada usia dibawah 60 tahun
 Resiko sedang : Total skor 12-14 Total skor 15-18 pada usia diatas 60 tahun

Faktor risiko	Skor & deskripsi			
	1	2	3	4
Persepsi Sensori Kemampuan berespon terhadap ketidaknyamanan	Sama sekali Terbatas Tidak berespon terhadap rangsang nyeri	Sangat Terbatas Hanya berespon terhadap rangsang nyeri	Sedikit Terbatas Berespon pada perintah verbal, tetapi tidak selalu mengkomunikasikan ketidaknyamanannya	Tidak Terganggu Berespon penuh terhadap perintah verbal
Kelembaban Derajat kulit yang terpapar pada kelembaban	Lembab Terus Menerus Terdeteksi linen basah setiap kali dibantu rubah posisi, kulit sering terpapar dengan urine, keringat, dll	Sering Lembab Hampir membutuhkan penggantian linen 1-2 kali setiap shift	Kadang-Kadang Lembab Membutuhkan penggantian linen rata-rata 2-3 kali per hari	Jarang Lembab Kulit biasanya kering, penggantian linen cukup dilakukan sesuai jadwal
Aktivitas Derajat aktivitas fisik	Baring Total	Duduk Di Kursi Kemampuan sangat terbatas, tidak dapat menumpu, BB sendiri dan masih perlu dibantu saat mobilisasi	Kadang-Kadang Jalan Mampu berjalan untuk jarak pendek, aktivitas lebih banyak dilakukan di bed	Sering Berjalan Dapat berjalan keluar kamar
Mobilitas Kemampuan untuk merubah posisi	Immobilitas Sepenuhnya tidak dapat menggerakkan tubuh dan ekstremitas	Sangat Terbatas Mampu menggerakkan tubuh tapi tidak mampu secara	Sedikit Terbatas Mampu menggerakkan tubuh secara berkala tapi	Tidak Terbatas Mampu merubah posisi secara berkala tanpa bantuan

	tanpa bantuan	berkala dan mandiri	tidak optimal/bermakna	
Nutrisi Pola intake makanan	Sangat Buruk Pasien puasa atau pasien dengan asupan cairan per hari sangat kurang, jarang makan lebih dari 1/3 porsi makan yang disajikan	Tidak Adekuat Hanya menghabiskan ½ porsi makan yang disajikan	Adekuat Mampu menghabiskan ¾ porsi makan, menggunakan TPN/NGT yang komposisinya memenuhi ¾ kebutuhan nutrisi	Sangat Baik Menghabiskan 1 porsi makan yang disajikan
Gesekan	Bermasalah Setiap kali mengangkat terjadi gesekan dengan sheet, pasien sering merosot dan harus dibantu saat memperbaiki posisi, pasien spastis dan kontraktur	Potensial Bermasalah Dapat bergerak bebas tapi tetap membutuhkan bantuan minimal	Tidak Bermasalah Bergerak di bed/kursi tanpa bantuan	

LAMPIRAN 7 Lembar Dokumentasi

Dokumentasi Intervensi

Rabu 18 September 2024



Sebelum



Sesudah

Kamis 19 September 2024



Sebelum



Sesudah

Jumat 20 September 2024



Sebelum



Sesudah

LAMPIRAN 8 SOP Intervensi

SOP MESSAGE DENGAN VIRGIN COCONUT OIL UNTUK PENCEGAHAN LUKA TEKAN (DEKUBITUS)

Pengertian	<i>Message</i> merupakan tindakan stimulasi kulit dan jaringan di bahahnya dengan variasi tekanan tangan untuk mengurangi nyeri, memberikan relaksasi, dan meningkatkan sirkulasi
Manfaat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menurunkan ketegangan otot 2. Meningkatkan sirkulasi darah 3. Menurunkan tekanan darah 4. Menurunkan nyeri 5. Menurunkan kecemasan 6. Memberikan kenyamanan 7. Meningkatkan relaksasi
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang mengalami nyeri/ketidaknyamanan 2. Pasien yang mengalami ansietas 3. Pasien dengan keluhan kekuatan dan ketengan otot dan punggung di bahu 4. Pasien dengan kesulitan tidur
Kontraindikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fraktur tulang rusuk atau vertebra 2. Luka bakar 3. Daerah kemerahan pada kulit 4. Luka terbuka pada daerah punggung
Persiapan Alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Selimut mandi 2. Handuk mandi 3. VCO (<i>Virgin Coconut Oil</i>)
Persiapan Lingkungan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatur posisi pasien 2. Mengkaji kondisi pasien 3. Mengkaji kondisi kulit 4. Mengkaji tekanan darah
Persiapan Perawat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beri salam dan perkenalkan diri 2. Kaji kondisi pasien 3. Jaga privasi pasien 4. Jelaskan pemberian intervensi 5. Mencuci tangan
Prosedur Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beritahu pasien bahwa tindakan akan segera dimulai 2. Cek alat-alat yang akan digunakan 3. Dekatkan alat ke sisi tempat tidur pasien 4. Posisikan pasien senyaman mungkin 5. Mencuci tangan 6. Periksa keadaan kulit dan tekanan darah sebelum memulai <i>message</i> punggung 7. Bantu pasien melepas baju 8. Bantu pasien dengan posisi pronasi

	<ol style="list-style-type: none"> 9. Buka punggung pasien, bahu, lengan atas tutup sisanya dengan selimut mandi 10. Aplikasikan <i>Virgin coconut oil</i> pada bahu dan punggung 11. Meletakkan kedua tangan pada sisi kanan dan kiri tulang belakang pasien. Memulai <i>message</i> dengan gerakan <i>effleurage</i>, yaitu <i>message</i> dengan gerakan sirkuler dan lembut secara perlahan ke atas menuju bahu dan kembali kebawah hingga kebokong. Menjaga tangan tanpa tetap menyentuh kulit 12. <i>Effleurage</i> diberikan diawal, diselah pergantian antara gerakan dan akhiri sesi <i>message</i> punggung 13. Akhiri gerakan dengan <i>message</i> memanjang kebawah 14. Bersihkan sisa minyak VCO pada punggung dengan handuk 15. Bantu pasien memakai baju kembali 16. Bantu pasien ke posisi semula 17. Beritahu bahwa tindakan sudah selesai 18. Bereskan alat-alat yang telah digunakan 19. Kaji respon pasien
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi respon pasien 2. Mengecek kembali tekanan darah pasien 3. Akhiri pertemuan dengan baik





LAMPIRAN 9 Lembar Bimbingan

FORMAT KEGIATAN BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Indriani Rasyid, S. Kcp





