

APLIKASI *VIRGIN COCONUT OIL* (VCO) DENGAN TEKNIK *MASSAGE EFFLEURAGE* PADA PASIEN GANGGUAN MOBILISASI DENGAN RISIKO KERUSAKAN INTEGRITAS KULIT

KARYA TULIS ILMIAH

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



Disusun Oleh:

Tyas Asriani

NPM: 1506010088

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG

2018

HALAMAN PERSETUJUAN
Karya Tulis Ilmiah

APLIKASI *VIRGIN COCONUT OIL* (VCO) DENGAN TEKNIK *MASSAGE EFFLEURAGE* PADA PASIEN GANGGUAN MOBILISASI DENGAN RISIKO KERUSAKAN INTEGRITAS KULIT

Telah disetujui untuk diujikan di hadapan Tim Penguji KTI
Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Magelang

Magelang, 20 Agustus 2018

Pembimbing I



Puguh Widryanto, S.Kp., M.Kep
NIK. 947308063

Pembimbing II

A blue ink handwritten signature, likely belonging to Ns. Estrin Handayani, MAN.

Ns. Estrin Handayani, MAN
NIK. 118706081

HALAMAN PENGESAHAN
Karya Tulis Ilmiah

APLIKASI *VIRGIN COCONUT OIL* (VCO) DENGAN TEKNIK *MASSAGE EFFLEURAGE* PADA PASIEN LUKA DEKUBITUS DENGAN KERUSAKAN INTEGRITAS KULIT

Disusun Oleh:
Tyas Asriani
NPM: 15.0601.0088

Telah direvisi dan dipertahankan di depan penguji pada tanggal 20 Agustus 2018

Susunan Penguji:

Penguji I:

Ns. Sodik Kamal, M.Sc
NIK. 108006063

Penguji II:

Puguh Widiyanto, S.Kp., M.Kep
NIK. 947308063

Penguji III:

Ns. Estrin Handayani, MAN
NIK. 118706081



Magelang, 20 Agustus 2018

Program Diploma III Keperawatan

Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Magelang

Dekan,

Puguh Widiyanto, S.Kp., M.Kep
NIK. 947308063

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan Rahmat dan Karunia-Nya sehingga penyusunan karya tulis ilmiah yang berjudul “Aplikasi *Virgin Coconut Oil* (VCO) dengan Teknik *Massage Effleurage* pada Pasien Gangguan Mobilisasi dengan Risiko Kerusakan Integritas Kulit”

Penyusunan karya tulis ilmiah ini diajukan sebagai syarat menyelesaikan pendidikan gelar Ahli Madya Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang. Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis banyak mendapat bimbingan dan petunjuk dari berbagai pihak. Oleh karena itu , penulis mengucapkan terimakasih kepada Bapak/Ibu:

1. Puguh Widiyanto, S. Kp., M.Kep., selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang sekaligus pembimbing 1 dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan yang sangat berguna bagi penulis.
2. Ns. Retna Tri Astuti, M.Kep, selaku Wakil Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
3. Ns. Reni Mareta, M. Kep., selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
4. Ns. Estrin Handayani, MAN., selaku pembimbing II karya Tulis Ilmiah yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan yang bermanfaat dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
5. Dosen Fakultas Ilmu Kesehatan Program Studi D3 Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang, yang telah memberikan bekal ilmu kepada penulis dan telah membantu memperlancar proses penyelesaian Karya Tulis Ilmiah.
6. Semua staff dan karyawan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang yang telah memberikan bekal ilmu kepada penulis dan membantu melancarkan proses penyelesaian Karya Tulis Ilmiah.

7. Ibu, Bapak, dan Adik yang tiada hentinya memberikan doa restunya, selalu memberikan semangat untuk penulis tanpa lelah, memberikan dukungan baik secara moril, materil, dan spiritual hingga selesainya Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Teman-teman mahasiswa Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang yang telah banyak memberikan dukungan, kritikan, saran serta menemani dan memberikan motivasi selama tiga tahun bersama.
9. Semua pihak yang telah membantu penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini hingga selesai yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Semoga amal Bapak/Ibu/Saudara/Saudari yang telah diberikan kepada penulis memperoleh imbalan dari Allah SWT. Penulis mengharap kritik dan saran yang bersifat membangun untuk Karya Tulis Ilmiah ini. Akhirnya hanya kepada Allah SWT semata penulis memohon perlindungan-Nya. Penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi semuanya.

