

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN RISIKO MENGALAMI
MEDICAL DEVICE RELATED PRESSURE INJURIES (MDRPI) PADA
KASUS EPIDURAL HEMATOMA MENGGUNAKAN *VIRGIN COCONUT
OIL* (VCO) DI RUANG *INTENSIVE CARE UNIT* (ICU) RUMAH SAKIT
WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

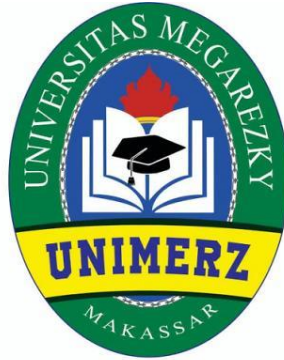
Disusun Oleh :

NURUL HIDAYAH

A1C1232012

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

2025



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN RISIKO MENGALAMI
MEDICAL DEVICE RELATED PRESSURE INJURIES (MDRPI) PADA
KASUS EPIDURAL HEMATOMA MENGGUNAKAN *VIRGIN COCONUT
OIL* (VCO) DI RUANG *INTENSIVE CARE UNIT* (ICU) RUMAH SAKIT
WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners

Disusun Oleh :

NURUL HIDAYAH

A1C1232012

**PROGRAM STUDI PENDDIDIKAN PROFESI NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
UNIVERSITAS MEGAREZKY
MAKASSAR
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 : Nurul Hidayah, S. Kep

NIM : A1C1232012

TandaTangan :

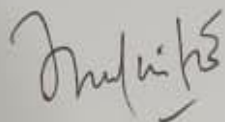
Tanggal :

HALAMAN PERSETUJUAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN RISIKO MENGALAMI
MEDICAL DEVICE RELATED PRESSURE INJURIES (MDRPI) PADA
KASUS EPIDURAL HEMATOMA MENGGUNAKAN *VIRGIN COCONUT
OIL* (VCO) DI RUANG *INTENSIVE CARE UNIT* (ICU) RUMAH SAKIT
WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR**

Telah disetujui dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diujikan
pada tanggal 19 Februari 2025

Pembimbing I



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

Pembimbing II



(Herty Haerani, S.Kep.,Ns.,M.Kes)
NIDN.0902095501

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 : Nurul Hidayah

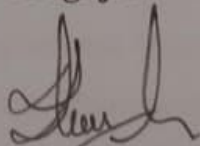
NIM : A1C1232012

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul KIA-N : ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN RISIKO MENGALAMI *MEDICAL DEVICE RELATED PRESSURE INJURIES* (MDRPI) PADA KASUS EPIDURAL HEMATOMA MENGGUNAKAN *VIRGIN COCONUT OIL* (VCO) DI RUANG *INTENSIVE CARE UNIT* (ICU) RUMAH SAKIT WAHIDIN SUDIROHUSODO 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 Makassar.

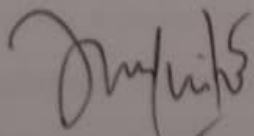
Penguji I



(Siti Rahmani, S. Kep.,Ns.,M.Kep)

NIDN. 0915049201

Penguji II



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

NIDN. 0903068302

Penguji III



Herty Haerani, S.Kep., Ns., M.Kes

NIDN. NIDN.0902095501

Ditetapkan di : Makassar

Tanggal : 19 Februari 2025

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas segala rahmat, taufik dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini dengan judul : “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Risiko Mengalami *Medical Device Related Pressure Injuries* (MDRPI) Pada Kasus Epidural Hematoma Menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO) Di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo 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 tekhusus penulis ucapkan kepada Ayahanda Haling dan Ibunda Hikmawati serta seluruh keluarga besar penulis atas segala perhatian, pengorbanan, kasih sayang serta doa restunya yang luar biasa selama ini. Kepada Juhelnita Bubun, S.Kep.,Ns.,M.Kep., selaku Pembimbing I dan Herty Haerani, S.Kep.,Ns.,M.Kes., selaku Pembimbing II dengan penuh kesabaran dan keikhlasan meluangkan waktu, tenaga dan pikirannya untuk memberikan perhatian, bimbingan dan arahan kepada penulis, serta Siti Rahmani, S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku Penguji yang telah meluangkan waktu dan tenaganya dalam memberikan masukan dan arahan guna perbaikan KIAN ini.

Tak lupa penulis ucapkan terima kasih kepada :

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

2. Alm. 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 Universitas Megarezky Makassar.
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 memberikan kemudahan bagi penulis dalam menyelesaikan pendidikan selama ini.
7. Bapak Prof. Dr. dr. Syafri Kamsul Arif, Sp.An, KIC, KAKV yang sudah menerima kami untuk melakukan penelitian di Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo Makassar.
8. Terakhir, terima kasih untuk diri sendiri yang telah mampu berusaha keras dan berjuang sejauh ini. Mampu mengendalikan diri dari berbagai tekanan diluar keadaan dan tak pernah memutuskan menyerah meskipun sesulit apapun proses penyusunan skripsi ini dengan menyelesaikan sebaik dan semaksimal mungkin, ini merupakan pencapaian yang patut untuk dibanggakan untuk diri sendiri.

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 penulisan yang akan datang.

Makassar, 10 Februari 2025

Penulis

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR

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

Nama : Nurul Hidayah

NIM : A1C1232012

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul Karya : Karya Ilmiah Akhir Ners

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

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN RISIKO MENGALAMI
MEDICAL DEVICE RELATED PRESSURE INJURIES (MDRPI) PADA
KASUS EPIDURAL HEMATOMA MENGGUNAKAN *VIRGIN COCONUT
OIL* (VCO) DI RUANG *INTENSIVE CARE UNIT* (ICU) RUMAH SAKIT
WAHIDIN SUDIROHUSODO 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 : 10 Februari 2025

Yang Menyatakan

TTD

Program Studi Pendidikan Profesi Ners
Universitas Megarezky
KIAN, Februari 2025
Nurul Hidayah ¹⁾, Juhelnita Bubun ²⁾, Herty Haerani ³⁾
Email : nrlhidayah.tte@gmail.com

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN RISIKO MENGALAMI *MEDICAL DEVICE RELATED PRESSURE INJURIES* (MDRPI) PADA KASUS EPIDURAL HEMATOMA MENGGUNAKAN *VIRGIN COCONUT OIL* (VCO) DI RUANG *INTENSIVE CARE UNIT* (ICU) RUMAH SAKIT WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR

Latar Belakang : *Medical Device Related Pressure Injuries* (MDRPI) merupakan luka pada kulit dan jaringan yang diakibatkan oleh penggunaan alat medis. Penggunaan perangkat medis dapat memberikan dampak sesuai dengan area dan jenis perangkat yang digunakan. Ruang intensif merupakan ruang perawatan yang lebih banyak menggunakan perangkat medis. Kondisi pasien yang dirawat di ruang intensif membuat penggunaan perangkat medis lebih lama sehingga dapat berisiko mengalami MDRPI. Salah satu bentuk upaya pencegahan harus dilakukan sedini mungkin bagi pasien yang berisiko mengalami MDRPI yaitu pemberian *Virgin Coconut Oil* (VCO) melalui pijat yang bertujuan untuk melembabkan kulit, sehingga bila terdapat gesekan karena tekanan, tidak menyebabkan kulit terluka.

Tujuan Umum : Melakukan Asuhan Keperawatan dengan intervensi menggunakan VCO untuk mencegah MDRPI pada pasien yang menggunakan perangkat medis dalam jangka waktu yang lama.

Metode : Menggunakan studi kasus dengan melakukan pijat menggunakan VCO untuk mengatasi terjadinya MDRPI 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 : Diharapkan kepada peneliti selanjutnya melakukan penelitian terkait asuhan keperawatan menggunakan *olive oil* pada pasien risiko MDRPI.

Kata Kunci : Epidural Hematoma, MDRPI, VCO, *Massage*

¹⁾ **Nurul Hidayah**

²⁾ **Juhelnita Bubun**

³⁾ **Herty Haerani**

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORSINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR	viii
ABSTRAK	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	4
C. Manfaat	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Tinjauan Pustaka Medis Epidural Hematoma.....	6
B. Tinjauan Pustaka <i>Medical Device Related Pressure Injuries</i> (MD RPI)	14
C. Tinjauan Pustaka <i>Virgin Coconout Oil</i> (VCO)	16
D. Tinjauan Pustaka Konsep Skala Braden	20
E. Tinjauan Pustaka Asuhan Keperawatan.....	23
BAB III TINJAUAN KASUS.....	39
BAB IV ANALISIS SITUASI	74
A. Profil Lahan Praktek	74
B. Analisis Masalah Keperawatan pada Pasien dengan Epidural Hema .. toma	75

C. Analisis Intervensi Keperawatan pada Pasien Risiko <i>Medical Device Related Pressure Injuries</i> (MDRPI) pada Kasus Epidural Hematoma	78
D. Analisis <i>Virgin Coconut Oil</i> untuk Mengurangi Risiko <i>Medical Device Related Pressure Injuries</i> pada Kasus Epidural Hematoma	80
E. Keterbatasan dalam Intervensi <i>Virgin Coconut Oil</i> pada Pasien Risiko <i>Medical Device Related Pressure Injuries</i>	83
BAB V PENUTUP	84
A. Kesimpulan	84
B. Saran.....	85

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Rencana Keperawatan	29
Tabel 3.1 Pengkajian Pola Kesehatan	44
Tabel 3.2 Pemeriksaan Laboratorium	46
Tabel 3.3 Terapi Obat	48
Tabel 3.4 Klasifikasi Data	48
Tabel 3.5 Analisa Data	50
Tabel 3.6 Diagnosis Keperawatan	51
Tabel 3.7 <i>Nursing Care Plan</i>	53
Tabel 3.8 Implementasi	55
Tabel 3.9 Evaluasi	63
Tabel 4.1 Data Pasien	75
Tabel 4.2 Masalah Keperawatan	76
Tabel 4.3 Analisis Intervensi Keperawatan Pada Pasien <i>Traumatic Brain Injury</i> Dengan Intervensi <i>Virgin Coconut Oil (VCO)</i>	80

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Genogram Pasien 40

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 Dokumentasi
- Lampiran 7 SOP Intervensi
- Lampiran 8 Lembar Bimbingan
- Lampiran 9 Lembar Pengkajian Resiko *Pressure Ulcer*
- Lampiran 10 Lembar Jurnal Intervensi Keperawatan
- Lampiran 11 Lembar Analisis Jurnal

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Medical Device Related Pressure Injuries (MDRPI) merupakan luka pada kulit dan jaringan yang diakibatkan oleh penggunaan alat medis. Luka yang terbentuk biasanya berbentuk pola atau bentuk alat saat luka terbentuk dan bukan pada area seperti luka pada umumnya (Zakaria et al., 2018). Cedera tekanan karena alat medis merupakan salah satu cedera yang paling umum, terutama pada pasien yang dirawat di perawatan intensif (Jackson et al., 2019).

Prevalensi MDRPI didasarkan pada data dari Amerika Serikat dan Kanada sejak 2016, dilaporkan 0,6% kejadian MDRPI (Kayser et al., 2018). Lokasi MDRPI yang paling umum pada tubuh adalah telinga (25%), kaki (12%) dengan penggunaan nasal, oksigen (26%); lainnya, 19%; gips/belat (12%); dan tekanan saluran napas positif/tekanan saluran napas masker bilevel, 9%. Terdapat tiga Rumah Sakit di Amerika Serikat melaporkan bahwa 50% cedera yang didapat di Rumah Sakit adalah akibat pemasangan alat medis, umumnya di daerah telinga dengan penggunaan alat pernapasan seperti tabung oksigen, *Continues Positive Airway Pressure* (CPAP), *Bi-level Positive Airway Pressure* (BiPAP), belat/bidai dan tabung (Long, et al., 2019).

Data yang telah dilaporkan dari beberapa penelitian sebelumnya, seperti pada penelitian yang dilakukan di Amerika Serikat dan Kanada pada tahun 2016 ditemukan kasus MDRPI sebesar 75% (Kayser, Vangilder, Ayello, & Lachenbruch, 2018), 41% kasus juga telah ditemukan di Amerika Serikat (Arnold-Long et al., 2017), Australia (33%) kasus (Monarca, Marteka, & Breda, 2018), Belanda (31,8%) kasus (Ham, Schoonhoven, Schuurmans, & Leenen, 2017). Di Indonesia (24%) kasus tahun 2017 pada anak (Widiati, Nurhaeni, & Gayatri, 2017). Berdasarkan data-data tersebut menjelaskan bahwa begitu besarnya insiden MDRPI ini sehingga membutuhkan perhatian khusus termasuk dari petugas kesehatan ataupun perawatan tentang pengawasan pada area atau lokasi yang berisiko (Bagenda et al., 2020).

Penggunaan perangkat medis dapat memberikan dampak sesuai dengan area dan jenis perangkat yang digunakan. Hasil penelitian tentang penggunaan *Non-Invasive Ventilator* (NIV) atau CPAP melaporkan bahwa perangkat medis merupakan salah satu faktor independen terhadap kerusakan kulit yang menyebabkan MDRPI (Yamaguti et al., 2019). Penelitian serupa juga melaporkan hal yang sama mengenai dampak penggunaan NIV (Alqahtani & Alahmari, 2018). Selain itu ada beberapa jenis perangkat medis lainnya yang dapat menyebabkan MDRPI seperti tabung oksigen, CPAP, BIPAP, splint (Arnold-Long et al., 2018). Penelitian lain juga menyebutkan bahwa kejadian MDRPI akibat penggunaan oksigen (Kayser et al., 2018). Penggunaan alat bantu pernafasan paling sering ditemukan sebagai penyebab kejadian MDRPI dari berbagai jenis perangkat medis, hal ini disebabkan karena frekuensi penggunaan oksigen lebih banyak digunakan pada ruang perawatan intensif sehingga risikonya juga lebih besar dibandingkan dengan perangkat medis lainnya (Bagenda et al., 2020).

Ruang intensif merupakan ruang perawatan yang lebih banyak menggunakan perangkat medis. Sebuah penelitian menyebutkan bahwa 68% kejadian MDRPI terjadi di ruang intensif dibandingkan dengan ruang perawatan biasa (Barakat-Johnson, Barnett, Wand, & White, 2019). Terdapat 1-3% kejadian MDRPI terjadi di ruang intensif (J. M. Black & Kalowes, 2020). Penelitian yang lain juga melaporkan bahwa sebanyak 0,8% MDRPI terjadi pada ruang intensif (Chen, 2018). Kondisi pasien yang dirawat di ruang intensif membuat penggunaan perangkat medis lebih lama sehingga dapat berisiko mengalami MDRPI meskipun demikian hal tersebut dapat dicegah (Bagenda et al., 2020).

Salah satu bentuk upaya pencegahan harus dilakukan sedini mungkin bagi pasien yang berisiko mengalami MDRPI yaitu pemberian *Virgin Coconut Oil* (VCO) melalui massage. Terapi pijat (*massage*) merupakan salah satu upaya penyembuhan yang aman dan efektif (Nisak et al., 2019). *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) menyampaikan salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah luka tekan adalah melakukan perawatan kulit melalui

massage dengan menggunakan berbagai metode atau bahan seperti *massage effleurage*, VCO, *nigella sativa oil* (NSO) dan *baby oil*. *Massage* atau pijat bertujuan untuk melembabkan kulit, sehingga bila terdapat gesekan karena tekanan, tidak menyebabkan kulit terluka dimana penerapan *massage* yang sering dilakukan yaitu menggunakan VCO atau minyak kelapa murni (Badrujamaludin et al., 2022).

Menurut Muzammil et al., (2021) menyatakan bahwa pada hakikatnya VCO dan *baby oil* memiliki manfaat untuk menjaga kelembaban kulit, menjaga elastisitas kulit sehingga keduanya sama-sama bisa digunakan sebagai bahan untuk melakukan pijat pada pasien risiko terjadi luka tekan. Namun, penggunaan VCO lebih baik dalam menurunkan risiko luka tekan disebabkan kandungannya yang lebih kompleks dari *baby oil*. VCO merupakan minyak kelapa murni yang mengandung 92% asam lemak jenuh terdiri 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). VCO mempunyai manfaat dalam mendukung perbaikan dan penyembuhan jaringan, membunuh bakteri yang mengakibatkan ulser (Sumah, 2020). Sedangkan *baby oil* hanya berisikan mineral dan minyak esensial saja yang berfungsi untuk menjaga kelembaban kulit, mengatasi kulit kering sehingga menghindari kulit untuk mengalami lecet bila tertekan dalam jangka waktu yang lama (Muzammil et al., 2021). Penelitian yang dilakukan Linggi et al. tahun 2021 menyatakan bahwa kandungan VCO baik untuk melembabkan dan melumaskan kulit, menurunkan inflamasi, mendukung dalam perbaikan dan penyembuhan jaringan (Rahayu et al., 2022).

Berdasarkan fenomena diatas dan pengalaman praktik yang ditemukan di rumah sakit, oleh karenanya penulis tertarik untuk mengambil kasus dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Risiko Mengalami *Medical Device Related Pressure Injuries* (MDRPI) pada Kasus Epidural Hematoma Menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO) Di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo Makassar”** sebagai karya ilmiah akhir ners.

B. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk menjelaskan asuhan keperawatan pada pasien risiko mengalami *Medical Device Related Pressure Injuries* (MDRPI) menggunakan *Virgin Coconut Oil*.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada pasien risiko *Medical Device Related Pressure Injuries*.
- b. Mampu merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien risiko *Medical Device Related Pressure Injuries*.
- c. Melakukan penyusunan intervensi keperawatan pada pasien risiko *Medical Device Related Pressure Injuries*
- d. Melakukan implementasi keperawatan pada pasien risiko *Medical Device Related Pressure Injuries*.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien risiko *Medical Device Related Pressure Injuries*.
- f. Menganalisis pemberian Intervensi *Virgin Coconut Oil* pada pasien risiko mengalami *Medical Device Related Pressure Injuries* di Ruang ICU RS Wahidin Sudirohusodo Kota Makassar.

C. Manfaat

1. Manfaat Keilmuan

Dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam upaya pengembangan ilmu pengetahuan khususnya tentang pemberian asuhan keperawatan pada pasien risiko mengalami *Medical Device Related Pressure Injuries*.

2. Manfaat Aplikatif

a. Bagi Penulis

Memberikan manfaat dengan mengembangkan keterampilan dan pengetahuan dibidang keperawatan, khususnya dibidang keperawatan medikal bedah dan dapat berbagi pengetahuan serta pengalaman dengan orang lain mengenai asuhan keperawatan pada pasien risiko mengalami *Medical Device Related Pressure Injuries*.

b. Bagi Instansi Pelayanan Kesehatan

Memberikan manfaat bagi instansi pelayanan kesehatan sebagai sumber referensi dan bahan pertimbangan dalam peningkatan derajat kesehatan pasien risiko mengalami *Medical Device Related Pressure Injuries* melalui intervensi pemberian *Virgin Coconut Oil* .

c. Bagi Pasien dan Masyarakat

Penelitian ini dapat bermanfaat kepada masyarakat, khususnya pada pasien risiko mengalami *Medical Device Related Pressure Injuries* melalui intervensi pemberian *Virgin Coconut Oil* untuk meningkatkan kelembapan kulit dan mengurangi tingkat kerusakan kulit akibat tekanan alat medis.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Medis

1. Definisi

Hematoma Epidural atau *Epidural Haemorrhage* (EDH) adalah kondisi medis di mana terjadi penumpukan darah di antara tengkorak dan selubung luar otak, yang disebut dura mater. Kondisi ini juga dikenal sebagai hematoma ekstradural atau perdarahan epidural. Kondisi ini bisa muncul setelah tusukan intratekal, malformasi pembuluh darah tulang belakang, atau perdarahan yang terjadi tanpa sebab jelas (Khairat & Waseem, 2023).

EDH atau perdarahan epidural adalah perdarahan yang terjadi diantara tengkorak dan selaput otak tebal (meninges) sehingga menyebabkan pecahnya pembuluh darah arteri yang paling umum, arteri meningeal media, dan dapat terjadi dengan atau tanpa patah tulang tengkorak. Darah masuk di antara tengkorak dan meninges dan ketika banyak darah terkumpul, tekanan diberikan pada otak dan muncul gejala klinis seperti sakit kepala, kehilangan kesadaran secara bertahap, dimulai dengan letargi, stupor hingga koma (Parinduri, 2020).

2. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi Kepala

Anatomi kepala termasuk *scalp* (kulit kepala), tulang tengkorak, meningen, otak, sistem ventrikuler dan kompartemen intrakranial. Struktur anatomi kepala dari luar ke dalam adalah sebagai berikut.

1) Kulit Kepala/*Scalp*

Pada kulit kepala terdiri dari 5, antara lain :

- a) Skin atau kulit : Sifatnya tebal dan mengandung rambut serta kelenjar keringat (Sebacea)
- b) *Connective Tissue* atau jaringan subkutis : Merupakan jaringan ikat emaka yang memiliki septa-septa, kaya akan pembuluh darah terutama di atas Galea. Pembuluh darah tersebut merupakan anastommistis antara arteri karotis interna dan esktern, tetapi lebih dominan arteri karotir eksterna.

- c) *Aponeurosis galea* : Lapisan ini merupakan lapisan terkuat, berupa fascia yang melekat pada tiga otot yaitu ke anterior – m.Frontalis, ke posterior-m.Occipitalis dan ke lateral-m.Temporoparietalis.
- d) Loose areolar tissue atau jaringan ikat longgar : Lapisan ini mengandung vena emissary yang merupakan vena tanpa katup (valveless vein), yang menghubungkan SCALP, vena diploica dan sinus vena intrakranial (misalnya Sinus sagitalis superior). Jika terjadi infeksi pada lapisan ini, akan mudah menyebar ke intrakranial. Hematoma yang terbentuk pada lapisan ini disebut Subgaleal hemato, merupakan hematoma yang paling sering ditemukan setelah cedera kepala.
- e) Pericranium (perikranium) : merupakan periosteum yang melapisi tulang tengkorak, melekat erat terutama pada sutura karena melalui sutura ini periosteum akan langsung berhubungan dengan endosteum (yang meliputi permukaan dalam tulang tengkorak).

2) Kranium

Terdiri dari beberapa sutura yaitu beberapa tulang yang saling bersendi. Tulang tengkorak dibedakan menjadibagian kranium dan bagian bawah. Kalvaria terbawah adalah bagian atas dari kranium dan basis kranium adalah bagian terbawah dari kranium. Kranium terdiri dari tulang frontale, parietale, occipitale, temporale, sphenoidale dan ethmoidale. Cavum cranii berisi otak dan meningen yang membungkusnya, arteri, vena dan sinus venosus. Basis cranii dibagi menjadi 3 fossa yaitu fossa anterior, fossa media dan posterior. Fossa cranii anterior menampung lobus frontalis, cerebrum, fossa cranii media menampung lobus temporalis cerebrum dan fossa posterior menampung lobus occipitalis cerebrum, cerebellum, pons dan medula oblongata.

3) Meningen

Otak dibungkus oleh selubung mesodermal, meninges. Lapisan luarnya adalah pachymeninx atau durameter dan lapisan dalamnya, leptomeninx, dbagai menjadi arachnoidea dan piameter.

- a) Durameter : Dura kranialis atau pachymeninx adalah suatu struktur fibrosa yang kuat dengan suatu lapisan dalam (meningeal) dan lapisan luar (periostal). Kedua lapisan dural yang melapisi otak umumnya bersatu, kecuali di tempat dimana keduanya berpisah untuk menyediakan ruang bagi sinus venosus (sebagian besar sinus venosus terletak diantara lapisan-lapisan dural) dan ditempat dimana lapisan dalam membentuk sekat di antara bagian-bagian otak.
- b) Arachnoidea : Membran arachnoidea melekat erat pada permukaan dalam dura dan hanya terpisah dengannya oleh suatu ruang potensial, yaitu spatium subdural. Ia menutupi spatium subarachnoideum yang menjadi liquor cerebrospinal, cavum subarachnoidalis dan dihubungkan ke [iameter oleh trabekulae dan septa-septa yang membentuk suatu anyaman padat yang menjadi sistem rongga-rongga yang saling berhubungan.
- c) Piameter : Merupakan selaput jaringan penyambung yang tipis menutupi permukaan otak dan membentang ke dalam sulcus, fissure dan sekitar pembuluh darah di seluruh otak. Piameter juga membentang ke dalam fissure transversal di bawah corpus callosum. Di tempat ini pia membentuk tela choroidea dari ventrikel tertius dan lateralisdan bergabung dengan ependim dan pembuluh-pembuluh darah choroideus untuk membentuk pleksus choroideus dari ventrikel-ventrikel ini. Pia dan ependim berjalan di atas dari ventrikel keempat dan membentuk tela choroidea di tempat itu.

Arteri meningen terletak antara durameter dan permukaan dalam dari ranium (ruang epidural). Adanya fraktur dari tulang kepala dapat menyebabkan laserasi pada arteri-arteri ini dan menyebabkan

perdarahan epidural. Yang paling sering mengalami cedera adalah arteri meningeal media yang terletak pada fosa temporalis.

4) Otak

Otak merupakan bagian susunan saraf pusat yang terletak dalam kavum kranium dan berlanjut sebagai medulla spinalis setelah melalui foramen magnum. Otak terdiri dari serebrum, serebelum dan batang otak. Serebrum terdiri dari hemisfer kanan dan kiri, dipisahkan oleh falx serebri yaitu lipatan duramater yang berada di inferior sinus sagitalis superior. Serebelum berfungsi dalam koordinasi dan keseimbangan dan terletak dalam fosa posterior berhubungan dengan medulla spinalis batang otak dan kedua hemisfer serebri. Batang otak terdiri dari mesensefalon (midbrain) dan ons berfungsi dalam kesadaran dan keaspadaan, serta medulla oblongata yang memanjang sampai medulla spinalis.

5) CSF (Cerebrospinal)

CSF merupakan suatu cairan bening dan hampir bebas protein. Cairan mirip air ini dapat ditemukan pada rongga subarachnoid dan dalam susunan ventrikel. Volume CSF pada orang dewasa rata-rata 135 ml. Dari jumlah ini diperkirakan 80 ml berada dalam ventrikel dan 35 ml dalam rongga subarachnoid. Komposisi cairan ini terdiri dari air, sejumlah kecil protein dan gas dalam larutan (O_2 dan CO_2). Ion natrium, kalium, kalsium, klorida dan sedikit sel darah putih (limfosit dan monosit) dan bahan-bahan organik lainnya. Cairan cerebrospinal dihasilkan oleh sekresi dari pleksus kloroidal dari cerebral ventrikel. Plexus kloroidal adalah struktur yang secara fungsional kompleks dan khusus mensekresi, mendialisa dan menyerap CSF. Lapisan epitel plexus kloroidal merupakan bagian penting bagi pengangkutan intraseluler zat pelarut dan zat larut dari pembuluh darah kloroidal ke CSF mengalir melalui intraventrikular foramina dan masuk ke ventrikel ketiga. Selanjutnya, CSF mengalir melewati aqueductus Sylvii dan menuju ventrikel keempat dan kemudian memasuki

subarachnoid space dan cisterna melalui foramen mengendine pada bagian medial aperture ventrikel empat. Dari cistena ini sebagian besar CSF mengalir kebagian medial dan lateral permukaan hemisfer cerebri dan menuju sinus sagitalis superior pada atap cranium. Pada subarachnoid space, CSF merembes melalui saluran-saluran pada granulasi arachnoid untuk bersatu dengan darah vena didalam sinus sagitalis posterior. Sebagian kecil CSF mengalir ke bawah menuju subarachnoid dan medula spinalis.

b. Fisiologi

Tekanan Intrakranial (TIK) adalah tekanan relatif di dalam rongga kepala yang dihasilkan oleh keberadaan jaringan otak, cairan serebrospinal (CSS) dan volume darah yang bersirkulasi di otak. Menurut hipotesis Monro-Kelle, adanya peningkatan volume, pada satu komponen haruslah dikompensasikan dengan penurunan volume salah satu dari komponen lainnya. Dengan kata lain, terjadinya peningkatan tekanan intrakranial selalu diakibatkan oleh adanya ketidakseimbangan antara volume intrakranial dengan isi cranium.

Adanya suatu penambahan massa intrakranial, maka sebagai kompensasi awal adalah penurunan volume darah vena dan cairan serebro spinal secara resproal. Keadaan ini dikenal sebagai doktrin Monro-kellie Burrows yang telah dibuktikan melalui berbagai penelitian eksperimental maupun klinis (kecuali pada anak-anak dimana sutura tulang tengkoraknya masih belum menutup, sehingga masih mampu mengakomodasi penambahan volume intrakranial).

3. Etiologi

Menurut Khairat dan Waseem (2018), biasanya epidural hematoma terjadi akibat kerusakan pada struktur duramater dan pembuluh darah di kepala, terutama karena fraktur. Trauma kepala bisa menyebabkan retakan pada tengkorak. Fraktur linear adalah salah satu jenis paling ringan dari kerusakan tulang tengkorak. Jika kekuatan trauma lebih besar, dapat terjadi fraktur berbentuk bintang (stellatum), atau fraktur impresi yang dapat

menembus ke dalam atau merobek dura dan pada saat bersamaan merusak jaringan otak (laserasi). Pendarahan epidural terjadi ketika pembuluh darah, biasanya arteri, pecah dan darah mengalir ke ruang antara duramater dan tengkorak. Menurut Khairat dan Waseem (2018), faktor-faktor yang menyebabkan epidural hematoma mencakup :

- a. Sekitar 10% dari pasien yang memerlukan perawatan rawat inap karena cedera otak, baik yang bersifat traumatis maupun nontraumatis, dapat mengalami epidural hematoma.
- b. Sebagian besar kasus yang terkait dengan trauma disebabkan oleh cedera kepala akibat peristiwa seperti tabrakan kendaraan bermotor, tindakan kekerasan fisik, atau jatuh secara tidak sengaja.
- c. Faktor penyebab non-traumatik meliputi infeksi, gangguan pembekuan darah (koagulopati), tumor yang berdarah, dan kelainan vaskular.

4. Patofisiologi

Trauma kepala yang parah dapat mengakibatkan kerusakan, perusakan, atau penghancuran saraf, pembuluh darah, dan jaringan dalam atau sekitar otak. Ini dapat mengakibatkan kerusakan saraf, perdarahan, atau pembengkakan yang signifikan. Pembengkakan dan penumpukan cairan (edema) memiliki efek serupa dengan pertumbuhan massa di dalam tengkorak. Karena tengkorak tidak dapat mengembang, peningkatan tekanan ini dapat merusak atau menghancurkan jaringan otak.

Kondisi ini dikenal sebagai herniasi. Jenis herniasi serupa dapat mendorong otak kecil dan batang otak melalui lubang di dasar tengkorak yang disebut foramen magnum ke dalam medulla spinalis. Karena berada dalam tengkorak, tekanan cenderung mendorong otak ke bawah, yang dapat menyebabkan otak bagian atas terdorong ke dalam saluran yang menghubungkan otak dengan batang otak. Herniasi seperti ini dapat memiliki konsekuensi kritis karena batang otak mengatur fungsi-fungsi penting dalam tubuh seperti denyut jantung dan pernapasan.

Cedera kepala yang awalnya mungkin terlihat tidak serius kadangkala dapat mengakibatkan kerusakan otak yang signifikan. Orang

yang lebih tua dan mereka yang mengonsumsi obat anti-koagulan memiliki risiko tinggi untuk mengalami perdarahan di sekitar otak. Perdarahan epidural terjadi karena adanya cedera pada arteri atau vena yang terletak di lapisan meningeal. Sebuah arteri yang cenderung sering mengalami kerusakan adalah cabang bagian depan dari arteri meningeal media.

Dampak dari pukulan yang menghasilkan fraktur tengkorak di wilayah anterior inferior os parietal dapat merusak arteri ini. Kemungkinan cedera pada arteri dan vena meningkat jika pembuluh darah memasuki kanal tulang di daerah tersebut. Perdarahan yang terjadi dapat mengakibatkan pemisahan lapisan meningeal duramater dari permukaan dalam tengkorak. Tekanan di dalam tengkorak meningkat, dan penggumpalan darah yang terbentuk akan menimbulkan tekanan pada wilayah motorik di gyrus precentralis yang terletak di bawahnya. Selain itu, darah juga dapat mengalir melalui kolateral melalui retakan pecah, menyebabkan pembengkakan di bagian bawah otot temporalis.

5. Klasifikasi

Menurut Khairat dan Waseem (2018), klasifikasi epidural hematoma berdasarkan perkembangan radiografi mencakup :

- a. Tipe I: Gejala akut; terjadi pada hari pertama dan berkaitan dengan penggumpalan darah yang cepat.
- b. Tipe II: Subakut; terjadi antara hari kedua hingga hari keempat dan biasanya memiliki tekstur yang padat.
- c. Tipe III: Kronis; terjadi antara hari ketujuh hingga hari ke-20 dan seringkali memiliki penampilan campuran atau bersinar dengan peningkatan kontras.

6. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala yang terlihat yaitu kehilangan kesadaran secara mendadak yang dapat menyebabkan koma dalam beberapa jam. Gejala yang paling mencolok dari epidural hematoma adalah penurunan kesadaran yang berkembang secara bertahap. Pasien yang mengalami kondisi ini seringkali mengalami lebam di sekitar mata dan di belakang telinga. Kadang-kadang,

terjadi keluarnya cairan dari hidung dan telinga. Menurut Havivah, (2019), beberapa gejala umum yang biasanya terjadi meliputi penurunan kesadaran yang bisa mencapai koma, penglihatan kabur, susah bicara, sakit kepala parah, mual, dan berkeringat.

7. Komplikasi

Menurut Khairat dan Waseem (2018) menyebutkan beberapa komplikasi yang dapat timbul akibat epidural hematoma, di antaranya adalah sebagai berikut :

- a. Herniasi otak
- b. Peningkatan tekanan intrakranial
- c. Hidrosefalus.

8. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Tamburrelli et al.,(2018) adapun pemeriksaan yang dapat dilakukan pada pasien dengan epidural hematoma yaitu :

- a. Pemeriksaan CT kepala tanpa kontras dapat memastikan diagnosis hematoma epidural dan menentukan lokasi tepat hematoma serta adanya fraktur tengkorak terkait.
- b. MRI mungkin bermanfaat untuk membedakan hematoma epidural kecil dari jenis subdural

9. Penatalaksanaan

Penanganan medis melibatkan upaya untuk memperbaiki atau menjaga fungsi vital, termasuk menjaga saluran napas agar tetap bersih dengan membersihkan lendir dan darah yang mungkin menghambat aliran udara pernapasan. Jika perlu, pasang pipa nasal/orofaringeal dan berikan oksigen. Infus intravena dapat diberikan dengan menggunakan cairan seperti NaCl 0,9% atau Dextrose Insaline. Selain itu, terdapat beberapa metode untuk mengurangi pembengkakan otak :

- a. Hiperventilasi dilakukan dengan tujuan mengurangi kadar oksigen (paO_2) dalam darah untuk mencegah pelebaran pembuluh darah (vasodilatasi). Selain itu, menjaga pasokan oksigen dapat membantu mengurangi produksi metabolisme anaerobik, sehingga mengurangi

risiko terjadinya asidosis. Idealnya, tingkat paO₂ harus dijaga di atas 100 mmHg dan paCO₂ berkisar antara 25-30 mmHg jika dapat dimonitor.

- b. Pemberian cairan hiperosmoler, seperti Manitol 10-15% melalui infus, bertujuan untuk menarik air dari ruang antar sel ke dalam sistem pembuluh darah sehingga dapat dikeluarkan melalui proses diuresis. Untuk mencapai hasil yang diinginkan, Manitol biasanya harus diberikan dalam dosis yang cukup besar dalam waktu singkat, yaitu sekitar 0,5-1 gram per kilogram berat badan dalam 30 menit. Metode ini efektif terutama pada pasien yang menunggu operasi. Namun, dalam kasus biasa, perlu dipertimbangkan kemungkinan efek rebound, sehingga pemberian Manitol mungkin perlu diulang setelah beberapa jam atau keesokan harinya.

B. Tinjauan *Medical Device Related Pressure Injuries* (MDRPI)

Istilah *Medical Device Related Pressure Injuries* (MDRPI) mengacu pada cedera tekanan yang disebabkan oleh perangkat medis untuk diagnosis atau perawatan (Black et al, 2019). Bentuk lokasi cedera biasanya konsisten dengan bentuk perangkat medis. Cedera tekanan adalah cedera lokal pada kulit yang disebabkan oleh tekanan atau kombinasi gaty a geser. Biasanya terjadi pada tonjolan tulang, tetapi dapat juga dikaitkan dengan perangkat medis atau objek lain (Chen Lj et al, 2019).

Penggunaan perangkat medis biasanya pada pasien yang menderita atau mengalami masalah psikologis seperti isolasi sosial dan rasa rendah diri (Hyun et al, 2019). Hal ini juga terkait dengan prognosis pasien yang buruk, seperti penurunan kualitas hidup, rawat inap yang lama, peningkatan angka infeksi, peningkatan angka readmisi, mortalitas Rumah Sakit dan peningkatan mortalitas yang signifikan dalam waktu 30 hari setelah keluar dari rumah sakit (Hajhosseini b et al, 2020). Selain itu, dengan kemajuan teknologi medis dan peningkatan tingkat penggunaan perangkat medis, memungkinkan pasien menderita cedera tekanan terkait perangkat medis (Chen et al, 2020).

Salah satu ruangan di Rumah Sakit yang banyak menggunakan perangkat medis dalam jangka panjang yaitu *Intensive Care Unit* (ICU) (Fulbrook P et al,

2020). Pasien ICU memerlukan lebih banyak peralatan atau instrumen medis karena kebutuhan untuk pengobatan dan pemantauan penyakit. Mereka akan lebih banyak kesempatan untuk menggunakan perangkat khusus tertentu yang membuat mereka lebih rentan terhadap MDRPI (Alshahrani B et al, 2021). Dibandingkan dengan pasien di Bangsal umum, pasien di ruang ICU lebih mungkin memiliki masalah seperti aktivitas terbatas, persepsi gangguan kesadaran yang mengarah ke MDRPI pada pasien (strazzeri et al, 2019). Menurut Cao et al, (2020) menemukan bahwa ICU memiliki insiden dan prevalensi kejadian MDRPI dewasa yang tinggi dari meta-analisis 21 artikel. Sebuah studi dari Australia menunjukkan bahwa insiden MDRPI secara keseluruhan dapat mencapai 27,9% dengan 68% terjadi di ICU (Barakat Johnson et al, 2019).

Menurut Koo et al (2019) mengatakan bahwa risiko MDRPI pada pasien ICU dengan keadaan semi koma atau koma dan sedasi adalah 5,79 kali dan 5,54 kali lebih tinggi dari pada pasien ICU lainnya. Menurut Nan et al (2023) menunjukkan bahwa pasien ICU dengan gangguan kesadaran memiliki risiko lebih tinggi terkena MDRPI mukosa hidung. Menurut beberapa penelitian, cedera akibat tekanan dapat terjadi pada pasien dari segala usia. Namun, 70-73% cedera tekanan terjadi pada orang berusia >65 tahun. Dampak usia pada kejadian MDRPI bersifat multifaset. Seiring bertambahnya usia, integritas kulit dan kemampuan perbaikan histiosit juga melemah, membuatnya lebih rentan terhadap kekuatan eksternal seperti kelembaban, gesekan, trauma dan kurang rentan terhadap penyembuhan (Dong et al, 2023). Selain itu, orang tua lebih rentan terhadap kerusakan stres karena berkurangnya metabolisme basal, sirkulasi darah dan retardasi sensorik dan sering dikaitkan dengan malnutrisi, kesulitan mobilitas dan komplikasi berat (Blackburn et al, 2018).

Semakin buruk kondisi dasar pasien, semakin besar kemungkinan memerlukan istirahat di tempat tidur dalam jangka waktu lama dan menggunakan beberapa alat medis dalam jangka waktu lama, serta semakin rentan terhadap MDRPI. Semakin lama alat kesehatan digunakan, semakin besar tekanan yang diterima kulit atau mukosa sehingga mengakibatkan deformasi sel jaringan,

edema inflamasi, iskemia lokal dan hipoksia yang pada akhirnya menyebabkan MDRPI. Risiko cedera tekanan meningkat sebesar 66% untuk setiap hari tambahan penggunaan alat kesehatan. Semakin banyak alat kesehatan yang digunakan, semakin besar kemungkinan akan terjadi tekanan lokal pada tubuh, sehingga meningkatkan risiko MDRPI (Wu YL et al, 2019). Jenis alat kesehatan dapat memengaruhi terjadinya MDRPI pada pasien ICU. Menurut data asing penggunaan alat pernapasan merupakan penyebab utama MDRPI mencakup 68% dari semua MDRPI yang terkait dengan alat pernapasan (Gefen et al, 2020).