Pembimbing I : Juhelnita, S. Kep., Ns., M. Kep

Pembimbing II : Sardianto, S. Kep., Ns., M. Kep

No/Hari/Tanggal Bimbingan	Topik/Materi dan Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
1. Pembimbing I Kamis (19 September 2024)	Konsultasi judul KIA	
2. Pembimbing I Jumat (22 November 2024)	Konsultasi jurnal intervensi dan judul	
3. Pembimbing I Sabtu (25 Januari 2025)	Perbaiki BAB I, perbaiki pengantar, tambahkan analisis intervensi KO, dan Lembar observasi serta tambahkan perbaiki klasifikasi data dalam analisa data	
4. Pembimbing I Kamis (30 Januari 2025)	ACC Ujian KIA-N	

FORMAT KEGIATAN BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Indriani Rasyid, S. Kep
Pembimbing I : Juhelnita, S. Kep., Ns., M. Kep
Pembimbing II : Sardianto, S. Kep., Ns., M. Kep

No/Hari/Tanggal Bimbingan	Topik/Materi dan Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
1. Pembimbing II Kamis (19 Desember 2024)	Konsultasi KIA dari BAB I - V	
2. Pembimbing II Sabtu (23 November 2024)	Perbaiki sitasi, pengantaran, step dan bab 4	
3. Pembimbing II Kamis (23 Januari 2025)	Perbaiki typo dan tambahkan analisis intervensi VCO	
4. Pembimbing I Kamis (30 Januari 2025)	ACC Ujian KIA - N	

LAMPIRAN 10 Lembar Jurnal Intervensi Keperawatan

Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga
Universitas Kusuma Husada Surakarta
2024

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN PNEUMONIA KONDISI *BEDREST* RESIKO LUKA TEKAN DENGAN INTERVENSI *MASSAGE EFFLEURAGE* MENGUNAKAN *VIRGIN COCONUT OIL (VCO)*

Ghina Tamamal Afiyah¹ Nikma Alfi Rosida² Ari Peburu Nur Lailiy

¹Mahasiswa Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga Universitas Kusuma
Husada Surakarta

²Dosen Keperawatan Universitas Kusuma Husada Surakarta

³Dosen Keperawatan Universitas Kusuma Husada Surakarta
tamamalghina@gmail.com

ABSTRAK

Pneumonia merupakan suatu infeksi yang menyerang sistem pernapasan terutama pada bagian alveolus yang diakibatkan oleh virus, bakteri maupun jamur yang akan menyebabkan inflamasi. Pneumonia akan menyebabkan suplai oksigen dalam tubuh menurun yang memicu terjadinya kelelahan pada pernapasan dan akan menyebabkan *bedrest* pada pasien. Pasien dengan tirah baring yang lama memiliki risiko gangguan yang beraneka macam seperti iritasi kulit yang berdampak pada timbulnya ulkus dekubitus atau luka tekan. Upaya untuk mengatasi resiko luka tekan adalah dengan memberi tindakan *massage effleurage* menggunakan *Virgin Coconut Oil (VCO)*. Tujuan studi kasus ini adalah untuk mengetahui gambaran asuhan keperawatan pasien pneumonia dengan kondisi *bedrest*: resiko luka tekan dengan intervensi *massage effleurage* menggunakan VCO. Jenis penelitian ini menggunakan metode pendekatan studi kasus. Subjek studi kasus ini dilakukan pada satu orang pasien dengan penyakit pneumonia di ruang ICU. Dengan kondisi *bedrest* ±3 bulan, dan terpasang kasur dekubitus. Pasien diberikan tindakan *massage effleurage* menggunakan VCO untuk mengatasi terjadinya resiko luka tekan. Hasil studi menunjukkan bahwa tindakan *massage effleurage* menggunakan VCO selama 2 kali (pagi dan sore) setelah mandi dengan durasi 4-5 menit yang dilakukan selama 3 hari menunjukkan adanya peningkatan pada skala braden.

Kata kunci: Pneumonia, *Bedrest*, Resiko luka tekan, *Massage effleurage*, *Virgin Coconut Oil (VCO)*.

NURSING STUDY PROGRAM OF DIPLOMA 3 PROGRAMS
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
UNIVERSITY OF KUSUMA HUSADA SURAKARTA
2024

**NURSING CARE FOR PNEUMONIA PATIENTS IN BED REST
CONDITIONS AT RISK OF PRESSURE SORES USING EFFLEURAGE
MASSAGE INTERVENTIONS WITH VIRGIN COCONUT OIL (VCO)**

Ghina Tamamal Afiyah' Nikma Alfi Rosida' Ari Pebru Nur Laily

¹⁾Student of Nursing Study Program of Diploma 3 Programs, University of
Kusuma Husada Surakarta

²⁾Lecturer of the University of Kusuma Husada Surakarta

³⁾Lecturer of the University of Kusuma Husada Surakarta
tamamalghina@gmail.com

ABSTRACT

Pneumonia is an infection that attacks the respiratory system, especially the alveolus, caused by viruses, bacteria, or fungi that will cause inflammation. Pneumonia will result in decreased oxygen supply in the body. This factor will lead to respiratory fatigue and bed rest in patients. Patients with prolonged bedrest have a risk of various disorders of skin irritation, resulting in the development of decubitus ulcers or pressure sores. An action to overwhelm the risk of pressure sores is effleurage massage using Virgin Coconut Oil (VCO). The case study aimed to define the nursing care of pneumonia patients with bedrest conditions: the risk of pressure sores with effleurage massage interventions using VCO. The type of research employed the case study method. The subject was one patient with pneumonia in the ICU room in bedrest conditions \pm 3 months and a decubitus mattress installed. The patient obtained effleurage massage with virgin coconut oil (VCO) to address the risk of pressure ulcers. The administering of effleurage massage with VCO twice daily (morning and evening) for 4-5 minutes after bathing over three days resulted in the Braden scale improvement.

Keywords: Bedrest, Effleurage Massage, Pneumonia, Risk of Pressure Sore,
Virgin Coconut Oil (VCO)

Translated by Unit Pusat Bahasa UKH

Bambang A Syukur, M.Pd.

HPI-01-20-3697

PENDAHULUAN

Pneumonia adalah suatu infeksi paru-paru yang biasanya disebabkan oleh bakteri, virus maupun jamur. Kantung-kantung udara dalam paru-paru yang disebut alveoli dipenuhi cairan dan nanah sehingga kemampuan menyerap oksigen menjadi kurang (Utama, 2018).

Berdasarkan data dari WHO menyatakan bahwa penyebab kematian tertinggi akibat penyakit infeksi di dunia adalah infeksi saluran pernapasan akut termasuk pneumonia. Pneumonia merupakan penyebab kematian nomor sembilan di Brunai, nomor tujuh di Malaysia, nomor tiga di Singapura, nomor enam di Thailand, dan nomor tiga di Vietnam (Irawan *et al.*, 2020).