Magelang, Agustus 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN.....	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR GAMBAR.....	vii
DAFTAR TABEL.....	viii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Tujuan Karya Tulis Ilmiah.....	3
1.3 Pengumpulan Data	3
1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah.....	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	5
2.1 Konsep Luka Dekubitus	5
2.2 Pathway	25
BAB III LAPORAN KASUS	26
3.1 Pengkajian	26
3.2 Analisa Data	29
3.3 Perencanaan Keperawatan	29
3.4 Tindakan Keperawatan.....	30
3.5 Evaluasi Keperawatan.....	32
BAB 4 PEMBAHASAN	Error! Bookmark not defined.
4.1 Pengkajian	Error! Bookmark not defined.
4.2 Analisa Data	Error! Bookmark not defined.
4.3 Perencanaan Keperawatan	Error! Bookmark not defined.
4.4 Tindakan Keperawatan.....	Error! Bookmark not defined.
4.5 Evaluasi Keperawatan.....	Error! Bookmark not defined.
BAB 5 PENUTUP.....	34
5.1 Simpulan.....	34
5.2 Saran	35
DAFTAR PUSTAKA	36
LAMPIRAN.....	Error! Bookmark not defined.

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Stadium 1	5
Gambar 2.2 Stadium 2	5
Gambar 2.4 Stadium 4	6
Gambar 2.5 Struktur Kulit	7
Gambar 2.6 Pathway	25

DAFTAR TABEL

Table 2.1 Skala <i>Braden</i>	17
Tabel 2.2 SOP Massage Effleurage	22
Tabel 2.3 SOP Alih <i>Baring</i>	23
Tabel 2.4 Log Book Perkembangan Kondisi Kulit	Error! Bookmark not defined.

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Menurut *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP) dan *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) tahun 2009 bahwa pasien yang mengalami gangguan mobilitas dalam rentang waktu yang lama berisiko mengalami luka dekubitus atau yang kita kenal dengan luka tekan. Luka dekubitus merupakan kondisi terjadinya kerusakan kulit sampai jaringan di bawahnya hingga menembus otot dan mengenai tulang. Penyebab luka dekubitus salah satunya pasien dengan imobilisasi seperti pasien stroke.

Prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) pada tahun 2013 sebesar 7% dan yang terdiagnosis oleh tenaga kesehatan atau dengan gejala sebesar 12,1%. Prevalensi pasien stroke di provinsi Jawa Tengah (2016) sebesar 3,91% dari 943.927 kasus. Dari data Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang tahun 2015 jumlah pasien stroke adalah 36 kasus Stroke Hemoragik dan 192 kasus Stroke Non Hemoragik, belum diketahui faktor utama penyebab luka dekubitus dari kedua jenis stroke tersebut. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Arry Muji Astutik (2016) di RSUD Tidar Magelang didapatkan hasil 14,3% dari 49 responden berada pada risiko tinggi terjadinya luka dekubitus dengan kelompok usia lanjut.

Pada pasien stroke akan mengalami gangguan mobilitas dan berpotensi terjadinya luka tekan atau luka dekubitus. Peran perawat sangat penting dalam mencegah terjadinya luka dekubitus diantaranya perubahan posisi secara rutin untuk mengurangi tekanan pada bagian punggung, memperlancar peredaran darah, merawat kulit, dan mencegah terjadinya luka tekan. Dalam penelitian diungkapkan, penggunaan *Virgin Coconut Oil* (VCO) dengan teknik *massage effleurage* efektif untuk pencegahan luka tekan serta bermanfaat merawat kulit sekitar luka (Dewandono, 2014).

Virgin Coconut Oil (VCO) merupakan minyak kelapa murni yang dibuat tanpa ada proses pemanasan sehingga menghasilkan minyak yang jernih, tidak bau tengik, dan terbebas dari radikal bebas akibat pemanasan. Dalam VCO terdapat kandungan 92% asam lemak jenuh yang terdiri dari 48-53% asal laurat, 1,5-2,5% asam oleat, dan 7% asam kaprat yang bersifat melembutkan kulit. Dalam VCO juga terdapat vitamin E yang dapat diserap oleh kulit diyakini baik untuk kesehatan kulit. Selain itu VCO mempunyai manfaat sebagai antioksidan, antimikrobia, antifungi, melindungi kulit dari radikal bebas, dan degenerasi jaringan (Fatonah, Hrp, & Dewi, 2016).