Menurut Black et al (2019) risiko cedera tekanan meningkat 2,4 kali lipat untuk setiap peningkatan jenis alat kesehatan yang digunakan. Oleh karena itu, kita harus secara wajar mengenakan alat kesehatan untuk pasien, mengubah posisi alat kesehatan atau alat tetapnya sesuai dengan kondisi pasien dan jenis alat kesehatan dan mengadopsi metode seperti relaksasi teratur dan tindakan perlingdungan lokal untuk mengurangi tekanan pada bagian yang tetap. Dalam praktik klinis, penting untuk mengevaluasi kondisi pasien secara tepat waktu, akurat dan dinamis untuk menghilangkan atau mengurangi penggunaan alat kesehatan sesegera mungkin.

C. Tinjauan *Virgin Coconut Oil* (VCO)

1. Definisi

Virgin Coconut Oil (VCO) adalah minyak kelapa murni yang dibuat tanpa pemanasan sama sekali. Selama beberapa generasi, orang Indonesia telah memasukkan minyak kelapa murni ke dalam produk perawatan kulit dan rambut. Di Indonesia tanaman berbuah yang dikenal dengan nama kelapa banyak tumbuh. Biasanya digunakan sebagai bahan masakan berupa daging kelapa segar yang telah diolah dan sebagai minyak untuk memasak dan perawatan tubuh. Minyak olahan dari bahan baku kelapa segar disebut juga santan dan minyak olahan dari bahan baku kopra disebut juga daging kelapa kering adalah dua jenis minyak daging kelapa olahan. Minyak kelapa murni, juga dikenal sebagai minyak kelapa murni diproduksi ketika kelapa segar digunakan sebagai bahan baku. Khasiat VCO yang diduga dapat

dimanfaatkan dalam bidang kesehatan masih menjadi bahan penelitian pemanfaatan VCO dalam bidang kesehatan. (Haslinda, M. 2020).

2. Manfaat

Kandungan zat aktifnya, seperti 90% asam lemak jenuh (saturated fatty acid) dan 10% asam lemak tak jenuh (unsaturated fatty acid), merupakan salah satu khasiat VCO yang bermanfaat. Banyaknya lemak tak jenuh dalam suatu makanan baik untuk kesehatan tubuh Anda. Asam lemak jenuh dalam VCO dapat mencapai 92%, dengan asam laurat (C12) terhitung 48%-53%, asam oleat (1,5-2,5%), dan asam lemak lainnya seperti asam kaprilat (8%) (C: 8% kaprat). asam, dan Selain memiliki banyak asam laurat, VCO juga memiliki banyak vitamin E. Kandungan asam lemak VCO terutama asam laurat dan oleat membuat kulit terasa lembut. Selain itu, VCO dapat digunakan secara aman dan efektif sebagai pelembab kulit untuk meningkatkan hidrasi dan mempercepat penyembuhan. (Muthia, 2018).

(Hinestroza, 2018) Saat membahas teori sebelumnya, disebutkan bahwa penyebab utama luka tekan adalah tekanan yang berkepanjangan pada area tubuh tertentu, sehingga menghambat sirkulasi dan menyebabkan kerusakan jaringan di sana. Selain itu, faktor toleransi jaringan merupakan salah satu faktor risiko luka tekan. Pasien dengan toleransi jaringan yang buruk dan imobilitas lebih mungkin untuk mengembangkan luka tekan lebih cepat dibandingkan dengan toleransi jaringan yang baik. Akibatnya, pasien yang berisiko mengalami luka tekan membutuhkan peningkatan toleransi jaringan selain intervensi untuk mengubah posisi. Salah satu cara menjaga toleransi jaringan adalah dengan merawat kulit dengan baik. (Lucida et al, 2018).

Perawatan kulit mencakup menjaga kebersihan kulit, melindunginya dari kelembapan yang berlebihan dari keringat, feses, atau cairan tubuh lainnya, dan mencegahnya menjadi terlalu kering, menjaga kulit tetap terhidrasi dan cukup ternutrisi, serta mengoleskan pelembap atau bahan topikal lainnya. Minyak kelapa atau lotion dapat digunakan sebagai bahan topikal dalam produk perawatan kulit untuk mencegah luka tekan. menyatakan bahwa losion perawatan kulit biasa biasanya mengandung air untuk memberikan

rasa segar sementara saat dioleskan, namun seiring kandungan airnya menguap, kulit menjadi kering.(Nilmasari PA, 2019).

VCO dapat digunakan sebagai bahan topikal yang berfungsi sebagai pelembab untuk mencegah kulit kering dan meminimalkan paparan keringat, urin, atau feses yang berlebihan karena merupakan minyak yang tidak bercampur dengan air. Selain itu, VCO berfungsi sebagai pelumas untuk mengurangi efek geser dan gesekan serta memberikan nutrisi melalui penyerapan kulit. Vitamin E dan antioksidan masih dapat dipertahankan dalam VCO sehingga mampu melembutkan kulit saat digunakan sebagai pelindung kulit (Mukhti, E.N., 2018).

3. Perbandingan Minyak VCO dengan Minyak Kelapa

Berdasarkan sifat minyak yang dapat dikonsumsi, ada dua jenis minyak kelapa yaitu RBD (*refined, bleached, dan deodorized*) yang sudah digunakan secara massif sejak lama dan VCO. Minyak kelapa RBD komersial yang dapat dimakan berasal dari kernel tanaman kelapa yang sama dengan VCO, *Cocos nucifera L.* kemudian diekstraksi dan minyak mentah yang dihasilkan diproses melalui tahap pencucian, pemutihan dan penghilang bau melalui pemanasan suhu tinggi (200°C) dan penambahan zat kimia. Proses refined, bleached, dan deodorized, seperti yang sudah dijelaskan sebelumnya, tidak dilakukan pada proses pembuatan VCO. Adapun minyak dengan proses dingin yang sudah dikenal secara masif juga salah satunya yakni Cold-Pressed Oil (CPO) yang dibuat dari biji-bijian dengan menggunakan teknis penumbukan melalui sebuah batang yang berputar pelan berhari-hari (Kumaretal. , 2018).

Dengan adanya ketiga proses pembuatan minyak antara minyak kelapa RBD, VCO, dan CPO yang berbeda, sifat dan manfaat minyak yang dihasilkan bisa berbeda pula. Beberapa aspek yang bisa membedakan hasil minyak yang diperoleh menurut (Maurikaa, Jaganivash and Shanmugasundaram, 2020), di antaranya :

a. Kadar air

Kadar air sampel minyak ditemukan berada di kisaran 0,10%-0,80% (bib), yang berada dalam nilai yang direkomendasikan oleh APCC (<0.5% kecuali minyak CPO). Hal ini menunjukkan bahwa VCO mampu diproduksi dengan kadar air rendah 0,1%. Disisi lain minyak RBD dan CPO mengandung kadar air yang sedikit lebih tinggi daripada VCO mungkin disebabkan oleh kualitas minyak yang terjaga dan insisi oksidasi, Kadar air VCO yang lebih rendah menunjukkan peningkatan umur simpan dan mencegah proses oksidasi dan ketengikan.

b. Indeks bias / *refractive index* (RI) pada 40°C

Hasil penelitian menunjukkan bahwa indeks bias CVO lebih tinggi jika dibandingkan dengan RBD dan CPO dengan nilai yang masih memenuhi standar dari APCC. Perbedaan tersebut kemungkinan disebabkan oleh tingginya FFA dan pengotor sampel VCO yang lebih tinggi dibandingkan dengan RBD CPO. Oleh karena itu, parameter ini dapat dipertimbangkan untuk deteksi pemalsuan CVO dengan minyak nabati lainnya.

c. Nilai penyabunan atau *saponifikasi value* (SV)

Nilai saponifikasi VCO bernilai rendah dikarenakan VCO mengandung kandungan asam lemak rantai pendek yang lebih tinggi dibandingkan dengan minyak RBD dan CPO. Adapun SV terkait dengan massa molekul rata-rata lemak dan minyak dan berbanding erbalik dengan panjang rantai asam lemak dan minyak.

d. Nilai yodium atau *iodin value* (IV)

Iodin value menunjukkan persentase berat minyak kelapa terkait dengan asam lemak tak jenuh yang dapat menyerap halogen seperti yodium. VCO ditemukan memiliki kandungan asam lemak tak jenuh yang lebih sedikit untuk mengikat halogen tersebut tetapi RBD dan CPO memiliki IV lebih tinggi yang disebabkan oleh adanya jumlah asam lemak tak jenuh yang tinggi. Rendahnya jumlah asam lemak tak jenuh menjadi alasan batas keamanan konsumsi VCO harus dipelajari dan deteksi pemalsuan dilakukan berdasarkan nilai yodium.

e. Nilai asam atau *acid value* (AV)

Minyak CPO dan minyak RBD masing-masing ditemukan memiliki nilai asam yang jauh lebih rendah dari VCO, meskipun semua sampel berada dalam batas APCC. Hal ini sesuai dengan aktivitas lipase atau paparan cahaya dan panas yang relatif lebih tinggi pada VCO dibandingkan sampel lainnya.

f. Nilai polenkes atau *polenkes value* (PV)

Minyak VCO memiliki PV yang sedikit lebih tinggi dibandingkan minyak CPO dan RBD. Hal ini menunjukkan bahwa VCO memiliki jumlah asam kaprilat, kaprat dan larutan yang lebih tinggi. Gliserida ini membentuk komposisi asam lemak bebas.

g. Asam lemak bebas atau *free fatty acid* (FFA)

Minyak RBD memiliki FFA paling rendah jika dibandingkan dengan SPO dan VCO. FFA diproduksi oleh hidrolisis minyak dan lemak dan rentan terhadap oksidasi. Dalam minyak RD saat diproses dengan zat kimia, dapat menurunkan kualitasnya. FFA dapat digunakan sebagai indikator rasa dan aroma minyak.

Berdasarkan beberapa perbandingan tersebut, VCO tetap dinilai lebih baik dan lebih aman untuk dikonsumsi secara rutin. Pada penelitian lain yang membandingkan antara minyak kelapa, minyak sawit dan VCO menunjukkan juga keunggulan VCO yang lebih baik untuk kesehatan dan antipatogen karena memiliki kandungan asam lemak dan bakteri asam laktat yang lebih tinggi (Suryani *et al.*, 2020)

D. 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 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 tiga 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

E. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

- a. Identitas Pasien
Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, dan diagnosis medis.
- b. Keluhan utama
Sering menjadi alasan pasien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak badan, gelisah, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan tingkat kesadaran.
- c. Riwayat penyakit sekarang
Adanya penurunan kesadaran, gelisah.
- d. Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala. Pengkajian pemakaian obat-obat yang sering digunakan pasien, seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta, dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya.

e. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus, atau penyakit menurun lainnya.

f. Pengkajian Primer

Airway (Jalan Napas)

- 1) Sumbatan atau penumpukan secret
- 2) Wheezing atau krekles.
- 3) Kepatenan jalan nafas.

Breathing (Pernapasan)

- 1) Sesak dengan aktifitas ringan atau istirahat.
- 2) RR lebih dari 24 kali/menit, irama ireguler dangkal
- 3) Ronchi, krekles.
- 4) Ekspansi dada tidak penuh
- 5) Penggunaan otot bantu nafas.

Circulation

- 1) Nadi lemah, tidak teratur
- 2) Capillary refill
- 3) Takikardi
- 4) TD meningkat / menurun
- 5) Edema
- 6) Gelisah
- 7) Akral dingin
- 8) Kulit pucat, sianosis
- 9) Output urine menurun

Disability Status mental : Tingkat kesadaran secara kualitatif dengan Glasgow Coma Scale (GCS) dan secara kuantitatif yaitu

- 1) Composmentis : Sadar sepenuhnya, dapat menjawab semua pertanyaan tentang keadaan sekelilingnya.
- 2) Apatis : keadaan kesadaran yang segan untuk berhubungan dengan kehidupan sekitarnya, sikapnya acuh tak acuh.
- 3) Somnolen : keadaan kesadaran yang mau tidur saja. Dapat dibangunkan dengan rangsang nyeri, tetapi jatuh tidur lagi.
- 4) Delirium : keadaan kacau motorik yang sangat, memberontak, berteriak-teriak, dan tidak sadar terhadap orang lain, tempat, dan waktu.
- 5) Sopor/semi koma : keadaan kesadaran yang menyerupai koma, reaksi hanya dapat ditimbulkan dengan rangsang nyeri.
- 6) Koma : keadaan kesadaran yang hilang sama sekali dan tidak dapat dibangunkan dengan rangsang apapun.

Exposure

- 1) Keadaan kulit, seperti turgor / kelainan pada kulit dan keadaan ketidaknyamanan (nyeri) dengan pengkajian PQRST.

g. Pemeriksaan Sekunder

1) B1 (Breathing)

Pada inspeksi didapatkan pasien batuk apa tidak, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas, dan peningkatan frekuensi pernapasan. Auskultasi bunyi napas tambahan seperti ronkhi pada pasien dengan peningkatan produksi sekret ataupun adanya sumbatan. Pada pasien dengan tingkat kesadaran compos mends, pengkajian inspeksi pernapasannya tidak ada kelainan. Palpasi toraks didapatkan taktil premitus seimbang kanan dan kiri. Auskultasi tidak didapatkan bunyi napas tambahan.

2) B2 (Blood/ Kardiovaskuler)

Pengkajian tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi masif (tekanan darah >200 mmHg). Kaji adanya nyeri dada dengan pengkajian P, Q, R, S, T. Raba akral pasien apakah teraba

dingin atau hangat, lakukan pemeriksaan EKG, auskultasi suara jantung apakah ada kelainan

3) B3 (Brain/ Sistem Persyarafan)

Lesi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya. Pengkajian B3 (Brain) merupakan pemeriksaan yang terfokus dan harus lebih lengkap dibandingkan pengkajian pada sistem lainnya.

4) B4 (Bladder/ Sistem Pencernaan)

Setelah cedera otak pasien mungkin mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang kontrol sfingter urine eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermiten dengan teknik steril. Inkontinensia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

5) B5 (Bowel/ Sistem Pencernaan)

Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut, adanya perdarahan. Mual sampai muntah disebabkan oleh peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

6) B6 (Bone)

Pada kulit, jika pasien kekurangan O₂ kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan buruk. Selain itu, perlu juga dikaji tanda-tanda dekubitus. Adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, gangguan mobilitas, serta masalah pada pola aktivitas dan istirahat.

h. Pengkajian Tingkat Kesadaran

Kualitas kesadaran pasien merupakan parameter yang paling mendasar dan parameter yang paling penting yang membutuhkan pengkajian.

Tingkat keterjagaan pasien dan respons terhadap lingkungan adalah indikator paling sensitif untuk disfungsi sistem persarafan. Beberapa sistem digunakan untuk membuat peringkat perubahan dalam kewaspadaan dan keterjagaan. Jika pasien sudah mengalami koma maka penilaian GCS sangat penting untuk menilai tingkat kesadaran pasien dan bahan evaluasi untuk pemantauan pemberian asuhan.

- i. Pengkajian Fungsi Serebral Pengkajian ini meliputi status mental, fungsi intelektual, kemampuan bahasa, lobus frontal, dan hemisfer.
 - 1) Status Mental Observasi penampilan, tingkah laku, nilai gaya bicara, ekspresi wajah, dan aktivitas motorik pasien
 - 2) Fungsi Intelektual Didapatkan penurunan dalam ingatan dan memori, baik jangka pendek maupun jangka panjang. Penurunan kemampuan berhitung dan kalkulasi. Pada beberapa kasus pasien mengalami brain damage yaitu kesulitan untuk mengenal persamaan dan perbedaan yang tidak begitu nyata
 - 3) Kemampuan Bahasa Penurunan kemampuan bahasa tergantung daerah lesi yang memengaruhi fungsi dari serebral. Lesi pada daerah hemisfer yang dominan pada bagian posterior dari girus temporalis superior (area Wernicke) didapatkan disfasia reseptif, yaitu pasien tidak dapat memahami bahasa lisan atau bahasa tertulis. Sedangkan lesi pada bagian posterior dari girus frontalis inferior (Area Broca) didapatkan disfagia ekspresif, yaitu pasien dapat mengerti, tetapi tidak dapat menjawab dengan tepat dan bicaranya tidak lancar. Disartria (kesulitan berbicara), ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara.
- j. Pengkajian Saraf Kranial Menurut Muttaqin,

Pemeriksaan ini meliputi pemeriksaan saraf kranial I-XII :

 - 1) Saraf I : Kaji adanya kelainan pada fungsi penciuman
 - 2) Saraf II : Disfungsi persepsi visual karena gangguan jarak sensori primer di antara mata dan korteks visual

- 3) Saraf III, IV, dan VI : Adakah kelainan pada pupil, lapang pandang pasie
- 4) Saraf V : Pada beberapa keadaan EDH menyebabkan paralisis saraf trigemimus, penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah ke sisi ipsilateral, serta kelumpuhan satu sisi otot pterigoideus internus dan eksternus
- 5) Saraf VII : Persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah asimetris, dan otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat
- 6) Saraf VIII: Tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi.
- 7) Saraf IX dan X: Kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut
- 8) Saraf XI: Tidak ada atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapezius.
- 9) Saraf XII: Lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi, serta indra pengecapan norma

k. Pengkajian Sistem Motorik

- 1) Inspeksi Umum
- 2) Fasikulas Didapatkan pada otot-otot ekstremitas
- 3) Tonus Otot

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan (SDKI DPP PPNI, 2016) adalah sebagai berikut:

- a. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial (**D.0066**)
- b. Bersihan jalan napas tidak efektif (**D.0001**)
- c. Pola Nafas Tidak Efektif (**D.0005**)
- d. Hipertermia (**D.0130**)
- e. Nyeri Akut (**D.0077**)
- f. Defisit nutrisi (**D.0019**)
- g. Gangguan mobilitas fisik (**D.0054**)
- h. Defisit perawatan diri (**D.0109**)
- i. Risiko luka tekan (**D.0144**)
- j. Risiko infeksi (**D.0142**)

3. Nursing Care Plan

Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial Kategori : Fisiologi Subkategori : Neurosensori	Definisi : Gangguan mekanisme dinamika intrakranial dalam melakukan kompensasi terhadap stimulus yang dapat menurunkan kapasitas intrakranial	
Komponen Diagnosis (SDKI)	Kriteria Luaran/Tujuan (SLKI)	Tindakan Keperawatan (SIKI)
Penyebab a. Lesi menempati ruang (mis, Space-occupying lesion – akibat tumor abses) b. Gangguan metabolisme c. Edema serebral d. Peningkatan tekanan vena e. Obstruksi aliran cairan serebrospinal f. Hipertensi intrakranial idiopatik Gejala dan Tanda Mayor Subjektif 1. Sakit kepala Objektif 1. Tekanan darah meningkat dengan tekanan nadi (pulse pressure) melebar 2. Bradikardia 3. Pola napas irregular 4. Tingkat kesadaran menurun 5. Respon pupil melambat atau tidak sama 6. Reflex neurologis terganggu Gejala dan Tanda Minor Subjektif (tidak tersedia) Objektif 1. Gelisah 2. Agitasi 3. Muntah (tanpa disertai mual) 4. Tampak lesu/lemah 5. Fungsi kognitif terganggu 6. Tekanan intracranial (TIK) ≥ 20 mmHg 7. Papiledema 8. Postur deserebrasi (ektensi)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kapasitas adaptif intrakranial (L.06049), dengan kriteria hasil : Skor : Menurun 1, Cukup Menurun 2, sedang 3, Cukup Meningkatkan 4, Meningkatkan 5 1. Tingkat kesadaran (...) 2. Fungsi kognitif (...) Skor : Meningkatkan 1, Cukup Meningkatkan 2, Sedang 3, Cukup Menurun 4, Menurun 5 1. Sakit kepala (...) 2. Gelisah (...) 3. Agitasi (...) 4. Muntah (...) 5. Postur deserebrasi (ektensi) (...) 6. Papiledema (...) Skor : Memburuk 1, Cukup Memburuk 2, Sedang 3, Cukup Membaik 4, Membaik 5 1. Tekanan darah (...) 2. Tekanan nadi (...) 3. Bradikardia (...) 4. Pola napas (...) 5. Respon pupil (...) 6. Refleks neurologis (...) 7. Tekanan intracranial (...)	Manajemen peningkatan intrakranial (I.06194) Tindakan Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK 3. Monitor MAP 4. Monitor CVP, jika perlu 5. Monitor PAWP, jika perlu 6. Monitor PAP, jika perlu 7. Monitor ICP, jika perlu 8. Monitor CPP, jika perlu 9. Monitor gelombang ICP 10. Monitor status pernapasan 11. Monitor intake dan output cairan 12. Monitor cairan serebro-spinalis Terapeutik 1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 2. Berikan posisi semi fowler 3. Hindari manuver valsava 4. Cegah terjadinya kejang 5. Hindari penggunaan PEEP 6. Hindari pemberian cairan IV hipotonik 7. Atur ventilator agar PaCO ₂ 8. Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu 3. Kolaborasi pemberian penunak tinja, jika perlu
Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif Kategori : Fisiologis Subkategori : Respirasi	Definisi : Ketidakmampuan membersihkan atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten	
Komponen Diagnosis (SDKI)	Kriteria Luaran/Tujuan (SLKI)	Tindakan Keperawatan (SIKI)