Menurut Riset Kesehatan Daerah pada tahun 2018, diketahui bahwa penderita pneumonia meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Pada kelompok usia 55-64 tahun mencapai 2,5%, pada kelompok usia 65-74 tahun sebesar 3,0% dan pada kelompok usia 75 tahun keatas mencapai 2,9% (Kemenkes, 2022). Pada tahun 2019

pada bulan April - Juni tercatat penderita Pneumonia di RS UNS Surakarta mencapai 32 kasus pasien. Dari data tersebut, diketahui bahwa penderita pneumonia berada di ruangan ICU RS UNS (Asmawarida *et al.*, 2022). Pneumonia sering dijumpai pada pasien rawat inap. Angka mortalitasnya pada pasien rawat inap berkisar antara 5 hingga 15% dan meningkat menjadi 20 hingga 50% untuk perawatan di *Intensive Care Unit* (ICU) (Irawan *et al.*, 2020).

Ada beberapa faktor risiko yang dapat mempengaruhi kejadian pneumonia yaitu seperti usia, berat badan, riwayat merokok, gangguan kesadaran, penggunaan alat bantu pernapasan seperti ventilator, dan tirah baring. Dalam beberapa tahun terakhir terbaring dalam jangka waktu yang lama juga dianggap sebagai faktor resiko infeksi paru atau pneumonia (Chen *et al.*, 2021). Terjadinya *bedrest* pada pasien pneumonia disebabkan karena adanya penurunan fungsional atau kemandirian yang menyebabkan segala kebutuhan pasien pneumonia bergantung pada orang sekitarnya.

Hal ini mengakibatkan penumpukan sekret yang terjadi pada seluruh lobus paru, sehingga morbiditas, mortalitas mengalami peningkatan, dan produktivitas serta kualitas hidup pasien tersebut mengalami penurunan. Adanya tirah baring (*bed rest*) akan memicu terjadinya resiko dekubitus karena kondisi kulit yang terus menerus tertekan dan menyebabkan iskemia (Padmiasih, 2020). Dampak buruk dari imobilisasi salah satunya adalah gangguan integritas kulit yang dapat mengakibatkan terjadinya iritasi dan luka tekan sampai menyebabkan ulkus dekubitus. Ulkus dekubitus diakibatkan karena berkurangnya aliran darah dan akhirnya menyebabkan kematian sel, kerusakan kulit dan pengembangan luka terbuka (Santiko & Faidah, 2020). Pada pasien dengan tirah baring yang mengalami imobilitas akibat *bedrest* dilakukan upaya untuk menjaga kesehatan kulit, tindakan yang dilakukan adalah *massage* dengan menggunakan teknik *effleurage* yaitu teknik yang dilakukan dengan cara menggosok

dan menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO) atau minyak kelapa murni.

Massage effleurage merupakan teknik yang dilakukan dengan cara menggosok. *Massage effleurage* memiliki pengaruh untuk memperlancar sirkulasi darah, maka dari itu pasokan oksigen dapat terpenuhi untuk mencegah terjadinya dekubitus. Pelaksanaan *Massage Effleurage* dengan menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO) dilakukan setelah mandi setiap pagi dan sore hari. *Massage Effleurage* dengan menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO) dilakukan selama 4 menit dalam kurun waktu 3 hari (Rahmawati & Supadmi, 2023).

Hasil penelitian Sari (2023) juga menunjukkan bahwa, *massage effleurage* menggunakan VCO berpengaruh terhadap pencegahan dekubitus yang menunjukkan adanya perubahan kenaikan skala braden yaitu 2-3 skor. Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik untuk menerapkan Asuhan Keperawatan Pasien Tirah Baring Pncumonia: Resiko Luka Tekan Dengan Intervensi *Massage Effleurage*

menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO).

METODE PENELITIAN

Rancangan studi kasus ini adalah rancangan yang dilakukan untuk mengetahui gambaran Asuhan Keperawatan Pasien Pneumonia Kondisi *Bedrest*: Resiko Luka Tekan Dengan Intervensi *Massage Effleurage* Menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO). Metode studi kasus ini adalah deskriptif dengan menggunakan metode pemeriksaan fisik atau observasi, wawancara dan studi dokumentasi kepada pasien. Pada studi kasus ini, subjek penelitian adalah 1 orang pasien diagnosa medis Pneumonia.

Kriteria pasien yang akan dijadikan subjek penelitian adalah pasien *bedrest* selama > 24 jam dan berada di ruang ICU, pasien yang mengalami imobilisasi, pasien/keluarga bersedia menjadi responden, pasien perempuan atau laki-laki. Pasien yang tidak diperbolehkan menjadi responden adalah pasien yang sudah mengalami luka dekubitus.

Tempat pengambilan studi kasus ini dilakukan di RS UNS

Surakarta dengan waktu pengambilan kasus dimulai pada tanggal 6 Februari – 8 Februari 2024 di ruangan ICU dan HCU RS UNS Surakarta.

Tindakan yang diberikan untuk mengatasi masalah resiko luka tekan pada pasien yaitu adalah tindakan *Massage Effleurage* menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO). Tindakan ini dilakukan dengan menggunakan 2cc VCO selama 3 hari berturut-turut 2 kali sehari setiap pagi dan sore setelah mandi dengan durasi waktu 4-5 menit.

Instrumen yang digunakan dalam studi kasus ini adalah Skala Braden yang dilakukan sebelum dan sesudah melakukan *massage effleurage*. Skor maksimal skala Braden yaitu 23, untuk skor > 20 beresiko rendah mengalami dekubitus, 16-20 adalah resiko sedang dekubitus, 11-15 resiko tinggi dekubitus, dan < 10 adalah resiko sangat tinggi dekubitus

HASIL

Subjek studi kasus yang digunakan adalah 1 orang pasien dengan diagnosa medis pneumonia

kondisi *bedrest*. Pasien tersebut bernama Tn. D usia 81 tahun. Hasil pengkajian pada tanggal 6 Februari 2024 menunjukkan GCS 7, kesadaran delirium, keluarga mengatakan bahwa pasien mengeluhkan sesak napas sejak 1 minggu sebelum dibawa ke RS, pasien sudah *bedrest* sejak 3 bulan yang lalu karena riwayat penyakit kanker ginjal dan sudah pernah dirawat di RS, tampak pasien menggunakan ventilator dan intubasi ETT, tampak retraksi dada pada pasien, terdapat suara ronkhi dan terdapat gurgling, sputum pasien kental dan berwarna keruh, tampak pasien juga di restrain dan menggunakan kasur dekubitus. Hasil TTV, tekanan darah 130/85 mmHg, nadi 114x/menit, suhu 36,5°C, SPO₂ 92%, RR 31x/menit.