Massage merupakan suatu gerakan pemijatan yang dilakukan pada permukaan kulit untuk memperbaiki sirkulasi peredaran darah. Teknik yang digunakan pada saat memijat dengan teknik *effleurage* yaitu dengan memberikan sedikit tekanan pada kulit punggung dengan gerakan memutar. Dalam teknik *massage* diperlukan bahan yang bersifat sebagai pelumas dan pelembab sehingga kulit akan terasa halus dan lembut. Selain itu, pelembab dapat membentuk lemak pada lapisan kulit yang dapat melenturkan lapisan kulit yang kering dan kasar, menghambat penguapan air dari kulit namun tidak mengurangi fungsi minyak alami dari kulit (Dewandono, 2014). Dalam penelitian Fatonah tahun 2016 didapatkan hasil pengaplikasian *Virgin Coconut Oil (VCO)* efektif terhadap proses penyembuhan luka tekan grade I dan grade II yang diberikan secara topikal dengan adanya perbedaan selisih rerata Skor *Bates Jansen* pada hari ke-1 sampai dengan ke-8. Dibuktikan dengan adanya perubahan struktur luka menjadi halus, adanya penutupan jaringan pada luka terbuka, dan tampak ukuran luka semakin mengecil. Pengaplikasian teknik *massage effleurage* dengan VCO pada Luka Dekubitus grade II juga memberikan perkembangan yang cukup signifikan dengan hasil luka tampak kering, warna kecoklatan, eritema tampak samar, dan jaringan luka menutup tanpa adanya tanda-tanda infeksi (Dewandono, 2014).

Berdasarkan uraian di atas luka dekubitus merupakan masalah kerusakan pada integritas kulit sehingga membutuhkan perawatan agar tidak terjadi komplikasi seperti abses, osteomielitis, bakteremia, dan fistula. Berdasarkan data yang diperoleh penulis akan mengambil kasus untuk menerapkan inovasi perbaikan

kerusakan integritas kulit dengan judul “Aplikasi *Virgin Coconut Oil* (VCO) dengan Teknik *Massage Effleurage* pada Pasien Gangguan Mobilisasi dengan Risiko Kerusakan Integritas Kulit”.

1.2 Tujuan Karya Tulis Ilmiah

1.2.1 Tujuan Umum

Tujuan penulisan Karya Tulis Ilmiah adalah memberikan gambaran secara umum tentang Asuhan Keperawatan dengan Risiko Kerusakan Integritas Kulit pada pasien gangguan mobilisasi dengan aplikasi *Virgin Coconut Oil* (VCO) dengan Teknik *Massage Effleurage*

1.2.2 Tujuan Khusus

1.1.1.1 Penulis melakukan pengkajian 13 Domain NANDA dan Skala *Braden* pada pasien gangguan mobilisasi dengan Risiko Kerusakan Integritas Kulit

1.1.1.2 Penulis melakukan analisa data dan merumuskan prioritas diagnosa keperawatan pada pasien gangguan mobilisasi dengan Risiko Kerusakan Integritas Kulit

1.1.1.3 Penulis menyusun rencana asuhan keperawatan pada pasien gangguan mobilitas dengan Risiko Kerusakan Integritas Kulit

1.1.1.4 Penulis mampu melakukan implementasi keperawatan pada pasien gangguan mobilisasi dengan Risiko Kerusakan Integritas Kulit dengan aplikasi penggunaan *Virgin Coconut Oil* (VCO) dengan teknik *massage effleurage*

1.1.1.5 Penulis melakukan evaluasi keperawatan dan pendokumentasian pada pasien gangguan mobilisasi dengan Risiko Kerusakan Integritas Kulit terhadap penggunaan *Virgin Coconut Oil* (VCO) dengan teknik *massage effleurage*

1.3 Pengumpulan Data

1.3.1 Observasi-Partisipatif

Metode pengumpulan data yang digunakan untuk menghimpun data penelitian melalui pengamatan dan pengindraan di mana peneliti benar-benar terlibat dalam

keseharian responden. Observasi yang dilakukan meliputi pengkajian 13 Domain NANDA dan Skala *Braden*.