<p>Penyebab Fisiologis</p> <ol style="list-style-type: none"> Spasme jalan nafas Hipersekresi jalan nafas Disfungsi neuromuskular Benda asing dalam jalan nafas Sekresi yang tertahan Hiperplasia dinding jalan nafas Proses infeksi Respon alergi Efek agen farmakologis (Mis. Anestesi) <p>Situasional</p> <ol style="list-style-type: none"> Merokok aktif Merokok pasif Terpapar polutan <p>Gejala dan Tanda Mayor Subyektif (tidak tersedia) Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> Batuk tidak efektif Tidak mampu batuk Sputum berlebih Mengi, wheezing, atau ronchi <p>Gejala dan Tanda Minor Subyektif</p> <ol style="list-style-type: none"> Dispnea Sulit bicara Orthopnea <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> Gelisah Sianosis Bunyi nafas menurun Frekuensi nafas berubah Pola nafas berubah 	<p>Setelah dilakukan tindakan intervensi keperawatan selama diharapkan Bersihan jalan nafas (L.01001) Menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>Skor : Menurun 1, Cukup Menurun 2, sedang 3, Cukup Meningkatkan 4, Meningkatkan 5</p> <ol style="list-style-type: none"> Batuk efektif (...) <p>Skor : Meningkatkan 1, Cukup Meningkatkan 2, Sedang 3, Cukup Menurun 4, Menurun 5</p> <ol style="list-style-type: none"> Produksi sputum (...) Mengi (...) Wheezing (...) Dispnea (...) Orthopnea (...) Sulit bicara (...) Sianosis (...) Gelisah (...) <p>Skor : Memburuk 1, Cukup Memburuk 2, Sedang 3, Cukup Membaik 4, Membaik 5</p> <ol style="list-style-type: none"> Frekuensi nafas (...) Pola nafas (...) 	<p>Manajemen Jalan Napas (L.01011) Tindakan <i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor pol nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) Monitor bunyi nafas tambahan Monitor sputum <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Pertahankan kepatenan jalan nafas Posisikan semi fowler atau fowler Berikan minuman hangat Lakukan fisioterapi dada, jika perlu Lakukn penghisapan lendir kurang dari 15 detik Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal Berikan oksigen, jika perlu <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi Ajarkan teknik batuk efektif <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu
<p>Pola Napas Tidak Efektif Kategori : Fisiologis Subkategori : Respirasi</p>	<p>Definisi : Inspirasi dan atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat</p>	
<p>Komponen Diagnosis (SDKI)</p>	<p>Kriteria Luaran/Tujuan (SLKI)</p>	<p>Tindakan Keperawatan (SIKI)</p>
<p>Penyebab</p> <ol style="list-style-type: none"> Depresi pusat pernafasan Hambatan upaya nafas (mis. Nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernafasan) Deformitas dinding dada Deformitas tulang dada Gangguan neuromuskular Gangguan neurologis (Mis, elektroensefalogram (ECG)) 	<p>Setelah dilakukan tindakan intervensi keperawatan selama diharapkan Pola nafas (L.08066) Membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>Skor : Meningkatkan 1, Cukup Meningkatkan 2, Sedang 3, Cukup Menurun 4, Menurun 5</p> <ol style="list-style-type: none"> Dispnea (...) Penggunaan otot bantu nafas (...) Pemanjang fase ekspirasi (...) 	<p>Manajemen Jalan Napas (L.01011) Tindakan <i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor pol nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) Monitor bunyi nafas tambahan Monitor sputum <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Pertahankan kepatenan jalan nafas

<p>positif, cedera kepala, gangguan kejang)</p> <p>g. Imaturitas neurologis</p> <p>h. Obesitas</p> <p>i. Posisi tubuh yang menghambat diafragma</p> <p>j. Cedera pada medula spinalis</p> <p>k. Efek agen farmakologis</p> <p>l. Kecemasan</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subyektif</p> <p>1. Dispnea</p> <p>Objektif</p> <p>1. Penggunaan otot bantu pernapasan</p> <p>2. Fase ekspirasi memanjang</p> <p>3. Pola napas abnormal (mis, takipnea, bradypnea, hiperventilasi, kusmaul, chyne-stokes)</p> <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subyektif</p> <p>1. Ortopnea</p> <p>Objektif</p> <p>1. Pernapasan pursed-lip</p> <p>2. Pernapasan cuping hidung</p> <p>3. Diameter thoraks anterior-posterior</p> <p>4. Ventilasi semenit menurun</p> <p>5. Kapasitas vital menurun</p> <p>6. Tekanan ekspirasi menurun</p> <p>7. Tekanan inspirasi menurun</p> <p>8. Eskursi dada berubah</p>	<p>4. Ortopnea (...)</p> <p>5. Pernapasan pursed-lip (...)</p> <p>6. Pernapasan cuping hidung (...)</p> <p>Skor : Memburuk 1, Cukup Memburu 2, Sedang 3, Cukup Membaik 4, Membaik 5</p> <p>1. Frekuensi napas (...)</p> <p>2. Kedalaman napas (...)</p> <p>3. Ekskursi dada (...)</p> <p>4. Ventilasi semenit (...)</p> <p>5. Kapasitas vital (...)</p> <p>6. Daimter thoraks anterior-posterior (...)</p> <p>7. Tekanan inspirasi (...)</p>	<p>2. Posisikan semi fowler atau fowler</p> <p>3. Berikan minuman hangat</p> <p>4. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu</p> <p>5. Lakukn penghisapan lendir kurang dari 15 detik</p> <p>6. Lakukan hiperoksigenasi sebelm penghisapan endotrakeal</p> <p>7. Berikan oksigen, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/ari, jika tidak kontraindikasi</p> <p>2. Ajrakan teknik batuk efektif</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu</p>
<p>Hipertermia</p> <p>Kategori : Lingkungan</p> <p>Subkategori : Kemanan dan Proteksi</p>	<p>Definisi : Suhu tubuh meingkat diatas rentan normal tubuh</p>	
<p>Kompoenen Diagnosis (SDKI)</p> <p>Penyebab</p> <p>a. Dehidrasi</p> <p>b. Terpapar lingkungan panas</p> <p>c. Proses penyakit (mis, infeksi, kanker)</p> <p>d. Ketidakseimbangan pakaian dengan suhu lingkungan</p> <p>e. Peningkatan laju metabolisme</p> <p>f. Respon trauma</p> <p>g. Aktivitas berlebihan</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subyektif</p> <p>(tidak tersedia)</p>	<p>Kriteria Luaran/Tujuan (SLKI)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan intervensi keperawatan selama diharapkan Termoregulasi (L.14134) Menbaik dengan kriteria hasil :</p> <p>Skor : Meningkat 1, Cukup Meningkat 2, Sedang 3, Cukup Menurun 4, Menurun 5</p> <p>1. Menggigil (...)</p> <p>2. Kulit merah (...)</p> <p>3. Kejang (...)</p> <p>4. Akrosianosis (...)</p> <p>5. Konsumsi oksigen (...)</p>	<p>Tindakan Keperawatan (SIKI)</p> <p>Dukungan Mobilisasi (1.05173)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <p>1. -</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. -</p> <p>Edukasi</p> <p>1. -</p>

<p>Objektif 1. Suhu tubuh diatas nilai normal</p> <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subyektif (tidak tersedia)</p> <p>Objektif 1. Kulit merah 2. Kejang 3. Takikardi 4. Takipnea 5. Kulit terasa hangat</p>	<p>6. Piloreksi (...) 7. Vasokonstriksi perifer (...) 8. Pucat (...) 9. Takikardi (...) 10. Takipnea (...) 11. Bradikardi (...) 12. Dasar kaku sianotik (...) 13. Hipoksia (...)</p> <p>Skor : Memburuk 1, Cukup Memburuk 2, Sedang 3, Cukup Membaik 4, Membaik 5</p> <p>1. Suhu tubuh (...) 2. Suhu kulit (...) 3. Kadar glukosa tubuh (...) 4. Pengisian kapiler (...) 5. Ventilasi (...) 6. Tekanan darah (...)</p>	
<p>Nyeri Akut Kategori : Psikologis Subkategori : Nyeri dan Kenyamanan</p>	<p>Definsi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan</p>	
<p>Komponen Diagnosis (SDKI)</p>	<p>Kriteria luaran/Tujuan (SLKI)</p>	<p>Tindakan Keperawatan (SIKI)</p>
<p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif 1. Mengeluh nyeri</p> <p>Objektif 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur</p> <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif (Tidak tersedia)</p> <p>Objektif 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan intervensi keperawatan selama diharapkan Tingkat nyeri (L.08066) Menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>Skor : Menurun 1, Cukup Menurun 2, sedang 3, Cukup Meningkatkan 4, Meningkatkan 5</p> <p>2. Kemampuan menuntaskan aktivitas (...)</p> <p>Skor : Meningkatkan 1, Cukup Meningkatkan 2, Sedang 3, Cukup Menurun 4, Menurun 5</p> <p>1. Keluhan nyeri (...) 2. Meringis (...) 3. Sikap protektif (...) 4. Gelisah (...) 5. Kesulitan tidur (...) 6. Menarik diri (...) 7. Berfokus pada diri sendiri (...) 8. Diafoesis (...) 9. Perasaan depresi (tertekan) (...) 10. Perasaan takut mengalami cedera berulang (...) 11. Anoreksia (...) 12. Perineum teasa tertekan (...)</p>	<p>Manajemen Nyeri (1.08238)</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kuaiitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyaninan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgeti</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>10. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p>

	<p>13.Uterus teraba membuat (...) 14.Ketegangan otot (...) 15.Pupil dilatasi (...) 16.Muntah (...) 17.Mual (...)</p> <p>Skor : Memburuk 1, Cukup Memburuk 2, Sedang 3, Cukup Membaik 4, Membaik 5</p> <p>1. Frekuensi nadi (...) 2. Pola napas (...) 3. Tekanan darah (...) 4. Proses berpikir (...) 5. Fokus (...) 6. Fungsi berkemih (...) 7. Perilaku (...) 8. Nafsu makan (...) 9. Pola pikir (...)</p>	<p>(mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>11.Fasilitasi Istirahat dan tidur 12.Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 13.Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 14.Jelaskan strategi meredakan nyeri 15. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 16.Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 17.Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <i>Kolaborasi</i> 18.Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
<p>Defisit Nutrisi Kategori : Fisiologis Subkategori : Nutrisi dan Cairan</p>	<p>Definsi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme</p>	
<p>Komponen Diagnosis (SDKI)</p>	<p>Kriteria luaran/Tujuan (SLKI)</p>	<p>Tindakan Keperawatan (SIKI)</p>
<p>Gejala dan Tanda Mayor <i>Subjektif</i> (tidak tersedia) <i>Objektif</i> 1. Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal</p> <p>Gejala dan Tanda Minor <i>Subjektif</i> 1. Cepat kenyang setelah makan 2. Kram/nyeri abdomen 3. Nafsumakan menuun <i>Objektif</i> 1. Bising usus hiperaktif 2. Otot pengunyah lemah 3. Otot menelan lemah 4. Membran mukosa pucat 5. Sariawan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan intervensi keperawatan diharapkan Status nutrisi (L.03030) Membaik dengan kriteria hasil : Skor : Menurun 1, Cukup Menurun 2, sedang 3, Cukup Meningkat 4, Meningkat 5</p> <p>1. Porsi makanan yang dihabiskan (...) 2. Kekuatan otot pengunyah (...) 3. Kekuatan otot menelan (...) 4. Serum albumin (...) 5. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi (...) 6. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat (...) 7. Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat (...)</p>	<p>Manajemen Nutrisi (I.03119) Tindakan <i>Observasi</i> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogatrik 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <i>Terapeutik</i></p>

<p>6. Serum albumin turun 7. Rambut rontok berlebihan 4. Diare</p>	<p>8. Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat (...) 9. Penyiapan dan penyimpanan makanan yang aman (...) 10. Penyiapan dan penyimpanan makanan yang aman (...) 11. Sikap terhadap makanan / minuman sesuai dengan tujuan kesehatan (...)</p> <p>Skor : Meningkatkan 1, Cukup Meningkatkan 2, Sedang 3, Cukup Menurun 4, Menurun 5</p> <p>1. Perasaan cepat kenyang (...) 2. Nyeri abdomen (...) 3. Sariawan (...) 4. Rambut rontok (...) 5. Diare (...)</p> <p>Skor : Memburuk 1, Cukup Memburuk 2, Sedang 3, Cukup Membaik 4, Membaik 5</p> <p>1. Berat badan (...) 2. Indeks massa tubuh (IMT) (...) 3. Frekuensi makan (...) 4. Nafsu makan (...) 5. Bising usus (...) 6. Tebal lipatan kulit trisep (...)</p>	<p>1. Lakukan oral hygiene sebelum makan Jika perlu 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (misal piramida makanan) 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5. Berikan makanan tinggi protein dan tinggi kalori 6. Berikan suplemen makanan, Jika perlu 7. Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogatrik jika asupan oral dapat ditoleransi</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 2. Ajarkan diet yang diprogramkan</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (misal pereda nyeri, anti emetik), jika perlu 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu.</p>
<p>Gangguan Mobilitas Fisik Kategori : Fisiologis Subkategori : Aktivitas/istirahat</p>	<p>Definsi : keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri</p>	
<p>Komponen Diagnosis (SDKI)</p>	<p>Kriteria luaran/Tujuan (SLKI)</p>	<p>Tindakan Keperawatan (SIKI)</p>
<p>Gejala dan tanda mayor <i>Subjektif</i> 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas <i>Objektif</i> 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun Gejala dan Tanda Minor <i>Subjektif</i> 1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak <i>Objektif</i> 1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan intervensi keperawatan diharapkan mobilitas fisik (L.05042) meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>Skor : Menurun 1, Cukup Menurun 2, sedang 3, Cukup Meningkatkan 4, Meningkatkan 5</p> <p>1. Pergerakan ekstremitas (...) 2. Kekuatan otot (...) 3. Rentang gerak (ROM) (...)</p> <p>Skor : Meningkatkan 1, Cukup Meningkatkan 2, Sedang 3, Cukup Menurun 4, Menurun 5</p> <p>1. Nyeri (...) 2. Cemas (...) 3. Kaku sendi (...)</p>	<p>Dukungan Mobilisasi (1.05173) Tindakan <i>Observasi</i> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p><i>Terapeutik</i> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</p>

	<p>4. Tidak terkoordinasi (...) 5. Gerakan terbatas (...) 6. Kelemahan fisik (...)</p>	<p>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di (empat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
<p>Defisit Perawatan Diri Kategori : Perilaku Sub Kategori : Kebersihan Diri</p>	<p>Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri</p>	
<p>Komponen Diagnosis (SDKI)</p>	<p>Kriteria luaran/Tujuan (SLKI)</p>	<p>Tindakan Keperawatan (SIKI)</p>
<p>Penyebab</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Gangguan muskuloskeletal b. Gangguan neurmuskular c. Kelemahan d. Gangguan psikologis dan atau psikotik e. Penurunan motivasi/minat <p>Tanda Dan Gejala Mayor</p> <p><i>Subyektif</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menolak melakukan perawatan <p><i>Objektif</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian.makan/ke toilet/ berhias secara mandiri 2. Minat melakukan perawatan diri kurang <p>Tanda dan Gejala Minor</p> <p><i>Subyektif</i> (tidak tersedia)</p> <p><i>Objektif</i> (tidak tersedia)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan intervensi keperawatan selama diharapkan Perawatan diri (L.11103) Meningkatkan dengan kriteria hasil :</p> <p>Skor : Menurun 1, Cukup Menurun 2, sedang 3, Cukup Meningkatkan 4, Meningkatkan 5</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi (...) 2. Kemampuan mengenakan pakaian (...) 3. Kemampuan makan (...) 4. Kemampuan ke toilet (BAK/BAB) (...)\ 5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri 6. Minat melakukan perawatan diri(...) 7. Mempertahankan kebersihan diri (...) 8. Mempertahankan kebersihan mulut (...) 	<p>Dukungan Perawatan Diri (L.11348)</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirina 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi) 2. Siapkan keperluan pribadi (mis, parfum, sikat gigi, dan sabu mandi) 3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 5. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri\ 6. Jadwalkan turinitas perawatan diri <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konstitusi sesuai kemampuan
<p>Risiko Luka Tekan Kategori : Lingkungan Subkategori : Kemanan dan Proteksi</p>	<p>Definisi : Berisiko mengalami cedera lokal pada kulit dan atau jaringan, biasanya pada tonjolan tulang akibat tekanan dan atau gesekan</p>	

Komponen Diagnosis (SDKI)	Kriteria luaran/Tujuan (SLKI)	Tindakan Keperawatan (SIKI)
<p>Faktor Risiko</p> <ol style="list-style-type: none"> Skor skala Braden Q < 16 (anak) atau skor skala Braden < 18 (dewasa) Perubahan fungsi kognitif Perubahan sensasi Skor ASA > 2 Anemi Penurunan mobilisasi Penurunan kadar albumin Penurunan oksigenasi jaringan Penurunan perfusi jaringan Dehidrasi Kulit kering Edema Peningkatan suhu kulit 1-2 Periode imobilisasi yang lama diatas permukaan yang keras Usia > 65 tahun Berat badan lebih Fraktur tungkai Riwayat stroke Riwayat Luka tekan Riwayat trauma Hipertermi Inkontenensia Ketidakadekuatan nutrisi Skor RAPS rendah Efek agen farmakologi Imobilisasi fisik Penekanan diatas tonjolan tulang Penurunan tebal liatan kulit triseo Kulit bersisik Gesekn permukaan kulit <p>Kondisi Klinis Terkait</p> <ol style="list-style-type: none"> Anemia Gagal jantung kongestif Trauma Stroke Malnutrisi Obesitas Fraktur Tungkai Cedera Medula spinalis Imobilisasi 	<p>Setelah dilakukan tindakan intervensi keperawatan Integritas Kulit/Jaringan (L.14125) Meningkatkan dengan kriteria hasil :</p> <p>Skor : Menurun 1, Cukup Menurun 2, sedang 3, Cukup Meningkat 4, Meningkat 5</p> <ol style="list-style-type: none"> Elastisitas (...) Hidrasi (...) Perfusi jaringan (...) <p>Skor : Meningkat 1, Cukup Meningkat 2, Sedang 3, Cukup Menurun 4, Menurun 5</p> <ol style="list-style-type: none"> Kerusakan jaringan (...) Kerusakan kulit (...) Nyeri (...) Perdarahan (...) Kemerahan (...) Hematoma (...) Pigmentasi abnormal (...) Jaringan parut (...) Nekrosis (...) Abrasi kornea (...) <p>Skor : Memburuk 1, Cukup Memburuk 2, Sedang 3, Cukup Membaik 4, Membaik 5</p> <ol style="list-style-type: none"> Suhu kulit (...) Sensasi (...) Tekstur (...) Pertumbuhan rambut (...) Jaringan parut (...) 	<p>Pencegahan Luka Tekan (L.14543)</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Periksa luka tekan dengan menggunakan skala (mis, Norton, Braden) Periksa adanya luka tekan sebelumnya Monitr suhu kulit yang tekanan Monitor berat badan dan perubahannya Monitor status kulit harian Monitor tetap area yang merah Monitor kulit di atas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengbah posisi Monitor sumber tekanan dan gesekan Monitor mobilitas dan aktivitas indivisu <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Keringkan derah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka dan inkontenensia fekal atau urine Gunakan barier seperti lotion atau bantalan peyerap air Ubah posisi dengan hati-hati setiap 1-2 jam Buat jadwal perubahan posisi Berikan banalan pada titik tekan atau tunjolan tulang Jaga sprai tetap kering, bersih dan tidak ada kerutan/lipatan Gunakan kasur khusus, <i>jika perlu</i> Hindari pemijatan di atas tonjolan tulang Hindari menggunakan air hangat dan sabun saat mandi Pastikan asupan makanan yang cukup terutama protein, vitamin B dan C, zat besi dan kalori <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan tanda-tanda kerusakan kulit