Pada pengkajian fokus didapatkan hasil **B1 (Breathing)** terdapat tambahan bunyi napas ronkhi +/-, terdapat gurgling, menggunakan ventilator PEEP, terdapat retraksi dada, SPO₂ 92%, RR 31x/menit. **B2 (Blood)** didapatkan hasil tekanan darah 130/85 mmHg, nadi 114x/menit, CRT <2 detik, konjungtiva tidak anemis. **B3 (Brain)**

didapatkan hasil GCS 9 kesadaran delirium, pupil mata isokor, refleks terhadap cahaya +/-, **B4 (Bladder)** pasien terpasang dc kateter, cairan urin yang keluar dalam sehari yaitu ± 1000cc/hari, tidak terdapat masalah dalam BAK, warna kuning jernih. **B5 (Bowel)** pasien menggunakan pampers, BAB pasien berwarna coklat kehitaman, konsistensi cair. **B6 (Bone)** terdapat kelemahan pada anggota ekstremitas atas dan bawah. Kekuatan otot pasien berada di nilai 2 yaitu mampu melakukan gerakan pada tangan dan kaki dengan perlawanan, namun tidak bisa melawan tahanan. Pada pemeriksaan skala Braden didapatkan skor 9 yaitu resiko sangat tinggi dekubitus dengan hasil persepsi sensori skor 1, kelembaban kulit skor 4, aktivitas pasien di skor 1, mobilitas di skor 1, nutrisi pasien di skor 1, gesekan yang terjadi pada pasien di skor 1. Tidak terdapat luka pada punggung pasien, dan tidak ada kemerahan.

Dari hasil data subjektif dan data objektif yang terkumpul, berdasarkan pengkajian pada tanggal 6 Februari 2024 didapatkan bahwa diagnosis keperawatan utama yang

muncul pada pasien yaitu Resiko Luka Tekan (D.0144) didapatkan data subjektif keluarga pasien mengatakan pasien sudah mengalami *bedrest* sejak 3 bulan yang lalu didapatkan data objektif juga yaitu skala Braden pasien di skor 9 (resiko sangat tinggi), usia pasien 81 tahun, tampak pasien menggunakan kasur dekubitus sehingga muncul diagnosis keperawatan resiko luka tekan dibuktikan dengan skala braden 9, penurunan mobilitas, usia >65 tahun, penekanan diatas tonjolan tulang, dan gesekan permukaan kulit.

Setelah dilakukan pengkajian dan observasi awal pada pasien, peneliti merumuskan intervensi yang akan diberikan kepada pasien yaitu, Resiko Luka Tekan (D.0144) diberikan intervensi Pencegahan Luka Tekan (I. 14543) selama 3x24 jam diharapkan Integritas Kulit dan Jaringan (L. 14125) meningkat dengan kriteria hasil hidrasi meningkat, suhu kulit membaik, sensasi membaik, tekstur membaik. Rencana keperawatan yang diberikan berdasarkan kasus antara lain, Objektif: Periksa luka tekan menggunakan skala braden setelah

dan sebelum melakukan *massage*, monitor mobilitas dan aktivitas, Terapeutik: Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat ataupun urin, lakukan *massage effleurage* dengan VCO, gunakan kasur khusus (kasur dekubitus), Edukasi: Ajarkan cara merawat kulit (mengajarkan kepada keluarga cara *massage effleurage* dengan VCO).

Implementasi dilakukan selama 3 hari pagi dan sore hari dimulai pada tanggal 6 Februari 2024 sampai dengan 8 Februari 2024. Implementasi **hari pertama pagi hari** dilakukan pada hari Selasa, 6 Februari 2024 pada pukul 09.30 WIB dimulai dengan memeriksa luka tekan menggunakan skala braden, didapatkan skor skala braden 9 yaitu di (resiko sangat tinggi dekubitus). Selanjutnya, pada pukul 09.30 WIB dilakukan *massage effleurage* menggunakan VCO, pasien tampak sedikit rileks saat dilakukan *massage*. Pukul 09.45 WIB dilakukan kembali pemeriksaan skala braden kemudian didapatkan skor yang sama yaitu 9 (resiko sangat tinggi dekubitus), tidak ada perubahan di pagi hari setelah dilakukan *massage* pada pasien.

Implementasi dilakukan kembali pada **hari pertama di sore hari**, pada pukul 15.15 WIB melakukan pemeriksaan skala Braden pada pasien dan hasilnya berada di skor 9 (resiko sangat tinggi dekubitus). Pada pukul 15.30 WIB melakukan *massage effleurage* menggunakan VCO, pada saat dilakukan *massage* tampak pasien meringis. Selanjutnya, pada pukul 15.40 WIB melakukan pemeriksaan skala Braden pada pasien kembali dan didapatkan hasil skor berada di angka 9 (resiko sangat tinggi dekubitus), tidak ada perubahan setelah dilakukan tindakan *massage effleurage* menggunakan VCO di sore hari.

Implementasi dilakukan pada **hari kedua di pagi hari** Rabu, 7 Februari 2025 pada pukul 10.00 WIB melakukan pemeriksaan skala Braden sebelum dilakukan tindakan *massage*, didapatkan hasil skor 11 (resiko tinggi dekubitus). Pukul 10.10 WIB melakukan *massage effleurage* dengan VCO, saat dilakukan *massage* pasien tampak merasa tidak nyaman ketika diberikan intervensi. Selanjutnya, pukul 10.20 WIB memeriksa kembali skala Braden

setelah dilakukan *massage*, didapatkan hasil skor 11 (resiko tinggi dekubitus) tidak ada perubahan skala Braden setelah dilakukan *massage* di pagi hari, tindakan selanjutnya yaitu mengajarkan cara merawat kulit pada keluarga pasien (cara *massage effleurage* menggunakan VCO) respon keluarga tampak mengerti dengan apa yang diajarkan oleh perawat. Pada **hari kedua di sore hari** pada pukul 15.30 WIB dilakukan kembali pemeriksaan skala Braden sebelum dilakukan *massage* didapatkan hasil skor 11 (resiko tinggi dekubitus). Pada pukul 15.35 WIB melakukan *massage effleurage* menggunakan VCO, pasien tampak sedikit rileks saat dilakukan tindakan *massage*. Selanjutnya, pada pukul 15.45 WIB melakukan pemeriksaan skala Braden kembali setelah dilakukan *massage*, didapatkan hasil skor 11 (resiko tinggi dekubitus) tidak ada perubahan setelah dilakukan *massage* di sore hari, tindakan selanjutnya pukul 16.00 WIB memonitor mobilitas dan aktivitas respon pasien tampak pasien miring kanan dan kiri dibantu oleh keluarga.

Implementasi dilakukan di **hari ketiga di pagi hari** Kamis, 8 Februari 2024 pada pukul 09.45 WIB melakukan pemeriksaan skala Braden sebelum dilakukan *massage* didapatkan hasil skor 12 (resiko tinggi dekubitus). Pada pukul 09.50 WIB melakukan *massage effleurage* menggunakan VCO, pasien tampak meringis saat dilakukan tindakan *massage*. Selanjutnya, pada pukul 10.00 WIB melakukan pemeriksaan skala Braden setelah dilakukan *massage* didapatkan skor di angka 12 (resiko tinggi dekubitus) tidak ada perubahan pada skor skala braden pasien setelah dilakukan *massage* di pagi hari tindakan selanjutnya pukul 10.10 WIB mengeringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat maupun urin respon pasien tampak pasien bergumam dan merasa tidak nyaman, pukul 10.15 WIB menggunakan kasur dekubitus respon pasien tampak nyaman. Implementasi dilakukan di **hari ketiga di sore hari** pada pukul 16.15 WIB melakukan pemeriksaan skala Braden sebelum dilakukan *massage* didapatkan hasil skor 12 (resiko tinggi dekubitus). Pada pukul 16.25 WIB melakukan

massage effleurage menggunakan VCO, pasien tampak sedikit rileks saat dilakukan tindakan *massage*. Selanjutnya, pada pukul 16.40 WIB melakukan pemeriksaan skala Braden setelah dilakukan *massage* didapatkan skor di angka 12 (resiko tinggi dekubitus) tidak ada perubahan pada skor skala braden pasien setelah dilakukan *massage* di sore hari.