1.3.2 Interview

Metode pengumpulan data yang digunakan untuk mendapatkan keterangan atau pendirian responden melalui percakapan langsung atau berhadapan muka. Hal yang ditanyakan meliputi identitas klien, riwayat penyakit, riwayat kesehatan keluarga, pengobatan yang telah dilakukan.

1.3.3 Studi Literatur

Serangkaian kegiatan yang berkenaan dengan metode pengumpulan data pustaka, membaca, dan mencatat, serta mengelola bahan penelitian.

1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah

1.4.1 Pelayanan Kesehatan

Dapat dijadikan masukan dan informasi bagi seluruh praktisi kesehatan dalam menentukan asuhan keperawatan dan pengenalan inovasi aplikasi bahan tradisional pada pasien gangguan mobilisasi dengan Risiko Kerusakan Integritas Kulit.

1.4.2 Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat memberikan manfaat dan menambah perbendaharaan bacaan bagi mahasiswa/mahasiswi Prodi D3 Keperawatan

1.4.3 Masyarakat

Menambah wawasan masyarakat tentang perawatan Luka Dekubitus dan pencegahannya. Selain itu menambah wawasan pasien tentang perawatan luka sesuai dengan kondisinya dan mendukung kesembuhan dan kesejahteraan pasien dan keluarga.

1.4.4 Penulis

Dapat memahami dan menambah wawasan mengenai perawatan Luka Dekubitus sehingga dapat disebarluaskan kepada masyarakat agar masyarakat mengetahui mengenai penyakit tersebut sehingga dapat melakukan perawatan dan pencegahannya.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Luka Dekubitus

2.1.1 Definisi Luka Dekubitus

Luka dekubitus adalah kerusakan atau kematian kulit sampai menembus jaringan di bawahnya bahkan sampai mengenai tulang yang diakibatkan karena adanya penekanan yang terjadi secara terus-menerus biasanya pada daerah tulang yang menonjol (Zahara, Dewi, & Saptarini, 2008).

Menurut Clevo dan Margareth (2012) Luka Dekubitus merupakan masalah lanjut yang sering terjadi pada pasien gangguan mobilitas seperti stroke, injuri tulang belakang, dan penyakit degeneratif.

2.1.2 Klasifikasi Luka Dekubitus

Menurut *The National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)* tahun 2016 klasifikasi luka dekubitus terbagi menjadi empat stadium, antara lain:

2.1.2.1 Stadium 1



Kondisi permukaan kulit masih utuh ditandai dengan adanya eritema, perubahan sensasi, suhu, dan perubahan konsistensi jaringan yang dapat diamati secara visual.

Gambar 2.1 Stadium 1

2.1.2.2 Stadium 2



Kehilangan sebagian bagian kulit sehingga dermis terbuka ditandai dengan warna dasar luka merah muda atau merah, lembab, dan juga terdapat bula berisi serum.

Gambar 2.2 Stadium 2

2.1.2.3 Stadium 3



Kehilangan lapisan kulit hingga tampak jaringan lemak, slough, jaringan granulasi juga tampak, selain itu juga luka tampak memiliki kedalaman yang berbeda.

Gambar 2.3 Stadium 3

2.1.2.4 Stadium 4



Kehilangan lapisan kulit hingga terlihat sampai tendon, otot, ligamen, dan tulang rawan.

Gambar 2.4 Stadium 4

2.1.3 Anatomi Fisiologi

2.1.3.1 Anatomi Kulit

Kulit adalah suatu organ yang membungkus seluruh permukaan tubuh, merupakan organ terbesar dari tubuh manusia. Pada orang dewasa, luas kulit yang menutupi sekitar dua meter dengan berat 4.5-5kg. Tebal kulit bervariasi dari 0.5mm yang terdapat pada kelopak mata samapai 4.0mm yang terdapat pada tumit. Secara struktural kulit terdiri dari dua lapisan utama, yaitu epidermis yang terletak di superfisial dan terdiri atas jaringan epitelial, serta dermis yang terletak lebih dalam dan terdiri dari jaringan penunjang tebal (Pearce, 2009).

e. Stratum Basalis

Merupakan lapisan terbawah dari epidermis. Sel-sel keratinosit membentuk bagian utama dari stratum basal. Pada lapisan ini terjadi mitosis atau pembelahan sel yang menghasilkan sel-sel baru dan bergeser ke atas akhirnya membentuk sel tanduk (Pearce, 2009).