		2. Anjurkan melapor jika menemukan tanda-tanda kerusakan kulit 3. Ajarakan cara merawat kulit
Risiko Infeksi Kategori : Lingkungan Subkategori : Keamanan dan Proteksi	Definsi : Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik	
Komponen Diagnosis (SDKI)	Kriteria luaran/Tujuan (SLKI)	Tindakan Keperawatan (SIKI)
Faktor Risiko 1. Penyakit kronis (mis.diabetes mellitus) 2. Efek prosedur invasif 3. Malnutrisi 4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan 5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer : a. Gangguan peristaltik b. Kerusakan integritas kulit c. Perubahan sekresi pH d. Penurunan kerja siliaris e. Merokok f. Status cairan tubuh 6. Ketidak adekuatan pertahanan tubuh sekunder : a. Penurunan hemoglobin b. Imunonusupresi c. Leukopenia d. Supresi respon inflamasi e. Vaksinasi tidak adekuat Kondisi Klinis Terkait 1. AIDS 2. Luka bakar 3. Penyakit paru obstruksi kronis 4. Diabets mellitus 5. Tindakan Invasif 6. Kondisi penggunaan terapi steroid 7. Penyalahgunaan obat 8. Kanker 9. Gagal ginjal 10. Imunosupresi 11. Lymphedema 12. Leukositopenia 13. Gangguan fungsi hati	Setelah dilakukan tindakan intervensi keperawatan diharapkan Tingkat infeksi (L.14137) Menurun dengan kriteria hasil : Skor : Menurun 1, Cukup Menurun 2, sedang 3, Cukup Meningkatkan 4, Meningkatkan 5 1. Kebersihan tangan (...) 2. Kebersihan badan (...) Skor : Meningkatkan 1, Cukup Meningkatkan 2, Sedang 3, Cukup Menurun 4, Menurun 5 1. Demam (...) 2. Kemerahan (...) 3. Nyeri (...) 4. Bengkak (...) 5. Vesikel (...) 6. Cairan berbau busuk (...) 7. Sputum berwarna hijau (...) 8. Drainase purulen (...) 9. Piuria (...) 10.Periode malaise (...) 11.Periode menggigil (...) 12.Letargi (...) 13.Gangguan elektrolit (...) Skor : Memburuk 1, Cukup Memburuk 2, Sedang 3, Cukup Membaik 4, Membaik 5 1. Kadar sel darah putih (...) 2. Kultur darah (...) 3. Kultur urin(...) 4. Kultur area luka (...) 5. Kultur feses (...) 6. Nafsu makan (...)	Pencegahan Infeksi (1.14539) Tindakan <i>Observasi</i> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <i>Terapeutik</i> 2. Batasi jumlah pengunjung \\ 3. Berikan perawatan kulit pada area edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <i>Edukasi</i> 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 8. Ajarkan etika batuk 9. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 10.Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 11.Anjurkan meningkatkan asupan cairan <i>Kolaborasi</i> 12.Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

4. Implementasi

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri atau independen dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri atau independen adalah aktivitas perawatan yang didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan merupakan petunjuk atau perintah dari petugas kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang didasarkan hasil keputusan bersama seperti dokter dan petugas kesehatan lain (Pramitha, 2020).

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah tahapan proses keperawatan, proses yang berkelanjutan untuk menjamin kualitas dan ketetapan perawatan yang diberikan, yang dilakukan dengan meninjau respons pasien untuk melakukan keefektifan rencana keperawatan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Evaluasi dibagi menjadi dua, yaitu evaluasi proses setiap selesai dilakukan keperawatan dan evaluasi hasil membagikan tujuan dengan kriteria hasil (Pramitha, 2020).

Dikutip dari *Buku Ajar Manajemen Keperawatan dan Kepemimpinan* oleh Herni Sulastien (2021: 70), SOAP merupakan singkatan dari *Subjective*, *Objective*, *Analysis*, dan *Planning*. Berikut penjelasannya:

- 1) *Subjective* (subjektif), yakni segala bentuk pernyataan atau keluhan dari pasien.
- 2) *Objective* (objektif), yakni data yang diobservasi dari hasil pemeriksaan oleh perawat atau tenaga kesehatan lain.
- 3) *Analysis* (analisis), yakni kesimpulan dari objektif dan subjektif.
- 4) *Planning* (perencanaan), yakni rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis.

BAB III

TINJAUAN KASUS

Ruang : ICU// Bed 9
Tanggal Masuk RS : 08/09/2024
Jam : 15.00 Wib
Tanggal Pengkajian : 17/09/2024
Waktu Pengkajian : 11.00
Autoanamnese :
Alloanamnese :

A. Pengakajian Keperawatan

I. Identifikasi

A. Pasien

Nama : Tn.L
Umur : 70 tahun
Jenis kelamin : Laki-laki
Status Perkawinan : Menikah
Agama/suku : Islam
Warga negara : Indonesia
Bahasa yang digunakan : Indonesia
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Petani
Alamat rumah : Toe Pinrang
Dx Medik : Epidural Hematoma

B. Penanggung Jawab

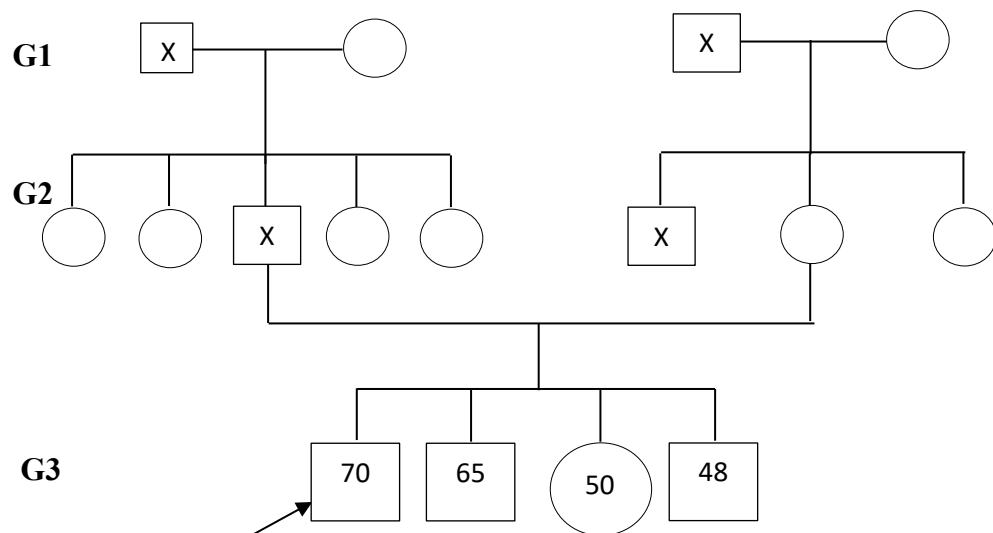
Nama : Ny.A
Alamat : Toe Pinrang
Hubungan dengan pasien : Anak Kandung

C. Riwayat Kesehatan

1. Keluhan utama : Penurunan kesadaran

2. Riwayat kesehatan sekarang : Pasien mengalami penurunan kesadaran tetapi saat ini pasien dapat mengikuti perintah sederhana, pasien tampak tidak bisa menggerakkan ekstremitasnya, seluruh aktivitas dibantu alat dan keluarga. Pasien datang ke RSUP.Dr.Wahidin Sudirohusodo Makassar dengan keluhan penurunan kesadaran sejak 2 hari yang lalu setelah mengalami kecelakaan, pasien rujukan dari RS Pinrang dengan GCS E:1 M:1 V:1.
3. Riwayat kesehatan lalu : Keluarga pasien mengatakan pasien tidak memiliki riwayat penyakit apapun.
4. Riwayat kesehatan keluarga : Tidak ada

D. Genogram



Keterangan :

- : perempuan
- : laki-laki
- : persaudaraan
- : pasien
- ? : tidak di ketahui
- x : meninggal

II. Pemeriksaan Fisik

A. Tanda-Tanda Vital

1. Kesadaran

Kualitatif : Composmentis Apatis Delirium Somnolen
 Sopor Koma

Kuantitatif :

Skala Coma Glasgow : - Respon mata : 4

- Respon motorik : 3

- Respon verbal : 2

Kesimpulan : Pasien spontan membuka mata, merespon rangsangan nyeri dengan menghindari nyeri dan pasien hanya meringis.

$$2. \text{ Tekanan Darah : } 130/85 \text{ mmHg} \longrightarrow \text{MAP} = \frac{S+2D}{3} = \frac{140+2(63)}{3} \\ = \frac{140+126}{3} \\ = \frac{266}{3} = 88$$

MAP : 88 mmHg (MAP Normal = 70-100)

3. Suhu : 36,7 °C Oral Axillar Rectal Perkutan (dahi)

4. Pernapasan : Frekuensi 20 x/menit

Irama : reguler irreguler

Jenis : dada perut

5. Nadi : 49 x/menit

B. Antropometri

$$1. \text{ Tinggi badan : } 160 \text{ cm} \quad \text{Berat badan : } 60 \text{ kg} \longrightarrow \text{IMT} = \frac{BB (kg)}{(TB (m))^2} \\ = \frac{60 \text{ kg}}{(1,60 \text{ m})^2} \\ = \frac{60 \text{ kg}}{2,56} = 24$$

2. IMT (Indeks Masa Tubuh) : 24 kg/m²

Kesimpulan : Obestitas (IMT normal 18,5-20)

C. Pemeriksaan Fisik (*Head To Toe*)

1. Kepala

- bentuk kepala : bulat, tampak terpasang selang
- kulit kepala : tidak ada benjolan di kulit kepala, terdapat luka post op craniotomy
- rambut : berwarna hitam dan juga terdapat beberapa rambut yang berwarna putih dan berminyak

2. Mata

- konjungtiva : tampak berwarna merah muda
- sklera : tampak putih / tidak ikterik
- kornea : tampak jernih

3. Hidung

- kebersihan : tampak tidak ada benjolan di dalam hidung atau pun diluar
- cuping hidung : tampak simetris kanan dan kiri, tidak ada pernapasan cuping hidung

4. Telinga : tampak tidak ada pembengkakan di kedua telinga

5. Mulut

- rongga mulut : tampak tidak terdapat sisa-sisa makanan
- gusi : tampak tidak ada pendarahan di gusi
- gigi : gigi tampak rapi, tidak tampak karang gigi
- mukosa bibir : tampak kering dan pecah-pecah

6. Leher : tampak tidak ada benjolan

7. Thorax (Paru-paru)

- Inspeksi : simetris kiri dan kanan, tampak ekspansi dada, tidak ada benjolan, tampak retraksi dinding dada
- Palpasi : tidak ada nyeri tekan
- Perkusi : terdengar suara pekak di kedua lapang paru
- Auskultasi : terdengar suara napas vesikuler melemah pada ICS 2 mid clavicularis, terdengar suara napas tambahan ronchi

8. Jantung

- Inspeksi : dada kiri dan kanan simetris tidak ada benjolan

- Palpasi : tidak ada nyeri tekan
- Perkusi : pekak pada ICS 2, 4 dan 5
- Auskultasi : BJ I : lub (ruang ICS V, sebelah kiri sternum di atas apeks jantung.
BJ II : dub (ruang ICS II, sebelah kanan sternum)

9. Abdomen

- Inspeksi : abdomen tampak datar tidak ada bayangan vena
- Auskultasi : bising usus (26x/m) (normal = 5-30x/menit)
- Palpasi : tidak ada nyeri tekan
- Perkusi : timpani (region kiri pada area gaster dan linealis)

10. Ekstremitas

- Edema : tampak pembengkakan pada ekstremitas atas dan bawah pasien yaitu pada punggung tangan dan punggung kaki
- Capillary refill time : < 2 detik
- Turgor kulit : < 3 detik
- Luka : tampak tidak ada luka pada ekstremitas
- Kulit : kulit pasien tampak kering dan bersisik, pasien tampak terpasang restrain, pasien tampak terpasang EKG, pasien tampak terpasang manset tensimeter, tampak kemerahan pada kulit lengan atas akibat tekanan pemasangan manset tensimeter
- Pengkajian risiko luka tekan (*Braden Score*)
 - 1) Persepsi Sensori : 2 (Hanya merespon dengan rangsangan nyeri)
 - 2) Kelembaban : 4 (Kulit biasanya kering, penggantian linen cukup dilakukan sesuai jadwal)
 - 3) Aktivitas : 1 (Baring total)
 - 4) Mobilitas : 2 (Mampu menggerakkan tubuh tapi tidak mampu secara berkala dan mandiri)
 - 5) Nutrisi : 3 (Mampu menghabiskan $\frac{3}{4}$ porsi makan, menggunakan NGT yang komposisinya memenuhi $\frac{3}{4}$ nutrisi)

- 6) Gesekan : 1 (Setiap kali mengangkat terjadi gesekan dengan sheet, pasien sering merosot dan harus dibantu saat memperbaiki posisi)

- kekuatan otot :	EKaA (1)	EKiA (1)
	EKaB (1)	EKiB (1)

III. Pengkajian Pola Kesehatan

A. Pola Persepsi Kesehatan-Pemeliharaan Kesehatan

Sebelum sakit	Sesudah sakit
Tidak dapat dikaji, pasien penurunan kesadaran GCS 9 (Samnolen)	Tidak dapat dikaji, pasien penurunan kesadaran GCS 9 (Samnolen)

B. Pola Nutrisi Metabolik

Sebelum sakit	Sesudah sakit
Tidak dapat dikaji, pasien penurunan kesadaran GCS 9 (Samnolen)	Pasien tampak terpasang NGT, pasien tampak diberikan susu 100 ml/12 jam

C. Pola Eliminasi

Sebelum sakit	Sesudah sakit
Tidak dapat dikaji, pasien penurunan kesadaran GCS 9 (Samnolen)	Pasien tampak terpasang kateter

D. Pola Aktivitas Dan Latihan

Sebelum sakit	Sesudah sakit
Tidak dapat dikaji, pasien penurunan kesadaran GCS 9 (Samnolen)	Pasien tampak tidak mampu menggerakkan ekstremitasnya, pasien tampak berbaring di tempat tidur, tampak semua kebutuhan dibantu oleh perawat

E. Pola Istirahat Tidur

Sebelum sakit	Sesudah sakit
---------------	---------------

Tidak dapat dikaji, pasien penurunan kesadaran GCS 9 (Samnolen)	Tidak dapat dikaji, pasien penurunan kesadaran GCS 9 (Samnolen)
---	---

F. Pola Persepsi Kognitif

Sebelum sakit	Sesudah sakit
Tidak dapat dikaji, pasien penurunan kesadaran GCS 9 (Samnolen)	Tidak dapat dikaji, pasien penurunan kesadaran GCS 9 (Samnolen)

G. Pola Persepsi Dan Konsep Diri

Sebelum sakit	Sesudah sakit
Tidak dapat dikaji, pasien penurunan kesadaran GCS 9 (Samnolen)	Tidak dapat dikaji, pasien penurunan kesadaran GCS 9 (Samnolen)

H. Pola Peran Dan Hubungan

Sebelum sakit	Sesudah sakit
Anak pasien mengatakan pasien memiliki hubungan yang baik dengan keluarga dan warga sekitar, pasien seringkali mengikuti kegiatan dimasyarakat misalnya gotong royong	Anak pasien mengatakan keluarga sering kali datang untuk membesuk pasien.

I. Pola Reproduksi-Seksual

Sebelum sakit	Setelah sakit
Anak klien mengatakan pasien memiliki hubungan yang baik dengan istrinya baik dan pasien memiliki 4 orang anak.	Anak klien mengatakan pasien memiliki hubungan yang baik dengan istrinya baik dan pasien memiliki 4 orang anak.

J. Pola Mekanisme Koping Dan Toleransi Terhadap Stress

Sebelum sakit	Setelah sakit
Anak pasien mengatakan dalam pengambilan keputusan pasien dibantu oleh istrinya dan jika stress pasien selalu bercerita dengan keluarga dan terkadang pasien melakukan kegiatan misalnya menonton.	Pasien penurunan kesadaran GCS 9 (Samnolen)

K. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

Sebelum sakit	Setelah sakit
Pasien beragama islam	Pasien beragama islam

B. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan Laboratorium 16 September 2024

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal	Satuan
HEMATOLOGI			
WBC	12.6	4.00 -10.00	10 ³ /ul
RBC	3.35	4.00 - 6.00	10 ⁶ /ul
HGB	9.6	12.0 -16.0	Gr/dl
HCT	30	37.0 - 48.0	%
MCV	91	80.0 – 97.0	Fl
MCH	29	26.5 – 33.5	Pg
MCHC	32	31.5 – 35.0	Gr/dl
PLT	105	150 – 400	10 ³ /ul
RDW-SD	51.9	37.0 – 54.0	10 ³ /ul
RDW-CV	15.7	10.0-15.0	Fl
PDW	13.5	10.0 – 18.0	Fl
MPV	11.5	6.50 – 11.0	%
P-LCR	-	13.0 – 43.0	%
PCT	0.11	0.15 – 0.50	%
NEUT	91.7	52.0 – 75.0	%
LYMPH	2.9	20.0 – 40.0	%
MONO	5,1	2.00 – 8.00	10 ³ /ul
EO	0.1	1.00-3.00	10 ³ /ul
BASO	0.2	0.0-0.1	10 ³ /ul
LED 1	87	(L<10,P<20)	Mm
Koagulasi			
PT	11.3	10-14	Detik
INR	1.05	-	
APTT	28.8	22.0-30.0	Detik
KIMIA DARAH			
GDS	190	140	mg/dl
UREUM	110	10-50	mg/dl
KREATININ	0.83	L(< 1.3);P(<1.1)	mg/dl
SGOT	72	<38	U/L
SGPT	28	<41	U/L
NATRIUM	164	136-145	mmol/l
KLORIDA	127	97-111	mmol/l
KALIUM	3.7	3.5-5.1	mmol/l
ANALISA GAS DARAH			
PH	7.540	7.35-7.45	
PO2	171,9	80.0 – 100.0	mmHg

PCO2	37,7	35.0-45.0	mmHg
SO2	99,9	95-98	%
HCO3	32,5	22-26	mmol/l
BE	9,8	-2 s/d +2	mmol/l
ctO2	16,5	15.8-22.3	
ctCO2	33,7	23-27	mmol/l
Laktat Darah	1.3		Mmol/l

2. Pemeriksaan Foto Thoraks AP

Kesan :

- Jaringan lunak sekitar baik
- Tulang-tulang intak
- Cor: ukuran tidak membesar, aorta dilatasi, elongasi dan klasifikasi
- Konsolidasi inhomogen pada seluruh lapangan paru kanan dan lapangan kanan bawah kiri serta bercak infiltrat pada lapangan atas dan tengah paru kiri
- Perselubungan homogen pada kedua hemathorax yang mengaburkan kedua sinus dan diafragma disertai gambaran partipical coping
- Trachea pada midline
- Terpasang ETT pada trachea setinggi +/- 3.09 di atas carina
- Terpasang gastric tube dengan tip kesan pada gaster

3. Hasil Radiologi

Kesan :

- Pnemonia bilateral (dibanding foto tanggal 14/09/2024 kesan: St. QA)
- Efusi pleura bilateral (dibanding fot tanggal 14/09/2024 kesan: St. QA)
- Dilatatio, elongatio et atherosclerosisi aortae
- Terpasang ETT pada tarchea setinggi +/- 3.09 cm di atas carina
- Terpasang gastric tube dengan tip kesan pada gaster