Dari studi kasus yang dilakukan terdapat perubahan yaitu meningkatnya skor skala Braden pasien sebelum dan sesudah dilakukan intervensi *massage effleurage* menggunakan VCO. Perubahan tersebut dapat digambarkan dalam tabel berikut ini:

Tabel 1. 1 Hasil pengukuran Skala Braden

Hari/Tanggal	Skor Skala Braden		
	Jam	Pre	Post
Selasa, 6 Februari 2024	09.30	9	9
	15.30	9	9
Rabu, 7 Februari 2024	10.20	11	11
	15.45	11	11
	09.50	12	12

Kamis, 8 Februari 2024	16.25 WIB	12	12
------------------------------	--------------	----	----

Berdasarkan dari tabel 1.1 diketahui bahwa setelah dilakukan tindakan *massage effleurage* menggunakan VCO selama 3 hari berturut-turut dengan frekuensi 2 kali sehari durasi waktu 4-5 menit terdapat peningkatan di setiap harinya. Pada hari pertama sebelum dan sesudah dilakukan *massage effleurage* skor skala Braden adalah 9. Pada hari kedua terdapat peningkatan sebelum dan sesudah dilakukan *massage effleurage* yaitu 11, Pada hari ketiga terdapat peningkatan kembali yaitu skala Braden naik ke skor 12.

PEMBAHASAN

Hasil pengkajian yang dilakukan pada Tn.D dengan pneumonia kondisi *bedrest* didapatkan pasien sesak napas dan batuk disertai ronkhi. Pasien terpasang ventilator PEEP dan intubasi ETT. Pemasangan ventilator dilakukan karena pasien mengalami kondisi penurunan kesadaran serta mengalami sesak napas, tampak

retraksi dada, PCO₂ 68 mEq/dl, nadi 114x/menit dan adanya batuk disertai dengan sekret dengan SPO₂ 92%, RR 31x/menit. Pneumonia dapat terjadi karena proses inflamasi pada jaringan paru-paru yang disebabkan oleh infeksi dari agen-agen mikroorganismenya yang sebelumnya tidak ada pada masa intubasi dan pemasangan ventilasi mekanik (Fischa Awalina *et al.*, 2019). Berdasarkan fakta dan teori tersebut penulis dapat menyimpulkan bahwa penyakit pneumonia terjadi karena penumpukan sekret dan inflamasi pada paru-paru.

Faktor resiko yang memperberat kondisi pasien adalah kebiasaan pasien yang suka merokok, jarang berolahraga, usia pasien >65 tahun yaitu 81 tahun, dan terdapat riwayat penyakit kronis yaitu kanker ginjal. Hal tersebut sesuai dengan teori menurut *National Heart, Lung, and Blood Institute* (2022) yang mengatakan bahwa usia, kebiasaan merokok, dan kondisi medis seperti penyakit kronis termasuk ke dalam faktor resiko pneumonia. Pasien juga mengalami *bedrest* sejak 3 bulan yang lalu dikarenakan riwayat kanker

ginjal. Pasien dengan *bedrest* jangka waktu yang lama biasanya menderita penyakit infeksi paru-paru atau pneumonia dan akan mempengaruhi kualitas hidup pasien (Chen *et al.*, 2021). Berdasarkan fakta dan teori tersebut penulis dapat menyimpulkan bahwa faktor resiko yang memperberat pasien pneumonia berada di usia, kebiasaan, dan penyakit penyerta.

Dikatakan juga bahwa pasien sudah mengalami *bedrest* dari 3 bulan yang lalu karena riwayat kanker ginjal. Tirah baring dalam jangka waktu yang lama tersebut bisa menyebabkan resiko terjadinya luka tekan ataupun dekubitus karena adanya gesekan maupun tekanan pada tonjolan tulang di punggung pasien dan tidak adanya oksigen yang mengalir dalam punggung pasien sehingga dapat menyebabkan terjadinya resiko luka tekan ataupun dekubitus (Fatimah *et al.*, 2022). Berdasarkan fakta tersebut, penulis dapat menyimpulkan bahwa tirah baring yang terjadi dalam jangka waktu yang lama akan menyebabkan terjadinya resiko luka tekan ataupun dekubitus.

Pasien menggunakan kasur dekubitus sebagai tindakan yang diberikan dari pihak rumah sakit. dikarenakan terdapat faktor *bedrest* sejak 3 bulan yang lalu sampai berada di rumah sakit. Pada jurnal Fatimah *et al* (2022), tidak tercantum bahwa pasien menggunakan kasur dekubitus sebagai pendamping intervensi, dalam jurnal hanya terdapat tindakan intervensi *massage effleurage* menggunakan VCO. Maka dari itu, penulis memberikan intervensi *massage effleurage* menggunakan VCO dengan didampingi kasur dekubitus yang diberikan oleh pihak RS, disamping itu juga kasur dekubitus juga dapat membantu meminimalisir terjadinya luka tekan.

Studi kasus ini menegakkan diagnosis keperawatan Resiko Luka Tekan (D.0144) dibuktikan dengan skala Braden 9, penurunan mobilitas, usia >65 tahun, penekanan diatas tonjolan tulang, dan gesekan permukaan kulit sebagai prioritas diagnosis utama. Pada studi kasus ini diperoleh diagnosis utama dengan cara mengambil kasus dari salah satu pasien bernama Tn. D yang menderita pneumonia dengan kondisi *bedrest*.

Masalah yang muncul pada pasien yaitu keluarga mengatakan bahwa 3 bulan yang lalu pasien sudah mengalami tirah baring karena riwayat kanker ginjal, skala braden pasien yang berada di skor 9 (resiko sangat tinggi dekubitus), usia pasien yang sudah 81 tahun, dan terpasang kasur dekubitus.