Dermis merupakan jaringan yang tersusun atas jaringan ikat kuat yang mengandung serat kolagen dan elastin. Jaringan serat tersebut dapat meregang kuat. Sel-sel utama yang terdapat pada dermis adalah fibroblas, sedikit makrofag, dan adiposit. Pada lapisan dermis juga terdapat pembuluh darah, saraf, kelenjar, dan folikel rambut (Pearce, 2009).

Berdasarkan struktur jaringannya dermis terbagi menjadi pars papiler dan pars retikuler. Pars papiler tersusun atas jaringan ikat longgar dengan serat kolagen tipis dan serat elastin halus, serta terdapat reseptor taktir yang disebut kospuskel Meissner dan ujung saraf bebas yang sensitif terhadap sentuhan. Sedangkan pars retikuler tersusun dari fibroblas, kolagen, dan serat elastin. Sel-sel adiposa, folikel rambut, saraf, kelenjar sudorifera, dan kelenjar sebacea terdapat di serat-serat tersebut. Kolagen dan elastin pada pars retikularis memberikan kekuatan, ekstensibilitas pada kulit (Pearce, 2009).

Hipodermis atau juga disebut dengan jaringan subkutis merupakan suatu lapisan jaringan ikat longgar tempat melekatnya kulit. Pada lapisan ini terdapat sebagian besar sel adiposa (Pearce, 2009).

2.1.3.2 Fisiologi Kulit

a. Termoregulasi

Kulit memiliki fungsi termoregulasi melalui dua mekanisme, yaitu dengan mengeluarkan keringat melalui permukaan kulit dan mengatur aliran darah yang terdapat pada dermis. Pada saat kenaikan suhu akan terjadi peningkatan produksi keringat, proses penguapan akan menurunkan temperatur tubuh. Selain itu, pembuluh darah akan berdilatasi dan aliran darah lebih banyak melalui dermis sehingga meningkatkan pengeluaran panas dari tubuh. Sedangkan pada suhu menurun, pembuluh darah akan

berkontriksi sehingga menurunkan panas dari tubuh, dan produksi keringat akan menurun membantu dalam penyimpanan panas (Pearce, 2009).

b. Proteksi

Kulit memiliki fungsi sebagai pelindung, diantaranya terdapat keratin yang melindungi jaringan di bawahnya dari mikroba, paparan zat kimia, panas, dan abrasi. Selanjutnya ada lipid yang berfungsi sebagai penghambat penguapan air dari permukaan kulit agar tidak dehidrasi, selain itu berfungsi mencegah air melintasi permukaan kulit selama mandi atau berenang. Minyak yang dihasilkan oleh kelenjar sebacea berfungsi untuk menjaga kulit dan rambut agar tidak kering, dan terdapat zat bakterisida yang dapat membunuh bakteri. Terdapat pigmen melanin yang berfungsi melindungi kulit dari sinar ultraviolet (Pearce, 2009).

c. Ekskresi dan Absorpsi

Kulit memiliki fungsi ekskresi yaitu mengeluarkan zat yang tidak berguna dari dalam tubuh. Di dalam kulit terdapat kelenjar keringat yang berfungsi mengekskresikan keringat yang mengandung garam, karbon dioksida, amonia, dan urea. Selain itu, mengeluarkan keringat juga berperan dalam termoregulasi. Sebum yang terdapat di dalam kulit juga berfungsi untuk melindungi kulit karena berfungsi menjaga kulit agar tetap kering.