4. MSCT Kepala 3 Dimensi (tanpa kontras) tgl 17 September 2024

Kesan : Perdarahan epidural regio parietal kiri

TERAPI YANG DIBERIKAN

Nama obat	Dosis/Jalur	Indikasi
Meropenem	40 mg/8 jam/IV	Untuk mengatasi asam lambung
Levofloxacin	750 mg/24 jam /SP	Antibiotik untuk mengobati infeksi bakteri
Fentanyl		
Citicolin		
Paracetamol	1 gr/8 jam/ IV	Meredam demam dan nyeri sedang hingga berat
Piracetam	3 gr/8 jam/ IV	Mengobati berbagai masalah yang terjadi di otak
Amlodipine	10 mg/24 jam/NGT	Menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi
Vip albumin	2 caps/8 jam/NGT	Meningkatkan daya tahan tubuh
Dexametomidine	2 cc/jam/SP	Digunakan sebagai sedasi pada pasien yang tidak terintubasi, sebelum dan/atau selama pembedahan dan tindakan lain
Combiven	Inhalasi/6 jam	Mengontrol dan mencegah gejala sesak nafas
Norepinefrin	0.05 mcg/kgBB/SP	Mengatasi tekanan darah rendah (sedasi)

KLASIFIKASI DATA

Data	WOC	Masalah
DS : DO : - Terdapat secret di mulut - Respiratory rate : 28 kali/menit - Saturasi oksigen : 96% dengan bantuan Ventilator - Tampak sesak - Terdapat retraksi dinding dada - Terkadang batuk mengeluarkan dahak - Terpasang oksigen (ventilator mode spontan)	Trauma/Cedera Otak ↓ Jaringan otak rusak ↓ Perubahan autoregulasi, edem serebral ↓ Inflamasi ↓ Pelepasan mediator klinis ↓ Eksudat purulen ↓ Akumulasi sekret ↓ Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

<p>DS :</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD 140/63 mmHg (bradikardia) - Pola napas ireguler : RR : 28 x/mnt, HR : 49 x/mnt - Tingkat kesadaran menurun (GCS : 9 (E4 M3 V2), Samnolen) - Foto MSCT brain (tanpa kontras) : Perdarahan epidural regio parietal kiri 	<p>Trauma/Cedera Otak</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Tulang kranial</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Terputusnya kontinuitas jaringan tulang</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Gangguan suplai darah</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Iskemia</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hipoksia</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Penurunan Kapasitas Adaptif Intracranial</p>	<p>Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial</p>
<p>DS :</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala Braden <18 - Anemia (HB : 8,9) - Penurunan mobilisasi - Edema ++ - Kulit kering, berisik, Usia 70 tahun - Penurunan oksigenasi jaringan - Pasien tampak terpasang restrain pada kedua tangan - Pasien tampak terpasang ventilator - Pasien tampak terpasang manset tensimeter - Pasien tampak terpasang EKG - Pasien tampak terpasang NGT - Riwayat trauma akibat kecelakaan - Gesekan permukaan kulit akibat tekanan alat medis 	<p>Cedera/trauma kepala</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Fraktur tulang tengkorak</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Robekan pada ateri meningen</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hematoma epidural</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Menekan lobus temporal</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kompresi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Suplai O₂ ke otak menurun</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hipoksia</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Penurunan kesadaran</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Penggunaan alat kesehatan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Risiko Luka Tekan</p>	<p>Risiko Luka Tekan</p>

C. Analisa Data

Keluhan	Nilai Normal	Kebutuhan yang Terganggu
DS : Sulit dinilai DO : <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat secret di mulut dan trachea - Respiratory rate : 28 kali/menit - Saturasi oksigen : 96% dengan bantuan Ventilator - Tampak sesak - Terdapat retraksi dinding dada - Terkadang batuk mengeluarkan dahak - Terpasang oksigen (ventilator) via tracheostomy mode spontan - TD 140/63 mmHg - HR : 49 x/mnt (bradikardia) - Tingkat kesadaran menurun (GCS : 9 (E4 M3 V2), Samnolen - Foto MSCT brain (tanpa kontras) : Perdarahan epidural regio parietal kiri - Skala Braden <18 - Anemia (HB : 8,9) - Penurunan mobilisasi - Edema ++ (edema pada kedua punggung tangan dan tungkai) - Kulit kering, berisik, - Penurunan oksigenasi jaringan 	- Tidak terdapat secret Respiratory rate 18-24 x/menit Saturasi Oksigen 97%-100% Tidak tampak sesak Tidak terdapat retraksi dinding dada Tidak batuk Tidak terpasang O2 via ventilator TD sistolik 110-120 mmHg dan TD Diastolik 80-90 mmHg Nadi : 60-100 x/menit GCS 14-15 (Komposmentis) Tidak terdapat perdarahan Skala Braden 18 Dapat bergerak atau melakukan mobilisasi Tidak terdapat Edema Kulit lembab Peningkatan oksigenasi ke jaringan	- Respirasi Respirasi Respirasi Respirasi Respirasi Respirasi Respirasi Sirkulasi Sirkulasi Neurologis Neurologis Kulit/jaringan Aktivitas/Istirahat Kulit/Jaringan Kulit/Jaringan Respirasi

- Pasien tampak terpasang restrain pada kedua tangan	Tidak terpasang restrain	Kulit/Jaringan
- Pasien tampak terpasang ventilator	Tidak terpasang ventilator	Respirasi
- Pasien tampak terpasang manset tensimeter	Tidak terpasang manset tensimeter	Sirkulasi
- Pasien tampak terpasang EKG	Tidak terpasang EKG	Sirkulasi
- Pasien tampak terpasang NGT	Tidak terpasang NGT	Nutrisi dan Cairan
- Riwayat trauma akibat kecelakaan	Tidak ada riwayat trauma	Neurologis
- Gesekan permukaan kulit akibat tekanan alat medis	Tidak terdapat gesekan	Kulit/Jaringan

D. Diagnosis Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan yang Kemungkinan Diangkat
1	Bersihkan jalan napas tidak efektif b/d hipersekresi jalan napas, sekresi yang tertahan d.d batuk tidak efektif, sputum berlebih, sesak napas, terpasang bantuan oksigen via ventilator, frekuensi napas 28 x/menit (D.0001)
2	Penurunan kapasitas adaptif intracranial b.d edema serebral d.d tingkat kesadaran menurun (GCS : E4 V3 M2), N : 49x/menit (bradikardia), pola napas ireguler 28x/menit (D.0066)
3	Gangguan mobilitas fisik b.d efek agen farmakologis d.d penurunan kekuatan otot (AkaA (1), EkiA (1), EkaB (1), EkiB (1))
4	Risiko luka tekan d.d Risiko luka tekan d.d anemia (penurunan HB : 9.6), penurunan mobilisasi, penurunan oksigenasi jaringan (SPO2 96%) dengan bantuan via ventilator), penurunan perfusi jaringan, kulit kering dan bersisik, edema pada kedua punggung tangan dan tungkai, usia 70 tahun, imobilisasi fisik, terpasang restrain pasien tampak terpasang ventilator, pasien tampak terpasang manset tensimeter, pasien tampak terpasang EKG, pasien tampak terpasang NGT, riwayat trauma akibat kecelakaan, gesekan permukaan kulit akibat alat medis (D.0144)
No	Diagnosa Keperawatan yang Akan Ditegakkan (Prioritas)
1	Bersihkan jalan napas tidak efektif b/d hipersekresi jalan napas, sekresi yang tertahan d.d batuk tidak efektif, sputum berlebih, sesak napas, terpasang bantuan oksigen via ventilator, frekuensi napas 28 x/menit (D.0001)
2	Penurunan kapasitas adaptif intracranial b.d edema serebral d.d tingkat kesadaran menurun (GCS : E4 V3 M2), N : 49x/menit (bradikardia), pola napas ireguler 28x/menit (D.0066)

3	Risiko luka tekan d.d anemia (penurunan HB : 9.6), penurunan mobilisasi, penurunan oksigenasi jaringan (SPO2 96%) dengan bantuan via ventilator), penurunan perfusi jaringan, kulit kering dan bersisik, edema pada kedua punggung tangan dan tungkai, usia 70 tahun, imobilisasi fisik, terpasang restrain pasien tampak terpasang ventilator, pasien tampak terpasang manset tensimeter, pasien tampak terpasang EKG, pasien tampak terpasang NGT, riwayat trauma akibat kecelakaan, gesekan permukaan kulit akibat alat medis (D.0144)
---	--

No.	Diagnosis Keperawatan Prioritas	Tgl Ditemukan	Tgl Teratasi
1	Bersihan jalan napas tidak efektif b/d hipersekresi jalan napas, sekresi yang tertahan d.d batuk tidak efektif, sputum berlebih, sesak napas, terpasang bantuan via oksigen, frekuensi napas 28 x/menit (D.0001)	17/09/2024	Masih dalam tahap penyembuhan dan pemulihan
2	Penurunan kapasitas adaptif intracranial b.d edema serebral d.d tingkat kesadaran menurun (GCS : E4 V3 M2), N : 49x/menit (bradikardia), pola napas ireguler 28x/menit (D.0066)	17/09/2024	Masih dalam tahap penyembuhan dan pemulihan
3	Risiko luka tekan d.d anemia (penurunan HB : 9.6), penurunan mobilisasi, penurunan oksigenasi jaringan (SPO2 96%) dengan bantuan via ventilator), penurunan perfusi jaringan, kulit kering dan bersisik, edema pada kedua punggung tangan dan tungkai, usia 70 tahun, imobilisasi fisik, terpasang restrain pasien tampak terpasang ventilator, pasien tampak terpasang manset tensimeter, pasien tampak terpasang EKG, pasien tampak terpasang NGT, riwayat trauma akibat kecelakaan,	17/09/2024	Masih dalam tahap penyembuhan dan pemulihan

	gesekan permukaan kulit akibat alat medis (D.0144)		
--	--	--	--

E. Nursing Care Plan

No	Dianosis Keperawatan	Luaran / Kriteria Hasi	Intervensi Kperawatan
1	<p>Bersihan jalan napas tidak efektif b/d hipersekresi jalan napas, adanya jalan napas buatan, sekresi yang tertahan d.d :</p> <p>DS : Sulit dinilai</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat secret di mulut dan trachea - Respiratory rate : 28 kali/menit - Saturasi oksigen : 96% dengan bantuan via ventilator - Tampak sesak - Terkadang batuk mengeluarkan dahak - Terpasang oksigen via ventilator - Foto thorax AP : Pneumonia bilateral (D.0001) 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam maka bersihan jalan napas (L.01001) meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batuk efektif cukup meningkat 2. Produksi sputum cukup menurun 3. Sesak napas cukup menurun 4. Frekuensi napas cukup membaik 5. Pola napas cukup membaik 	<p>Manajemen jalan napas (I.01011)</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas (frekuensi, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan 3. Monitor sputum (jumlah, warna, bau) <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 2. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 3. Berikan oksigen, jika perlu <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan cairan sesuai kebutuhan, jika tidak kontraindikasi <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian bronkodilator ekspektoran, mukolitik, jika perlu <p>Terapi : Combivent inhalasi/6 jam</p>
2	<p>Penurunan kapasitas adaptif intracranial b.d edema serebral d.d</p> <p>DS : Sulit dinilai</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD 140/63 mmHg - N : 49 x/menit (bradikardia) - Pola napas ireguler - Tingkat kesadaran menurun GCS : 9 (E4 M3 V2) Samnolen - Foto MSCT brain (tanpa kontras) : Perdarahan 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam maka kapasitas adaptif intrakranial meningkat (L.06049) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran cukup meningkat 2. Bradikardia cukup menurun 3. Tekanan darah cukup membaik 4. Pola napas cukup membaik 	<p>Manajemen peningkatan tekanan intracranial (I.06149)</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK 3. Monitor MAP <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan suhu tubuh normal <p><i>Kolaborasi :</i></p>

	epidural regio parietal kiri (D.0066)		<ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, <i>jika perlu</i> 2. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, <i>jika perlu</i> Terapi : Norepinefrin 0.05 mcg/kgBB/SP Mannitol 100 cc/8 jam/IV Nimotop 60 mg/8 jam/NGT Pericetam 3 gr/8 jam/ IV
3	Risiko luka tekan d.d : Faktor Risiko <ul style="list-style-type: none"> - HB : 9.6 - Penurunan mobilisasi - Edema +/- pada kedua punggung tangan dan tungkai - Kulit kering, berisik - Penurunan oksigenasi jaringan SPO₂ 96% dengan bantuan ventilator - Terpasang restrain pada kedua tangan - Pasien tampak terpasang ventilator - Pasien tampak terpasang manset tensimeter - Pasien tampak terpasang EKG - Pasien tampak terpasang NGT - Riwayat trauma akibat kecelakaan - Gesekan permukaan kulit akibat tekanan alat medis (D.0144) 	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam maka integritas kulit (L.14125) meningkat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan lapisan kulit menurun 2. Kemerahan cukup menurun 	Pencegahan luka tekan (L.14543) Tindakan : <i>Obeservasi</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa luka tekan dengan menggunakan skala (mis, skala norton, skala Braden) 2. Periksa adanya luka tekan sebelumnya 3. Monitor suhu kulit yang tekanan 4. Monitor status kulit harian 5. Monitor tetap area yang merah 6. Monitor sumber tekanan dan gesekan 7. Monitor mobilisasi dan aktivitas individu <i>Teraupetik</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keringkan daerah kulit yang lembab akibat terpapar keringat, cairan luka dan inkontinensia fekal dan urin 2. Gunakan barrier seperti VCO sebagai lotion 3. Ubah posisi dengan hati-hati setiap 1-2 jam 4. Buat jadwal perubahan posisi

F. Implementasi Keperawatan

Tanggal	NO.DX	Jam	Impelementasi	TTD
Rabu, 18 September 2024	I	08.00	1. Memonitor pola napas (frekuensi, usaha napas) Hasil : Frekuensi pernapasan (28x/menit), tampak adanya retraksi dinding dada	
	I	08.10	2. Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : Terdengar bunyi tambahan (gurgling pada jalan napas, dan terdapat secret yang	
	I	08.11	keluar dari mulut 3. Memonitor sputum (jumlah, warna, bau) Hasil : Sputum tampak berwarna kuning dan kental, sputum tampak banyak	
	II	08.12	4. Mempertahankan suhu tubuh	
	I	08.13	normal 5. Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik Hasil : Sputum tampak	
	I	08.14	berkurang dari rongga mulut	
	II	08.15	pasien 6. Memberikan oksigen 7. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK	
	II	08.17		

			<p>Hasil : Perdarahan epidural regio parietal kiri</p> <p>8. Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK</p> <p>Hasil : Pasien tampak penurunan kesadaran GCS : 7 (E2 V2 M3), hasil MRI : Perdarahan epidural regio parietal kiri</p>	
	II	08.18		
	III	08.20	<p>9. Memonitor MAP</p> <p>Hasil :</p> <p>TD : 140/63 mmHg</p> <p>N : 49 x/menit</p> <p>MAP : 88</p>	
	III	08.22	<p>10. Memeriksa luka tekan dengan menggunakan skala (mis, skala norton, skala Braden)</p>	
	III	08.24	<p>Hasil : Skor skala Braden : 13</p> <p>11. Memonitor suhu kulit harian</p> <p>Hasil : Suhu 36,7°C, kulit teraba hangat</p>	
	III	08.30	<p>12. Memonitor sumber tekanan dan gesekan</p> <p>Hasil : Pasien tampak terpasang restrain pada kedua tangan, pasien tampak terpasang NGT, pasien tampak terpasang manset tensimeter,</p>	
	III	09.00	<p>pasien tampak terpasang EKG</p> <p>13. Memonitor suhu kulit tekanan</p> <p>Hasil : Kulit teraba hangat</p>	

	III	09.02	14. Memonitor tetap area yang merah Hasil : Lengan atas pasien tampak kemerahan karena tekanan manset	
	III	09.07	15. Memonitor mobilisasi dan aktivitas individu Hasil : Pasien tampak tidak mampu menggerakkan badannya secara mandiri,	
	III	09.30	seluruh aktivitas pasien dibantu oleh perawat	
	III	09.40	16. Memeriksa apakah ada luka tekan sebelumnya	
	I	09.50	17. Mengeringkan daerah kulit yang lembab akibat terpapar keringat, cairan luka dan inkontinensia fekal dan urin 18. Menggunakan barrier seperti VCO sebagai lotion Hasil : Pemberian minyak VCO pada daerah kulit yang terkena tekanan alat medis, Kulit pasien tampak lembab, tampak kemerahan	
			19. Kolaborasi pemberian bronkodilator ekspektoran, mukolitik, <i>jika perlu</i> Hasil : Terapi nebulizer Combivent inhalasi/6 jam	

Kamis, 19 September 2024	I	08.00	1. Memonitor pola napas (frekuensi, usaha napas) Hasil : Frekuensi pernapasan (25x/menit), tampak adanya retraksi dinding dada
	I	08.10	2. Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : Terdengar bunyi tambahan (gurgling pada jalan napas, dan terdapat secret yang keluar dari mulut
	I	08.11	3. Memonitor sputum (jumlah, warna, bau) Hasil : Sputum tampak berwarna kuning dan kental, sputum tampak banyak
	I	08.13	4. Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik Hasil : Sputum tampak berkurang dari rongga mulut pasien
	II	08.15	5. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK Hasil : Perdarahan epidural regio parietal kiri
	II	08.17	6. Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK Hasil : Pasien tampak penurunan kesadaran GCS : 7 (E2 V2 M3)
	II	08.18	7. Memonitor MAP

	III	08.20	<p>Hasil :</p> <p>TD : 140/69 mmHg</p> <p>N : 56 x/menit</p> <p>MAP : 92</p> <p>8. Memonitor sumber tekanan dan gesekan</p> <p>Hasil : Pasien tampak terpasang restrain pada kedua tangan, pasien tampak terpasang NGT, pasien tampak terpasang EKG, pasien tampak terpasang manset tensimeter, pasien tampak terpasang ventilator</p>	
	III	08.24		
	III	08.26	9. Memeriksa luka tekan dengan menggunakan skala (mis,	
	III	08.28	skala norton, skala Braden)	
			Hasil : Skor skala Braden : 14	
	III	08.29	10. Memonitor suhu kulit tekanan	
			Hasil : Kulit teraba hangat	
	III	08.29	11. Memonitor suhu kulit harian	
			Hasil : Suhu 37°C, Kulit teraba hangat	
	III	08.30	12. Memonitor area tetap yang merah	
			Hasil : Kulit lengan atas masih tampak kemerahan akibat pemasangan manset tensimeter	
	III	09.02	13. Memonitor suhu kulit tekanan	
			Hasil : Kulit teraba hangat	

	III	09.07	14. Memonitor mobilisasi dan aktivitas individu Hasil : Pasien tampak tidak mampu menggerakkan badannya secara mandiri	
	I	09.30	15. Mengeringkan daerah kulit yang lembab akibat terpapar keringat, cairan luka dan inkontinensia fekal dan urin	
	III	09.50	16. Kolaborasi pemberian bronkodilator ekspektoran, mukolitik, <i>jika perlu</i> Hasil : Terapi nebulizer Combivent inhalasi/6 jam 17. Menggunakan barrier seperti VCO sebagai lotion Hasil : Pemberian minyak VCO pada daerah kulit yang terkena tekanan alat medis, Kulit pasien tampak lembab, tampak kemerahan	
Jum'at, 20 September 2024	I	08.00	1. Memonitor pola napas (frekuensi, usaha napas) Hasil : Frekuensi pernapasan (26x/menit), tampak adanya retraksi dinding dada	
	I	08.10	2. Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : Terdengar bunyi tambahan (gurgling pada jalan	

	I	08.11	<p>napas, dan terdapat secret yang keluar dari mulut</p> <p>3. Memonitor sputum (jumlah, warna, bau)</p> <p>Hasil : Sputum tampak berwarna kuning dan kental, sputum tampak banyak</p>	
	I	08.13	<p>4. Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik</p> <p>Hasil : Sputum tampak berkurang dari rongga mulut pasien</p>	
	I	08.14		
	II	08.15	<p>5. Memberikan oksigen</p> <p>6. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK</p> <p>Hasil : Perdarahan epidural regio parietal kiri</p>	
	II	08.17	<p>7. Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK</p> <p>Hasil : Pasien tampak penurunan kesadaran GCS : 7 (E2 V2 M3)</p>	
	II	08.18	<p>8. Memonitor MAP</p> <p>Hasil : TD : 130/60 mmHg N : 65 x/menit MAP : 83</p>	
	III	08.20		
	III	08.24	<p>9. Memeriksa luka tekan dengan menggunakan skala (mis, skala norton, skala Braden)</p> <p>Hasil : Skor skala Braden : 15</p>	