Resiko luka tekan sendiri memiliki definisi beresiko mengalami cedera lokal pada kulit atau jaringan, biasanya pada tonjolan tulang akibat tekanan atau gesekan. Adapun faktor resiko yang sesuai dengan pasien yaitu skala braden <18 yaitu di skor 9 (resiko sangat tinggi dekubitus), penurunan mobilitas, usia pasien >65 tahun yaitu 81 tahun (PPNI, 2017). Berdasarkan fakta dan teori tersebut, penulis dapat menegakkan diagnosis Resiko Luka Tekan (D.0144) karena hal tersebut sesuai dengan yang dialami oleh pasien pada saat dilakukan pengkajian dan dapat mempengaruhi terjadinya resiko terjadinya dekubitus. Menurut PPNI SLKI (2018), setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Integritas Kulit dan Jaringan (L. 14125) meningkat

dengan kriteria hasil hidrasi meningkat, suhu kulit membaik, sensasi membaik, tekstur membaik. Intervensi yang dapat ditegakkan sesuai dengan masalah tersebut adalah Pencegahan Luka Tekan (L. 14543), Observasi : periksa luka tekan menggunakan skala braden setelah dan sebelum melakukan *massage*, monitor mobilitas dan aktivitas. Skala braden berfungsi untuk menilai resiko cedera akibat tekanan yang terjadi pada tubuh pasien dengan kondisi bedrest (Huang, 2021). Terapeutik : keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat ataupun urin, lakukan *massage effleurage* dengan VCO, gunakan kasur khusus (kasur dekubitus). Edukasi : ajarkan cara merawat kulit (mengajarkan kepada keluarga cara *massage effleurage* dengan VCO). Intervensi *massage effleurage* menggunakan VCO dilakukan selama 3 hari dengan durasi 4-5 menit sebanyak 2x sehari pagi dan sore hari (Rahmawati & Supadmi, 2023).

Massage Effleurage memiliki efek memperlancar sirkulasi darah, sehingga pasokan oksigen dapat

terpenuhi untuk mencegah terjadinya dekubitus. *Virgin Coconut Oil* (VCO) yang digunakan sebagai pelumas *massage* sendiri mengandung antioksidan dan vitamin E yang bermanfaat sebagai pelembab untuk mencegah kulit kering serta menutrisi kulit agar terhindar dari adanya resiko luka tekan maupun dekubitus (Sari, 2023). Menurut Adevia (2022), efek yang akan terjadi pada tindakan *massage effleurage* adalah mencegah terjadinya penebalan pada jaringan bawah kulit dan kulit akan menjadi lunak dan elastis. *Massage Effleurage* memiliki efek memperlancar sirkulasi darah, sehingga pasokan oksigen dapat terpenuhi untuk mencegah terjadinya dekubitus. Berdasarkan fakta dan teori tersebut maka penulis dapat membuat perencanaan keperawatan sesuai dengan teori yang ada yaitu melakukan *massage effleurage* menggunakan VCO guna untuk mencegah adanya resiko dekubitus pada pasien dengan *bedrest* jangka waktu lama.

Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh penulis selama 3x24 jam pada asuhan keperawatan Tn. D difokuskan untuk mengatasi

permasalahan Resiko luka tekan (D.0144). Sebelum dan sesudah dilakukan tindakan *massage effleurage* menggunakan VCO penulis melakukan pemeriksaan skala braden untuk mengetahui skor resiko dekubitus pada pasien, dengan mengetahui 5 subskala (persepsi sensori, aktivitas, mobilitas, status nutrisi, dan kelembaban) akan mendapat skor dari 1-4, dimana 4 menggambarkan kondisi terbaik. Sedangkan pada subskala yang terakhir (pergesekan) akan mendapat skor 1-3, dengan 3 menggambarkan kondisi terbaik. Skor maksimum pada skala *Braden* adalah 23. Skor >20 resiko rendah dekubitus, 16-20 resiko sedang, 11-15 resiko tinggi, dan <10 resiko sangat tinggi (Prihati, 2019).

Setelah dilakukan tindakan pemeriksaan skala braden selanjutnya tindakan *massage effleurage* menggunakan VCO, 2 kali sehari pagi dan sore setelah mandi. *Massage effleurage* dilakukan selama 4-5 menit dalam waktu 3 hari. Tindakan tersebut dilakukan setelah mendapat persetujuan dari pasien maupun keluarga pasien. *Massage effleurage* menggunakan VCO dilakukan

dengan gerakan mengusap secara perlahan dari bawah ke atas dari arah *sacrum*, lalu ke bagian punggung sampai arah *scapula*. Kemudian dari atas ke bawah dari *scapula* ke arah punggung bagian *sacrum*. Terakhir, dari kanan ke kiri dari arah dalam keluar, *massage* tersebut dilakukan selama 4-5 menit (Rahmawati & Supadmi, 2023). Dalam jurnal Fatimah et al., (2022) *massage effleurage* menggunakan VCO dilakukan pada area punggung dan tumit dan diukur menggunakan skala braden. Tetapi, penulis hanya memberikan tindakan *massage* di daerah punggung saja, dan untuk tumit hanya diberikan tindakan pemberian lotion untuk merawat kesehatan kulit pada tumit. Pemberian tindakan *massage effleurage* menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO) yang dilakukan dalam waktu 4-5 menit dapat diberikan kepada pasien dengan diagnosis keperawatan resiko luka tekan untuk mencegah adanya luka tekan pada pasien. Sedangkan pemeriksaan skala braden dapat diberikan pada pasien dengan kondisi

bedrest untuk memeriksa nilai resiko luka tekan pada pasien.

Evaluasi keperawatan dilakukan selama 3 hari dimulai pada tanggal 6 Februari – 8 Februari 2024 dan didapatkan hasil peningkatan skor skala braden pada setiap harinya setelah dilakukan tindakan keperawatan *massage effleurage* menggunakan VCO selama 2 kali sehari yaitu peningkatan 2 skor dihitung dari hari pertama. Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sari (2023), yaitu *massage effleurage* menggunakan VCO berpengaruh terhadap pencegahan dekubitus yang menunjukkan adanya perubahan kenaikan skala braden yaitu 2-3 skor. Menurut Adevia (2022), efek yang akan terjadi pada tindakan *massage effleurage* adalah mencegah terjadinya penebalan pada jaringan bawah kulit dan kulit akan menjadi lunak dan elastis. *Massage Effleurage* memiliki efek memperlancar sirkulasi darah, sehingga pasokan oksigen dapat terpenuhi untuk mencegah terjadinya dekubitus. Sedangkan, *Virgin Coconut Oil* (VCO) yang digunakan sebagai pelumas *massage*

sendiri mengandung antioksidan dan vitamin E yang bermanfaat sebagai pelembab untuk mencegah kulit kering serta menutrisi kulit agar terhindar dari adanya resiko luka tekan maupun dekubitus (Sari, 2023). Dari fakta dan teori tersebut penulis menyimpulkan bahwa pencegahan resiko dekubitus menggunakan *massage effleurage* menggunakan VCO memberikan pengaruh dan peningkatan skor skala braden pada pasien tirah baring dengan kenaikan skor 1 disetiap harinya yaitu, 9 di hari pertama, 11 di hari kedua dan 12 di hari ketiga.

KESIMPULAN

Studi kasus yang dilakukan untuk mengatasi permasalahan pada pasien pneumonia kondisi *bedrest* dengan diagnosis keperawatan resiko luka tekan dibuktikan dengan skala Braden 9, penurunan mobilitas, usia >65 tahun, penekanan diatas tonjolan tulang, dan gesekan permukaan kulit setelah diberikan intervensi *massage effleurage* menggunakan VCO selama 3 hari berturut-turut dengan frekuensi 2 kali sehari di pagi dan sore setelah mandi dengan waktu 4-5 menit terdapat peningkatan skor skala

Braden yaitu dari skor 9 di hari pertama, skor 11 di hari kedua, dan skor 12 di hari ketiga. Jadi, tindakan tersebut terbukti efektif dalam mencegah resiko luka tekan pada pasien *bedrest*.

SARAN

Setelah penulis menerapkan asuhan keperawatan pasien pneumonia kondisi *bedrest* resiko luka tekan dengan intervensi *massage effleurage* menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO), maka penulis akan memberikan saran yang diharapkan akan menjadi sebuah masukan yang membangun di bidang kesehatan khususnya di bidang keperawatan.

1. Bagi rumah sakit

Diharapkan studi kasus yang penulis buat akan memberikan manfaat yang akan meningkatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas, profesional dan menjadikan perawat lebih terampil dan inovatif dalam memberikan asuhan keperawatan. Bagi rumah sakit khususnya pada Rumah sakit Universitas Sebelas Maret Surakarta diharapkan dapat

memberikan manfaat dan mendukung kesehatan pasien.

2. Bagi Institusi pendidikan

Diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan serta wawasan mengenai ilmu keperawatan khususnya pada pasien pneumonia dengan kondisi *bedrest* resiko luka tekan yang diberikan intervensi *massage effleurage* menggunakan VCO.

3. Bagi pasien

Diharapkan dapat membantu menangani masalah pasien terutama pada pasien pneumonia dengan kondisi *bedrest* resiko luka tekan yang diberikan intervensi *massage effleurage* menggunakan VCO. Intervensi ini diharapkan juga bisa diterapkan di rumah dengan bantuan keluarga.

4. Bagi penulis

Diharapkan penulis dapat menambah wawasan, pengalaman serta ilmu pengetahuan mengenai konsep studi kasus asuhan keperawatan pasien pneumonia dengan kondisi *bedrest* resiko luka tekan yang diberikan intervensi *massage effleurage* menggunakan VCO.

DAFTAR PUSTAKA

- Adevia, Dewi, N. R., & Ayubbana, S. (2022). Penerapan Massage Effleurage Menggunakan Vco (Virgin Coconut Oil) Terhadap Pencegahan Dekubitus Pada Pasien Stroke Di Ruang Saraf Rsud Jend. Ahmad Yani Metro. *Jurnal Cendikia Muda*, 2(1), Diakses 26 Maret 2022.
- Amirsyah, M., Amirsyah, M., & Putra, M. I. A. P. (2020). Ulkus Dekubitus pada Penderita Stroke. *Kesehatan Cegahdam*, 2(03), 1–8.
- Az Zahra, A. A., Supriyadi, & Dwiningsih, S. U. (2023). Pengaruh Massage Effleurage dengan Virgin Coconut Oil (VCO) terhadap Pencegahan Risiko Dekubitus pada Pasien Stroke Non Hemoragik. *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*, 13(2), 665–672. <https://doi.org/10.32583/pskm.v13i2.785>
- Chen, Z., Song, T., Li, Y., Luo, L., Li, Z., & Zhao, Q. (2021). The pulmonary infection risk factors in long-term bedridden patients:

- A meta-analysis. *American Journal of Translational Research*, 13(10), 11014–11025.
- Fatimah, Djubaedah, S., & Febrianti, D. (2022). Pengaruh Pemberian Virgin Coconut Oil (VCO) Melalui Massage terhadap Pencegahan Luka Tekan terhadap Pasien Tirah Baring di Ruang ICU RSUD Dr. Chasbullah Abdulmadjid Kota Bekasi. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Perkotaan*, 2(2), 23–38.
- Fischa Awalina, Ida Faridah, & Usep Saipul Ridwan. (2019). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Ventilation Associated Pneumonia (Vap) Pada Populasi Pasien Gangguan Persyarafan Diruang ICU RSUD Provinsi Banten Tahun 2019. *Jurnal Kesehatan*, 8(2), 42–56. <https://doi.org/10.37048/kesihatan.v8i2.140>
- Irawan, R., Reviono, R., & Harsini, H. (2020). Jurnal Respirologi Indonesia. *Jurnal Respirologi Indonesia*, 39(1), 44–53. <https://doi.org/10.36497/jri.v39i1.40>
- Kemkes. (2022). *World Pneumonia Day 2022*. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1997/world-pneumonia-day-2022
- Muasyaroh, N., Rohana, N., & Aini, D. N. (2020). Pengaruh masase dengan VCO (virgin coconut oil) terhadap risiko dekubitus pada pasien penurunan kesadaran di Ruang ICU RSUD dr. H. Soewondo Kendal. *Jurnal Ners Widya Husada*, 7(3), 38–47.
- Padmiasih, N. W. (2020). Pengaruh Mobilisasi Progresif Terhadap Kejadian Dekubitus Pada Pasien Dengan Ventilasi Mekanik Di Ruang ICU RSD Mangusada. *Indonesian Academia Health Sciences Journal*, 1(2), 12–15.
- PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Tim Pokja DPP PPNI.
- PPNI, T. P. S. D. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (PPNI (ed.)). DPP PPNI.
- Prihati, D. R. (2019). Studi Literatur : Pengkajian Pressure Ulcer. *Prosiding Seminar Nasional : Hasil-Hasil Penelitian Dan*

- Pengabdian Masyarakat, April*, 74–84.
- Rahmawati, T., & Supadmi, D. (2023). Penerapan Massage Effleurage Dengan Virgin Coconut Oil (Vco) Terhadap Pencegahan Debubitus Pada Pasien Bedrest Di Icu Infeksius Rsud Kota Salatiga Application of Effleurage Massage With Virgin Coconut Oil (Vco) To Prevention of Decubitus in Patients Bedre. *Jurnal OSADHAWEDYAH*, 1(3), 81–88. <https://nafatimahpustaka.org/osa-dhawedyah>
- Santiko, S., & Faidah, N. (2020). Pengaruh Massage Efflurage Dengan Virgin Coconut Oil (Vco) Terhadap Pencegahan Dekubitus Pada Pasien Bedrest Di Ruang Instalasi Rawat Intensive (Irin) Rs Mardi Rahayu Kudus. *Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan Masyarakat Cendekia Utama*, 9(2), 191. <https://doi.org/10.31596/jcu.v9i2.600>
- Sari, D. N. dkk. (2023). Massage Efflurage VCO Terhadap Pencegahan Dekubitus pada Pasien Tirah Baring di RS Pandan Arang Boyolali. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 2(3), 410–416., 2(3), 410–416. <https://doi.org/10.54259/schatrakyat.v2i3.1965>
- Utama, S. Y. (2018). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Sistem Respirasi*. CV. BUDI UTAMA.