	III	08.26	10. Memonitor sumber tekanan dan gesekan Hasil : Pasien tampak terpasang restrain pada kedua tangan, pasien tampak terpasang NGT, pasien tampak terpasang EKG, pasien tampak terpasang ventilator	
	III	08.30	11. Memonitor suhu kulit yang tekanan Hasil : Kulit teraba hangat	
	III	09.02	12. Memonitor status kulit harian Hasil : Suhu 36,9°C, kulit teraba hangat,	
	III	09.07	13. Memonitor mobilisasi dan aktivitas individu Hasil : Pasien tampak tidak mampu menggerakkan badannya secara mandiri	
	I	09.30	14. Memonitor tetap area yang merah Hasil : Tampak kemerahan pada kulit cukup menurun	
	I	09.40	15. Mengeringkan daerah kulit yang lembab akibat terpapar keringat, cairan luka dan inkontinensia fekal dan urin	
	III	09.50	16. Kolaborasi pemberian bronkodilator ekspektoran, mukolitik, <i>jika perlu</i>	

			<p>Hasil : Terapi nebulizer Combivent inhalasi/6 jam</p> <p>17. Menggunakan barrier seperti VCO sebagai lotion</p> <p>Hasil : Pemberian minyak VCO pada daerah kulit yang terkena tekanan karena alat medis, Kulit pasien tampak lembab, kemerahan tampak cukup menurun</p>	
--	--	--	---	--

G. Evaluasi Keperawatan

Hari Ke-1

Nama : Tn.L

Ruang/Unit: *Intensive Care Unit* (ICU)

Waktu : 18 September 2024

No	Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal	Jam	Evaluasi
1	Bersihkan jalan napas tidak efektif b/d hipersekresi jalan napas, adanya jalan napas buatan, sekresi yang tertahan d.d batuk tidak efektif, sputum berlebih, sesak napas, terpasang bantuan oksigen (D.0001)	Rabu, 18 September 2024	14.00	<p>S : - (tidak dapat dinilai)</p> <p>O : Pasien tampak sesak, frekuensi napas 26x/menit, tampak adanya retraksi dinding dada, tampak secret dirongga mulut, kien tampak tidak mampu batuk</p> <p>A : Bersihkan jalan napas tidak efektif</p>

				<p>P : Bersihkan jalan napas (L.01001) meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batuk efektif cukup meningkat 2. Produksi sputum cukup menurun 3. Sesak napas cukup menurun 4. Frekuensi napas cukup membaik 5. Pola napas cukup membaik <p>Pertahankan Intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan oksigen, <i>jika Perlu</i> 2. Anjurkan cairan sesuai kebutuhan, <i>jika tidak kontraindikasi</i> <p>Lanjutkan Intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas (frekuensi, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan 3. Monitor sputum (jumlah, warna, bau) 4. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 5. Kolaborasi pemberian bronkodilator ekspektoran, mukolitik, <i>jika perlu</i>
2	Penurunan kapasitas adaptif intracranial b.d edema serebral d.d tingkat kesadaran menurun (GCS : E4 V3 M2), N : 49x/menit	Kamis, 19 September 2024	14.00	<p>S : - (tidak dapat dinilai) O : Pasien tampak penurunan kesadaran GCS : 7 (E2 V2 M3) TD : 140/65 mmHg N : 50 x/menit</p>

	(bradikardia), pola napas ireguler (28x/menit) (D.0066)			<p>A : Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial P : Kapasitas adaptif intrakranial meningkat (L.06049) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran cukup meningkat 2. Bradikardia cukup menurun 3. Tekanan darah cukup membaik 4. Pola napas cukup membaik 5. Refleks neurologis cukup membaik <p>Pertahankan Intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK 2. Pertahankan suhu tubuh normal <p>Lanjutkan Intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK 2. Monitor MAP 3. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, <i>jika perlu</i> 4. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, <i>jika perlu</i>
3	Risiko luka tekan d.d anemia (penurunan HB : 9.6), penurunan mobilisasi, penurunan oksigenasi jaringan (SPO2 96%) dengan bantuan via ventilator), penurunan perfusi jaringan, kulit kering dan	Jum'at, 20 September 2024	14.00	<p>S : - (sulit untuk dinilai) O : Pasien tampak terpasang restrain pasien tanpa terpasang NGT, pasien tampak terpasang trcheostomy, pasien tampak terpasang manset tensimeter, kulit pasien tampak kemerahan pada bagian lengan atas, kulit</p>

	<p>bersisik, edema pada kedua punggung tangan dan tungkai, usia 70 tahun, imobilisasi fisik, terpasang restrain pasien tampak terpasang ventilator, pasien tampak terpasang manset tensimeter, pasien tampak terpasang EKG, pasien tampak terpasang NGT, riwayat trauma akibat kecelakaan, gesekan permukaan kulit akibat tekanan alat medis (D.0144)</p>		<p>teraba hangat, kulit tampak lembab A : Risiko Luka Tekan P : Integritas kulit (L.14125) meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan lapisan kulit cukup menurun 2. Kemerahan Pertahankan Intervensi : 1. Periksa apakah ada luka tekan sebelumnya Lanjutkan Intervensi : 1. Periksa luka tekan dengan menggunakan skala (mis, skala norton, skala Braden) 2. Monitor suhu kulit yang tekanan 3. Monitor status kulit harian 4. Monitor tetap area yang merah 5. Monitor mobilisasi dan aktivitas individu 6. Monitor sumber tekanan dan gesekan 7. Keringkan daerah kulit yang lembab akibat terpapar keringat, cairan luka dan inkontinensia fekal dan urin 8. Gunakan barrier seperti VCO sebagai lotion
--	--	--	--

Hari Ke-2

Nama : Tn.L

Ruang/Unit: *Intensive Care Unit (ICU)*

Waktu : 19 September 2024

No	Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal	Jam	Evaluasi
----	----------------------	--------------	-----	----------

1	Bersihkan jalan napas tidak efektif b/d hipersekrejialan napas, adanya jalan napas buatan, sekresi yang tertahan d.d batuk tidak efektif, sputum berlebih, sesak napas, terpasang bantuan oksigen (D.0001)	Rabu, 18 September 2024	14.00	<p>S : - (tidak dapat dinilai)</p> <p>O : Pasien tampak sesak, frekuensi napas 25x/menit, tampak adanya retraksi dinding dada, tampak secret dirongga mulut, kien tampak tidak mampu batuk.</p> <p>A : Bersihkan jalan napas tidak efektif</p> <p>P : Bersihkan jalan napas (L.01001) meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batuk efektif cukup meningkat 2. Produksi sputum cukup menurun 3. Sesak napas cukup menurun 4. Frekuensi napas cukup membaik 5. Pola napas cukup membaik <p>Pertahankan Intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan oksigen, <i>jika Perlu</i> 2. Anjurkan cairan sesuai kebutuhan, <i>jika tidak kontraindikasi</i> <p>Lanjutkan Intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas (frekuensi, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan 3. Monitor sputum (jumlah, warna, bau) 4. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik
---	---	-------------------------	-------	---

				5. Kolaborasi pemberian bronkodilator ekspektoran, mukolitik, <i>jika perlu</i>
2	Penurunan kapasitas adaptif intracranial b.d edema serebral d.d tingkat kesadaran menurun (GCS : E4 V3 M2), N : 49x/menit (bradikardia), pola napas ireguler (28x/menit) (D.0066)	Kamis, 19 September 2024	14.00	<p>S : - (tidak dapat dinilai)</p> <p>O : Pasien tampak penurunan kesadaran GCS : 7 (E2 V2 M3) TD : 130/65 mmHg N : 55 x/menit</p> <p>A : Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial</p> <p>P : Kapasitas adaptif intrakranial meningkat (L.06049) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran cukup meningkat 2. Bradikardia cukup menurun 3. Tekanan darah cukup membaik 4. Pola napas cukup membaik 5. Refleks neurologis cukup membaik <p>Pertahankan Intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK 2. Pertahankan suhu tubuh normal <p>Lanjutkan Intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK 2. Monitor MAP

				<p>3. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, <i>jika perlu</i></p> <p>4. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, <i>jika perlu</i></p>
3	<p>Risiko luka tekan d.d anemia (penurunan HB : 9.6), penurunan mobilisasi, penurunan oksigenasi jaringan (SPO2 96%) dengan bantuan via ventilator), penurunan perfusi jaringan, kulit kering dan bersisik, edema pada kedua punggung tangan dan tungkai, usia 70 tahun, imobilisasi fisik, terpasang restrain pasien tampak terpasang ventilator, pasien tampak terpasang manset tensimeter, pasien tampak terpasang EKG, pasien tampak terpasang NGT, riwayat trauma akibat kecelakaan, gesekan permukaan kulit akibat tekanan alat medis (D.0144)</p>	<p>Jum'at, 20 September 2024</p>	<p>14.00</p>	<p>S : tidak dapat dinilai</p> <p>O : Pasien tampak terpasang restrain pasien tanpa terpasang NGT, pasien tampak terpasang trcheostomy, pasien tampak terpasang manset tensimeter, kulit pasien tampak kemerahan pada bagian lengan atas, kulit teraba hangat, kulit tampak lembab</p> <p>A : Risiko Luka Teakan</p> <p>P : Integritas kulit (L.14125) meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan lapisan kulit cukup menurun 2. Kemerahan Pertahankan Intervensi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa apakah ada luka tekan sebelumnya Lanjutkan Intervensi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa luka tekan dengan menggunakan skala (mis, skala norton, skala Braden) 2. Monitor suhu kulit yang tekanan 3. Monitor status kulit harian

				<p>4. Monitor tetap area yang merah</p> <p>5. Monitor mobilisasi dan aktivitas individu</p> <p>6. Monitor sumber tekanan dan gesekan</p> <p>7. Keringkan daerah kulit yang lembab akibat terpapar keringat, cairan luka dan inkontinensia fekal dan urin</p> <p>8. Gunakan barrier seperti VCO sebagai lotion</p>
--	--	--	--	---

Hari Ke-3

Nama : Tn.L

Ruang/Unit: *Intensive Care Unit* (ICU)

Waktu : 20 September 2024

No	Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal	Jam	Evaluasi
1	Bersihkan jalan napas tidak efektif b/d hipersekresi jalan napas, adanya jalan napas buatan, sekresi yang tertahan d.d batuk tidak efektif, sputum berlebih, sesak napas, terpasang bantuan oksigen (D.0001)	Rabu, 18 September 2024	14.00	<p>S : - (tidak dapat dinilai)</p> <p>O : Pasien tampak sesak, frekuensi napas 25x/menit, tampak adanya retraksi dinding dada, tampak secret dirongga mulut, kien tampak tidak mampu batuk.</p> <p>A : Bersihkan jalan napas tidak efektif</p> <p>P : Bersihkan jalan napas (L.01001) meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batuk efektif cukup meningkat 2. Produksi sputum cukup menurun 3. Sesak napas cukup menurun

				<p>4. Frekuensi napas cukup membaik</p> <p>5. Pola napas cukup membaik</p> <p>Pertahankan Intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan oksigen, <i>jika Perlu</i> 2. Anjurkan cairan sesuai kebutuhan, <i>jika tidak kontraindikasi</i> <p>Lanjutkan Intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas (frekuensi, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan 3. Monitor sputum (jumlah, warna, bau) 4. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 5. Kolaborasi pemberian bronkodilator ekspektoran, mukolitik, <i>jika perlu</i>
2	<p>Penurunan kapasitas adaptif intracranial b.d edema serebral d.d tingkat kesadaran menurun (GCS : E4 V3 M2), N : 49x/menit (bradikardia), pola napas ireguler (28x/menit) (D.0066)</p>	<p>Kamis, 19 September 2024</p>	<p>14.00</p>	<p>S : - (tidak dapat dinilai)</p> <p>O : Pasien tampak penurunan kesadaran GCS : 7 (E2 V2 M3) TD : 140/65 mmHg N : 50 x/menit</p> <p>A : Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial</p> <p>P : Kapasitas adaptif intrakranial meningkat (L.06049) dengan kriteria hasil :</p>

				<ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran cukup meningkat 2. Bradikardia cukup menurun 3. Tekanan darah cukup membaik 4. Pola napas cukup membaik 5. Refleks neurologis cukup membaik <p>Pertahankan Intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK 2. Pertahankan suhu tubuh normal <p>Lanjutkan Intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK 2. Monitor MAP 3. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, <i>jika perlu</i> 4. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, <i>jika perlu</i>
3	<p>Risiko luka tekan d.d anemia (penurunan HB : 9.6), penurunan mobilisasi, penurunan oksigenasi jaringan (SPO2 96%) dengan bantuan via ventilator), penurunan perfusi jaringan, kulit kering dan bersisik, edema pada kedua punggung tangan dan tungkai, usia 70 tahun, imobilisasi fisik, terpasang restrain pasien tampak terpasang</p>	<p>Jum'at, 20 September 2024</p>	<p>14.00</p>	<p>S : - (sulit untuk dinilai)</p> <p>O : Pasien tampak terpasang restrain pasien tanpa terpasang NGT, pasien tampak terpasang trcheostomy, pasien tampak terpasang manset tensimeter, kulit pasien tampak kemerahan pada bagian lengan atas, kulit teraba hangat, kulit tampak lembab, kemerahan kulit tampak cukup menurun</p> <p>A : Risiko Luka Tekan</p>

	<p>ventilator, pasien tampak terpasang manset tensimeter, pasien tampak terpasang EKG, pasien tampak terpasang NGT, riwayat trauma akibat kecelakaan, gesekan permukaan kulit akibat tekanan alat medis (D.0144)</p>		<p>P : Integritas kulit (L.14125) meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan lapisan kulit cukup menurun 2. Kemerahan Pertahankan Intervensi : 1. Periksa apakah ada luka tekan sebelumnya Lanjutkan Intervensi : 1. Periksa luka tekan dengan menggunakan skala (mis, skala norton, skala Braden) 2. Monitor suhu kulit tekanan 3. Monitor status kulit harian 4. Monitor tetap area yang merah 5. Monitor mobilisasi dan aktivitas individu 6. Monitor sumber tekanan dan gesekan 7. Keringkan daerah kulit yang lembab akibat terpapar keringat, cairan luka dan inkontinensia fekal dan urin 8. Gunakan barrier seperti VCO sebagai lotion
--	---	--	---

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 Sudirohusodo yang 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 (Mupida, 2023).

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 betekan negative. Ruangan ini juga dilengkapi dengan peralatan yang lengkap dalam menunjang pelayanan pasien paru (Mupida, 2023).

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 dengan Epidural Hematoma

1. Data Pasien

Tabel 4.1. Biodata Pasien

Data	Tn. L
Umur	70 Tahun
Jenis Kelamin	Laki-Laki
Status Perkawinan	Menikah
Agama/Suku	Islam
Warga Negara	Indonesia
Bahasa Yang Digunakan	Indonesia
Pendidikan	Tamat SD/Sederajat
Pekerjaan	Petani
Alamat Rumah	Pinrang
Diagnosa Medis	Epidural Hematoma

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

Pasien Tn. L umur 70 tahun, berjenis kelamin laki-laki, pendidikan tamat SD/Sederajat, pekerjaan petani dengan diagnosa medis Epidural Hematoma masuk dengan mengalami penurunan kesadaran akibat kecelakaan dengan luka pada bagian kepala sebelah kanan. Keluhan utama terjadi penurunan kesadaran akibat kecelakaan 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 GCS : 9 (E4 M3 V2). V_{ETT} , tekanan darah : 140/63 mmHg, nadi: 49x/mnt, suhu :37,8 °C, pernapasan : 28 x/mnt.

2. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.2. Diagnosa Keperawatan

No.	Nama Pasien	Masalah Keperawatan
1.	Tn. L	<p>1) Bersihan jalan napas tidak efektif b/d hipersekresi jalan napas, sekresi yang tertahan d.d batuk tidak efektif, sputum berlebih, sesak napas, terpasang bantuan oksigen, frekuensi napas 28 x/menit (D.0001)</p> <p>2) Penurunan kapasitas adaptif intracranial b.d, edema serebral d.d tingkat kesadaran menurun GCS 9 (E4 V3 M2), N : 49 x/menit, pola napas ireguler, reflex nerologis terganggu (D.0066)</p> <p>3) Risiko luka tekan d.d anemia (penurunan HB : 9.6), penurunan mobilisasi, penurunan oksigenasi jaringan (SPO2 96%) dengan bantuan via ventilator), penurunan perfusi jaringan, kulit kering dan bersisik, edema pada kedua punggung tangan dan tungkai, usia 70 tahun, imobilisasi fisik, terpasang restrain pasien tampak terpasang ventilator, pasien tampak terpasang manset tensimeter, pasien tampak terpasang EKG, pasien tampak terpasang NGT, riwayat trauma akibat kecelakaan dan</p>

		gesekan permukaan kulit akibat tekanan alat medis (D.0144)
--	--	---

Berikut diagnosa/masalah keperawatan yang sesuai dengan teori adalah :

a. Bersihan jalan napas tidak efektif **(D.0001)**

Masalah ini ditemukan pada pengkajian 17 September 2024 berdasarkan SDKI. Masalah ini ditegakkan sesuai dengan teori (SDKI PPNI, 2018). Pasien dengan bersihan jalan napas tidak efektif ditemukan data-data yang sesuai dengan data subyektif dan objektif, meliputi data objektif yaitu batuk tidak efektif, sputum berlebih, sesak napas, terpasang bantuan oksigen, frekuensi napas 28 x/menit, SPO₂ 96% dengan bantuan ventilator.

b. Penurunan kapasitas adaptif intracranial **(D.0066)**

Masalah ini ditemukan pada pengkajian 17 September 2024 berdasarkan SDKI. Masalah ini ditegakkan sesuai dengan teori (SDKI PPNI, 2018). Pasien dengan penurunan kapasitas adaptif intrakranial ditemukan data-data yang sesuai dengan data subyektif dan objektif, meliputi data objektif yaitu tingkat kesadaran menurun GCS 9 (E4 V3 M2), N : 49 x/menit, pola napas irreguler, hasil MCt Scan ; Pedrdarahan epidural regio parietal kiri.

c. Risiko luka tekan **(D.0144)**

Masalah ini ditemukan pada pengkajian 17 September 2024 berdasarkan SDKI. Masalah ini ditegakkan sesuai dengan teori (SDKI PPNI, 2018). Pasien dengan risiko luka tekan ditemukan data yang sesuai dengan faktor risiko meliputi anemia (penurunan HB : 9.6), penurunan mobilisasi, penurunan oksigenasi jaringan (SPO₂ 96%) dengan bantuan via ventilator), penurunan perfusi jaringan, kulit kering dan bersisik, edema pada kedua punggung tangan dan tungkai, usia 70 tahun, imobilisasi fisik, terpasang restrain pasien tampak terpasang ventilator, pasien tampak terpasang manset tensimeter, pasien tampak terpasang EKG, pasien tampak terpasang NGT, riwayat trauma akibat kecelakaan dan gesekan permukaan kulit akibat tekanan alat medis.

C. Analisis Intervensi Keperawatan pada Pasien Risiko *Medical Device Related Pressure Injuries* pada Kasus Epidural Hematoma

Berdasarkan penelitian ini dengan diagnosa keperawatan yang dialami oleh pasien yaitu risiko luka tekan ditandai dengan penurunan mobilisasi, penurunan oksigenasi jaringan (SPO₂ 96% dengan bantuan ventilator), penurunan perfusi jaringan, kulit kering, edema pada kedua punggung tangan dan tungkai, usia 70 tahun, imobilisasi fisik, gesekan permukaan kulit, terpasang restrain (D.0144). NPUAP menyampaikan bahwa luka tekan adalah area jaringan yang cedera pada kulit atau jaringan lunak yang melapisi tulang yang menonjol. Luka tekan terjadi akibat penekakan yang terjadi secara terus-menerus dan berkepanjangan atau gesekan pada kulit (*National pressure Ulcer Advisory Panel*, 2019). Hal ini sejalan dengan penelitian Nanda (2022) yang mengemukakan bahwa luka tekan terjadi pada tonjolan tulang yang bersentuhan dengan permukaan seperti pakaian atau peralatan medis.