LAMPIRAN 11 Lembar Analisis Jurnal

1. Judul Artikel Ilmiah :

Asuhan Keperawatan Pasien Pneumonia Kondisi *Bedrest* Resiko Luka Tekan Dengan Intervensi *Message Effleurage* Menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO)

2. Kata Kunci (Keyword) :

Pneumonia, *Bedrest*, Resiko Luka Tekan, *Message Effleurage*, *Virgin Coconut Oil* (VCO)

3. Penulis :

Ghina Tamamal Afiyah, Nikma Alfi Rosida, Ari Pebru Nur Laily

4. Publisher :

Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga

5. Instansi terkait :

Universitas Kusuma Husada Jakarta 2024

<i>Problem (P)</i>	<p>Pneumonia adalah suatu infeksi paru-paru yang biasanya disebabkan oleh bakteri, virus maupun jamur. Kantung-kantung udara dalam paru- paru yang disebut alveoli dipenuhi cairan dan nanah sehingga kemampuan menyerap oksigen menjadi kurang (Utama, 2018).</p> <p>Berdasarkan data dari WHO menyatakan bahwa penyebab kematian tertinggi akibat penyakit infeksi di dunia adalah infeksi saluran pernapasan akut termasuk pneumonia. Pneumonia merupakan penyebab kematian nomor sembilan di Brunai, nomor tujuh di Malaysia, nomor tiga di Singapura, nomor enam di Thailand, dan nomor tiga di Vietnam (Irawan et al., 2020).</p> <p>Menurut Riset Kesehatan Daerah pada tahun 2018, diketahui bahwa penderita pneumonia meningkat seiring dengan bertambahnya usia.</p>
---------------------------	--

Pada kelompok usia 55-64 tahun mencapai 2,5%, pada kelompok usia 65-74 tahun sebesar 3,0% dan pada kelompok usia 75 tahun keatas mencapai 2,9% (Kemenkes, 2022).

Pada tahun 2019 pada bulan April Juni tercatat penderita Pneumonia di RS UNS Surakarta mencapai 32 kasus pasien. Dari data tersebut, diketahui bahwa penderita pneumonia berada di ruangan ICU RS UNS (Asmawarida et al., 2022). Pneumonia sering dijumpai pada pasien rawat inap. Angka mortalitasnya pada pasien rawat inap berkisar antara 5 hingga 15% dan meningkat menjadi 20 hingga 50% untuk perawatan di *Intensive Care Unit* (ICU) (Irawan et al., 2020).

Ada beberapa faktor risiko yang dapat mempengaruhi kejadian pneumonia yaitu seperti usia, berat badan, riwayat merokok, gangguan kesadaran, penggunaan alat bantu pernapasan seperti ventilator, dan tirah baring. Dalam beberapa tahun terakhir terbaring dalam jangka waktu yang lama juga dianggap sebagai faktor resiko infeksi paru atau pneumonia (Chen et al., 2021). Terjadinya *bedrest* pada pasien pneumonia disebabkan karena adanya penurunan kemandirian fungsional atau yang menyebabkan segala kebutuhan pasien pneumonia bergantung pada orang sekitarnya.

Hal ini mengakibatkan penumpukan sekret yang terjadi pada seluruh lobus paru, sehingga morbiditas, mortalitas mengalami peningkatan,

dan produktivitas serta kualitas hidup pasien tersebut mengalami penurunan. Adanya tirah baring (bed rest) akan memicu terjadinya resiko dekubitus karena kondisi kulit yang terus menerus tertekan dan menyebabkan iskemia (Padmiasih, 2020).

Dampak buruk dari imobilisasi salah satunya adalah gangguan integritas kulit yang dapat mengakibatkan terjadinya iritasi dan luka tekan sampai menyebabkan ulkus dekubitus. Ulkus dekubitus diakibatkan karena berkurangnya aliran darah menyebabkan dan kematian akhirnya sel. kerusakan kulit dan pengembangan luka terbuka (Santiko & Faidah, 2020). Pada pasien dengan tirah baring yang mengalami imobilitas akibat bedrest dilakukan upaya untuk menjaga kesehatan kulit, tindakan yang dilakukan adalah massage dengan menggunakan teknik *effleurage* yaitu teknik yang dilakukan dengan cara menggosok dan menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO) atau minyak kelapa murni.

Massage effleurage merupakan teknik yang dilakukan dengan cara menggosok. *Massage effleurage* memiliki pengaruh untuk memperlancar sirkulasi darah, maka dari itu pasokan oksigen dapat terpenuhi untuk mencegah terjadinya dekubitus. Pelaksanaan *Massage Effleurage* dengan menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO) dilakukan setelah mandi setiap pagi dan sore hari. *Massage Effleurage* dengan menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO)

	<p>dilakukan selama 4 menit dalam kurun waktu 3 hari (Rahmawati & Supadmi, 2023).</p> <p>Hasil penelitian Sari (2023) juga menunjukkan bahwa, <i>massage effleurage</i> menggunakan VCO berpengaruh terhadap pencegahan dekubitus yang menunjukkan adanya perubahan kenaikan skala braden yaitu 2-3 skor. Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik untuk menerapkan Asuhan Keperawatan Pasien Tirah Baring Pneumonia: Resiko Luka Tekan Dengan Intervensi <i>Massage Effleurage</i></p>
<i>Intervention (I)</i>	<p><i>Message effleurage</i> dengan <i>Virgin Coconut Oil</i> (VCO) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa luka tekan pasien menggunakan skala braden sebelum di lakukan <i>message effleurage</i> 2. <i>Message effleurage</i> dilakukan pada pasien menggunakan <i>virgin coconut oil</i> sebanyak 2 kali setelah dimandikan di pagi hari dan sore hari dengan durasi 4-5 menit 3. Setelah dilakukan <i>message effleurage</i> pasien kembali diperiksa untuk mengetahui peningkatan nilai skor skala braden 4. <i>Message effleurage</i> menggunakan <i>virgin coconut oil</i> dilakukan kembali di hari selanjutnya dengan metode yang sama pada pasien yang sama 5. Implementasi dilakukan selama 3 hari berturut-turut setelah diberikan <i>message effleurage</i> menggunakan <i>Virgin Coconut Oil</i> (VCO)

<i>Comparison (C)</i>	Tidak ada intervensi/kelompok pembanding dalam penelitian ini
<i>Outcome (O)</i>	Intervensi <i>message effleurage</i> menggunakan <i>virgin coconut oil</i> (VCO) selama 3 hari berturut-turut dengan frekuensi 2 kali sehari di pagi dan sore setelah mandi dengan waktu 4-5 menit terdapat peningkatan skor skala braden yaitu dari skor 9 di hari pertama, skor 11 di hari kedua dan skor 12 di hari ketiga. Jadi tindakan tersebut dibuktikan efektif dalam mencegah resiko luka tekan pada pasien <i>bedrest</i>
<i>Time (T)</i>	Dilakukan selama 3 hari berturut-turut dengan frekuensi 2 kali sehari di pagi dan sore setelah mandi dengan waktu 4-5 menit