Salah satu bentuk intervensi atau upaya pencegahan yang harus dilakukan sedini mungkin bagi pasien yang berisiko mengalami MDRPI yaitu pemberian VCO melalui *massage*. Terapi pijat (*massage*) merupakan salah satu upaya penyembuhan yang aman dan efektif (Nisak et al., 2019). NPUAP menyampaikan salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah luka tekan adalah melakukan perawatan kulit melalui *massage* dengan menggunakan berbagai metode atau bahan seperti *massage effleurage*, *virgin VCO*, *nigella sativa oil* (NSO). *Massage* atau pijat bertujuan supaya melembabkan kulit, sehingga bila terdapat gesekan karena tekanan, tidak menyebabkan kulit terluka dimana penerapan *massage* yang sering dilakukan yaitu menggunakan VCO atau minyak kelapa murni (Badrujamaludin et al., 2022),

VCO merupakan minyak kelapa murni yang dibuat tanpa proses pemanasan dan mengandung zat aktif medium *chain fatty acid* (MCFA) yang terdiri dari *caprili acid*, *caprid acid*, *oleic acid* serta *linoleic acie*. VCO juga merupakan minyak kelapa murni yang mengandung 92% asam lemak jenuh terdiri 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). VCO mempunyai manfaat

dalam mendukung perbaikan dan penyembuhan jaringan, membunuh bakteri yang mengakibatkan ulser (Sumah, 2020).

VCO mampu dimanfaatkan sebagai terapi topikal yang berperan sebagai moisturizer untuk mengurangi kulit kering, menutrisi kulit melalui penyerapannya, serta sebagai pelumas untuk mengurangi efek gesekan (Linggi et al., 202). Penelitian yang dilakukan Linggi et al. (2021) menyatakan bahwa kandungan VCO baik untuk melembabkan dan melumaskan kulit, menurunkan inflamasi, mendukung dalam perbaikan dan penyembuhan jaringan. VCO memberi manfaat menjaga toleransi jaringan, gesekan sebagai penyebab utama terbentuknya luka tekan (Rahayu et al., 2022).

Salah satu manfaat VCO diberikan secara topikal yaitu untuk mencegah penguapan air sehingga akan memperlambat kehilangan air pada kulit dan kelembaban kulit akan terjaga. Pelaksanaan *massage* dengan menggunakan VCO dilakukan setelah mandi setiap pagi dan sore hari. *Massage* dengan menggunakan VCO dilakukan selama 4-5 menit dalam kurun waktu 3 hari (Rahmawati & Supadmi, 2023). VCO mengandung pelembab alamiah dan membantu menjaga kelembaban kulit sehingga baik digunakan untuk kulit kering dan bersisik. Kandungan asam lemak jenuh rantai sedang yang terdapat pada VCO menjadikannya mudah masuk ke lapisan kulit dalam sehingga dapat mempertahankan kelenturan dan kekenyalan kulit. Cara penggunaan VCO seperti halnya penggunaan pelembab dengan meratakannya pada area yang berisiko terjadinya luka. Penggunaan bahan-bahan alami dalam perawatan kulit atau luas sebagai wujud dari implementasi Undang Undang Nomor 36 tahun 2009 pasal 101 yang menyatakan “Sumber obat tradisional yang sudah terbukti berkhasiat dan aman digunakan dalam pencegahan, pengobatan, perawatan dan atau pemeliharaan kesehatan tetap dijaga kelestariannya” (Dinkes, 2020) .

D. Analisis *Virgin Coconut Oil* (VCO) untuk Mengurangi Risiko *Medical Device Related Pressure Injuries* (MDRPI) pada Pasien Kasus Epidural Hematoma

Tabel.4.3 Analisis *Virgin Coconut Oil* untuk mengurangi *Medical Device Related Pressure Injuries* pada Kasus Epidural Hematoma

Nama Pasien	Hari I		Hari II		Hari III	
	Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah
Tn. L	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)

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan hasil dari evaluasi pemberian intervensi massage dengan menggunakan VCO selama 3 hari berturut-turut dengan durasi waktu 4-5 menit pada bagian tubuh pasien yang mengalami tekanan karena alat medis. Hasilnya menunjukkan terdapat perubahan pada skor skala braden dari skor 13 (sedang) berubah menjadi skor 15 (rendah) yang berarti risiko rendah terhadap *pressure ulcers*.

Penerapan intervensi pada hari pertama dengan pemberian terapi massage menggunakan VCO pada Tn.L didapatkan hasil bahwa kulit pasien kurang terhidrasi yaitu kulit tampak kering pada area lengan, pergelangan kaki dan leher serta kerusakan lapisan kulit belum membaik yang ditandai dengan kulit pada pergelangan tangan pasien terkelupas saat dioleskan VCO, tampak kulit lengan atas kemerahan akibat penggunaan manset tensimeter. Pemberian terapi *massage* dengan menggunakan VCO diterapkan pada pagi hari setelah pasien dimandikan.

Penerapan intervensi pada hari kedua dengan pemberian terapi massage menggunakan VCO pada Tn.L didapatkan hasil bahwa kulit pasien tampak cukup membaik daripada hari sebelumnya dan kulit mulai lembab area pergelangan kaki. Namun, masih terjadi kerusakan kulit yang belum membaik yang ditandai dengan kulit lengan atas tampak kering dan kemerahan, tampak bekas manset tensimeter pada lengan atas. Perubahan yang terjadi pada kulit dipengaruhi dari kandungan yang terdapat pada VCO yang dapat memberikan kelembaban dan nutrisi pada kulit sehingga kulit terhidrasi dengan baik.

Penerapan intervensi pada hari ketiga dengan pemberian terapi massage menggunakan VCO pada Tn.L didapatkan hasil bahwa kulit pasien membaik ditandai dengan kulit lengan, pergelangan tangan, pergelangan kaki tampak lembab. Kemerahan pada lengan bagian atas tampak cukup menurun. Perubahan yang terjadi pada kulit dipengaruhi dari kandungan yang terdapat pada VCO yang dapat memberikan kelembaban dan nutrisi pada kulit sehingga kulit terhidrasi dengan baik. Selain itu, VCO berperan dalam memelihara resistensi

jaringan kulit terhadap gesekan yang merupakan faktor utama dari terjadinya luka tekan.

Setelah dilakukan intervensi terapi pijat menggunakan VCO selama tiga hari berturut turut terdapat perubahan pada kulit yaitu kulit menjadi lembab, tidak kering, tidak mengelupas serta kemerahan menurun. Pada pertemuan terakhir, dilanjutkan dengan evaluasi untuk mengukur resiko luka tekan menggunakan braden scale serta evaluasi untuk mengetahui keefektifan dari terapi yang telah diberikan.

Berdasarkan evaluasi selama 3 hari diberikan terapi pijat menggunakan VCO didapatkan hasil bahwa terapi yang diberikan untuk mengurangi risiko luka tekan dan pemberian VCO 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 14 (resiko sedang) dan pada Hari ke III didapatkan skor 15 (resiko rendah). Penelitian ini didukung oleh Rusady Sulistyanto (2021) yang menyatakan bahwa VCO dapat menjadi pelembab alami yang mampu menjaga kelembaban kulit, baik untuk kulit kering, kasar dan bersisik. Sementara itu, VCO memberikan nutrisi untuk kulit melalui penyerapannya dan berfungsi sebagai pelumas untuk mengurangi gesekan. VCO juga berperan dalam kesehatan kulit agar tetap sehat, tampak muda dan terhindar dari paparan penyakit. VCO mengandung asam lemak antiseptik yang membantu mencegah infeksi jamur dan bakteri.

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh Musyawarah (2020) menyatakan bahwa VCO mempunyai efek positif dalam menjaga kemampuan jaringan kulit terhadap gesekan yang merupakan faktor utama terjadinya luka tekan. Hasil penelitian yang telah dilakukan, didapatkan hasil bahwa kulit responden yang menggunakan VCO mengalami perubahan yaitu kulit menjadi lebih halus, licin dan terhidrasi dengan baik. Penelitian ini juga sejalan dengan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fauzan (2024) bahwa VCO mampu dijadikan sebagai moisturizer dan sebagai antiseptik topikal agar kulit tetap

terhidrasi dengan baik dan mengurangi produksi keringat yang berlebih. Sehingga berdasarkan penelitian studi kasus yang telah dilaksanakan maka pemberian terapi pijat menggunakan VCO terbukti efektif terhadap pencegahan risiko MDRPI.

E. Keterbatasan dalam Intervensi *Virgin Coconout Oil* pada Pasien Risiko *Medical Device Related Pressure Injuries* (MDRPI)

Pengaplikasian VCO pada pasien risiko MDRPI seharusnya dioleskan secara merata pada semua bagian tubuh yang mengalami tekanan alat medis. Namun, dari intervensi yang penulis lakukan ada beberapa bagian tubuh yang terkena tekanan alat medis tapi penulis tidak mengoles VCO dikarenakan status penulis yang masih mahasiswa yang belum memiliki lisensi penuh terhadap pasien dalam mengaplikasikan VCO pada bagian tubuh yang mengalami tekanan alat medis yang melekat pada pasien misalnya, area mulut yang terkena tekanan tabung endotrakeal (ett) .

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Hasil penelitian ini dapat disimpulkan proses keperawatan mulai dari pengkajian, penentuan diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi tentang asuhan keperawatan pada Tn.L dengan Epidural Hematoma dimana akan dilakukan intervensi terapi pijat menggunakan VCO untuk menurunkan risiko MDRPI di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Kota Makassar.

1. Hasil pengkajian yang didapat dari kasus yaitu pengkajian pada pasien dilakukan pada 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 lengan atas pasien.
2. Pada penegakkan diagnosis keperawatan ditemukan 3 diagnosis di antaranya, Bersihan jalan napas tidak efektif, Penurunan kapasitas adaptif intrakranial dan risiko luka tekan. Dalam teori muncul 3 diagnosis keperawatan yang sesuai dengan tanda dan gejala pasien.
3. Rencana intervensi yang dapat dilakukan oleh peneliti dengan diagnosis risiko luka tekan, yaitu intervensi *message* menggunakan VCO selama 3 hari berturut-turut, untuk meningkatkan skor skala braden pada risiko luka tekan.
4. Pelaksanaan implementasi keperawatan dilakukan pada diagnosis keperawatan risiko gangguan integritas kulit/jaringan yang dilakukan sesuai SOP selama 3 hari.
5. Dilakukan evaluasi keperawatan yakni sebelum dilakukan pijat menggunakan VCO terlebih dahulu peneliti mengidentifikasi skor skala braden menggunakan pengkajian skala braden, setelah dilakukan *message* diidentifikasi kembali. Hal ini dilakukan selama 3 hari yang kemudian mengevaluasi intervensi dari diagnosis yang ditegakkan.
6. Setelah dilakukan implementasi dapat dianalisis bahwa VCO 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 14 (risiko sedang) dan pada hari ke hari ke III didapatkan skor skala braden 15 (risiko rendah), sehingga dapat disimpulkan bahwa dengan penggunaan *Virgin Coconut Oil* dapat meningkatkan nilai skor skala braden dan dapat mengurangi terjadinya risiko luka tekan akibat alat medis pada pasien.

B. Saran

1. Bagi Pasien

Diharapkan hasil penelitian ini dapat diaplikasikan oleh keluarga dan pasien sebagai tindakan alternative dalam mencegah pressure injuries, serta 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 risiko MDRPI.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan bisa sebagai sumber referensi dan informasi dalam membantu proses pembelajaran mengenai pengaruh VCO terhadap pasien risiko MDRPI.

DAFTAR PUSTAKA

- Agada, N. K., Bankole, N. D. A., Dossou, M. W., Badirou, O. B. A., Clement, E. A., Obame, F. L. O., Lawson, L. D., Murhega, R. B., Nyalundja, A. D., & Togbenon, N. D. L. (2023). Chronic Epidural Hematoma: A Systematic Review And MetaAnalysis. *Egyptian Journal Of Neurosurgery*, 38(1), 32.
- Agustina, N., & Muflihatin, S. K. (2019). Analisis Praktek Klinik Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Tindakan Inovatif Massage Menggunakan Virgin Coconut Oil (VCO) Untuk Pencegahan Luka Tekan di Unit Stroke RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur.
- Aminah, N. S., & Prajayanti, E. D. (2021). Upaya Meningkatkan Pengetahuan Tentang Massage Dengan Vco (Virgin Coconut Oil) Untuk Mencegah Luka Tekan Pada Pasien Tirah Baring Dengan Media Video. Universitas 'Aisyiyah Surakarta.
- Arifah, K. N. (2023). Kombinasi Massage & Alih Baring Cegah Dekubitus. Kementerian Kesehatan RI. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/2096/kombinasi-massagealih-baring-cegah-dekubitus
- Aromatario, M., Torsello, A., D'errico, S., Bertozzi, G., Sessa, F., Cipolloni, L., & Baldari, B. (2021). Traumatic Epidural And Subdural Hematoma: Epidemiology, Outcome, And Dating. *Medicina*, 57(2), 125.
- Bhorar NM, Dhansura TS, Traumatic Epidural Hematoma: Vigilance beyound Guidelines. *Indian J Crt Care Med*. 2018 Jul;22(7):555-557
- Burston, A., Miles, S., & Fulbrok, P. (2022). Pengalaman Pasien dan Pengasuh dalam Menghadapi Cedera Akibat Tekanan: Sbeuah Metasintesis dari Studi Kualitatif.
- Chen Lj & Sun, LL. (2020). Interpretasi Pedoman Praktik Klinis Internasional untuk Pencegahan dan Pengobatan Luka Tekan. *Jurnal Ilmu Keperawatan*. 35(13);41-43.51

- Fatimah, Djubaedah, S., & Febrianti, D. (2022). Pengaruh Pemberian Virgin Coconut Oil (VCO) Melalui Massage terhadap Pencegahan Luka Tekan terhadap Pasien Tirah Baring di. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Perkotaan*, 2(2), 23–38.
- Hankey, G. J., Hackett, M. L., Almeida, O. P., Flicker, L., Mead, G. E., Dennis, M. S., Etherton-Ber, C., Ford, A. H., Billot, L., Jan, S., Lung, T., Lundström, E., Sunnerhagen, K. S., Anderson, C. S., ThangNguyen, H., Gommans, J., & Yi, Q. (2021). Twelve-Month Outcomes Of The Affinity Trial Of Fluoxetine For Functional Recovery After Acute Stroke: Affinity Trial Steering Committee On Behalf Of The Affinity Trial Collaboration
- Hanonu, S., & Karadag, A. (2018). A Prospective , Descriptive Study to Determine the Rate and Characteristics of and Risk Factors for the Development of Medical Device-related Pressure Ulcers in Intensive Care Units, 1–13.
- Karadag, A., Hanönü, S. C., & Eyikara, E. (2017). A Prospective, Descriptive Study to Assess Nursing Staff Perceptions of and Interventions to Prevent Medical Device-related Pressure Injury. *Ostomy/wound Management*, 63(10), 34–41. <https://doi.org/10.25270/owm.2017.10.3441>
- Kayser, S. A., Vangilder, C. A., Ayello, E. A., & Lachenbruch, C. (2018). Prevalence and Analysis of Medical Device-Related Pressure Injuries : Results from the International Pressure Ulcer Prevalence Survey, 31(6), 276–285.
- Khairat A., Waseem M. Epidural Hematoma. 2020.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK518982/>
- Khairat, A., & Waseem, M. (2023). Epidural Hematoma. In Statpearls [Internet]. Statpearls Publishing.
- Kim, J. S., Lee, S. J., & Yu, J. H. (2017). Factors Predicting the Interface Pressure Related to Pressure Injury in Intensive Care Unit Patients, 47(6), 794–805.

- Kusuma, A. H., & Anggraeni, A. D. (2019). Pengaruh Posisi Head Up 30 Derajat Terhadap Nyeri Kepala Pada Pasien Cedera Kepala Ringan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 10(2), 417–422.
- Liebeskind David, Lutsep helmi, *Epidural Hematoma*. 2018. www.emedicine.medscape.com/rctcl/1137065-overview
- Mehta, C., Ali, M., Mehta, Y., George, J. V, & Kumar, M. (2018). MDRPU -an uncommonly recognized common problem in ICU : A point prevalence study. *Journal of Tissue Viability*, (December), 0–1. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2018.12.002>
- Monarca, M. C., Marteka, P., & Breda, K. (2018). Decreasing Incidence of Medical Device-Related Pressure Injuries in a Small Community Hospital: A Quality Improvement Project. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 45(2), 137–140. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000419>
- Nanda, F. P. P. (2022). Pengaruh Pemberian Virgin Coconut Oil Dengan Massage Effleurage Untuk Mencegah Luka Tekan Pada Pasien Tirah Baring " Literatur Review". Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2019). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers / Injuries : Quick Reference Guide* (National Pressure Ulcer Advisory Panel (ed.); 3 ed.). European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance.
- Parinduri, A. G. (2020). *Buku Ajar Kedokteran Forensik Dan Medikolegal*. Medan: Umsu Press.
- Rahayu, C. C. R., Margono, & Hidayah, N. (2022). Pengaruh Massage Dengan Virgin Coconut Oil Terhadap Kejadian Luka Dekubitus Di Ruang ICU RSUD Temanggung. *Prosiding University Research Colloquium*, 239–244.
- Rusady, S. A. N., & Sulistyanto, B. A. (2021). Pengaruh Massage Virgin Coconut Oil (VCO) terhadap Dekubitus Pada Pasien Imobilisasi : Literature Review Prosiding Seminar Nasional Kesehatan 2021 Lembaga Penelitian. *Prosiding Seminar Nasional Kesehatan*, 2009–2015.

- Tamburrelli, F. C., Meluzio, M. C., Masci, G., Perna, A., Burrofato, A., & Proietti, L. (2018). Etiopathogenesis Of Traumatic Spinal Epidural Hematoma. *Neurospine*, 15(1), 101.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnosis* Edisi 1. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2017. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* Edisi 1. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2017. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* Edisi 1. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Widiati, E., Nurhaeni, N., & Gayatri, D. (2017). Medical-Device Related Pressure Injuries to Children in the Intensive Care Unit. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 40 (1), 69–77.
<https://doi.org/10.1080/24694193.2017.1386973>
- Widayanti, R. (2022). Mencegah Luka Tekan pada pasien Bed Rest Total. Kementerian Kesehatan RI.
https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1171/mencegah-luka-tekanpada-pasien-bed-rest-to

LAMPIRAN

Lampiran 1. Jadwal Kegiatan

NO.	KEGIATAN	JUL - AGU 2024			SEP – OKT 2024			NOV – DES 2024			JAN – FEB 2025			MAR – APR 2025		
1.	Pengambilan Kasus KIAN	10 Jul														
2.	Pelaksanaan Jurnal Intervensi Keperawatan				17 – 20 Sep											
3.	Konsul Judul KIAN						25 Okt									
4.	Acc Judul KIAN						26 Okt									
5.	Penyusunan dan Pengolahan Data KIAN						28 Okt – 28 Des									
6.	Ujian KIAN															
7.	Revisi															
8.	Publikasi															

Lampiran 2 Lembar Penjelasan Responden

Assamu' alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh. Bismillah Perkenalkan nama saya Nurul Hidayah, 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 "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Risiko Mengalami *Medical Device Related Pressure Injuries* (MDRPI) Pada Kasus Epidural Hematoma Menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO) Di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo Makassar",.

Makassar, 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 “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Risiko Mengalami *Medical Device Related Pressure Injuries* (MDRPI) Pada Kasus Epidural Hematoma Menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO) Di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo 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, September 2024.

Yang menyatakan persetujuan

(.....)

Lampiran 5 Lembar Observasi

No. Register Medik : 01230299

Ruangan : Intensive Care Unit (ICU)

Nama Perawat : Nurul Hidayah

Nama Pasien	Hari I		Hari II		Hari III	
	Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah
Tn. L	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)

Lampiran 6 Dokumentasi Kegiatan



Lampiran 7 SOP Intervensi

**SOP MESSAGE DENGAN VIRGIN COCONUT OIL UNTUK
PENCEGAHAN LUKA TEKAN**

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. 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 nyaman mungkin 5. Mencuci tangan 6. Periksa keadaan kulit dan tekanan darah sebelum memulai <i>message</i> 7. Bantu pasien melepas baju 8. Bantu pasien dengan posisi pronasi 9. Buka punggung pasien, bahu, lengan atas tutup sisanya dengan selimut mandi

	<ol style="list-style-type: none"> 10. Aplikasikan <i>Virgin coconut oil</i> pada bagian tubuh yang terpasang alat medis, secara perlahan-lahan 11. Lakukan pengaplikasian VCO pada semua bagian tubuh yang risiko mengalami luka tekan karena alat medis 12. Bersihkan sisa minyak VCO pada punggung dengan handuk 13. Bantu pasien memakai baju kembali 14. Bantu pasien ke posisi semula 15. Beritahu bahwa tindakan sudah selesai 16. Bereskan alat-alat yang telah digunakan 17. 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 8

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	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

	ekstremitas 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	