Selain fungsi ekskresi, kulit memiliki fungsi absorpsi yaitu menyerap zat dari lingkungan luar menuju sel tubuh. Zat yang dapat terserap hanya zat yang dapat larut dalam lemak, yaitu Vitamin A, D, E, K serta karbon dioksida dan oksigen. Selain itu, zat yang bersifat toksik atau beracun dapat terabsorpsi oleh kulit. Fungsi absorpsi pada kulit memungkinkan obat yang digunakan secara topikal dapat masuk sampai lapisan dermis (Pearce, 2009).

d. Sintesis Vitamin D

Kulit berfungsi sebagai tempat sintesis vitamin D, ini terjadi ketika ada sinar ultraviolet (UV) dari matahari dengan mengaktifkan prekursor 7-dihidroksi kolesterol. Enzim di hati dan ginjal memodifikasi prekursor dan

menghasilkan calcitriol, yaitu hormon yang berperan dalam mengabsorpsi kalsium makanan dari saluran cerna ke pembuluh darah (Pearce, 2009).

e. Persepsi

Di kulit terdapat banyak ujung-ujung saraf sensorik yang mampu mendeteksi sensasi seperti rangsangan panas yang diperankan oleh badan-badan Ruffini, rangsangan dingin diperankan oleh badan-badan Krause, rangsangan berupa rabaan yang diperankan oleh badan taktil Meissner, dan terhadap tekanan diperankan oleh badan Paccini (Pearce, 2009).

2.1.4 Etiologi

Menurut (Suriadi 2004 dalam Dewandono 2014) penyebab Luka Dekubitus disebabkan oleh dua faktor diantaranya faktor intrinsik dan ekstrinsik.

2.1.4.1 Faktor Intrinsik

Adapun faktor intrinsik penyebab Luka Dekubitus diantaranya:

a. Usia

Pada usia lanjut memudahkan terjadinya luka dekubitus, ini dikarenakan terjadi perubahan kualitas kulit seperti penurunan elastisitas kulit dan sirkulasi pada dermis tidak maksimal.

b. Temperatur

Kondisi tubuh yang mengalami peningkatan temperatur pada metabolisme akan terjadi kenaikan satu derajat *celcius* pada temperatur jaringan. Dengan peningkatan temperatur jaringan akan berisiko terjadinya iskemia pada jaringan.

Faktor lainnya penyebab luka dekubitus adalah immobilisasi, keterbatasan aktivitas, dan gangguan persepsi sensori. Ketiga faktor tersebut merupakan dampak dari lamanya dan intensitas tekanan pada bagian permukaan tulang yang menonjol.

2.1.4.2 Faktor Ekstrinsik

Selain faktor dari dalam, terdapat faktor dari luar yang menyebabkan Luka dekubitus diantaranya:

a. Tekanan

Tekanan dalam jangka waktu lama dapat menyebabkan area yang mengalami tekanan akan terjadi iskemi pada jaringan.

b. Pergesekan dan Pergeseran

Pada saat pergeseran kulit akan mengalami regangan dan tekanan akan menyebabkan iskemi pada jaringan.

c. Kelembaban

Apabila kondisi kulit sering mengalami lembab akan menyebabkan kulit mudah terjadinya maserasi, jika ada gesekan memudahkan kulit mengalami kerusakan integritas.

2.1.5 Patofisiologi

Dekubitus terjadi sebagai hubungan antara waktu dan tekanan. Semakin besar tekanan maka semakin besar pula insiden terbentuknya luka. Kulit dan jaringan subkutan dapat menoleransi beberapa tekanan. Tetapi pada tekanan eksternal terbesar daripada tekanan dasar kapiler akan menurunkan atau menghilangkan aliran darah ke dalam jaringan sekitarnya. Tekanan normal pada kapiler adalah 32mmHg.

Adanya sumbatan aliran darah kapiler karena tekanan dari luar akan menyebabkan iskemia jaringan, jika tekanan dihilangkan maka darah akan mengalir kembali dan kulit terlihat memerah. Jika daerah yang memerah ini ditekan dengan jari akan menjadi pucat/putih dan terasa nyeri pada pasien dengan sensasi yang baik.

Jika tekanan terhadap daerah tersebut tidak dihilangkan maka akan timbul erytema yang tidak memudar. Eritema terjadi akibat dari kerusakan pembuluh darah dan perpindahan darah ke dalam jaringan. Warna kulit akan menjadi merah terang, merah gelap, atau ungu. Jika terjadi kerusakan jaringan, saat dipalpasi akan teraba seperti ada yang menggebung (Suriadi 2004 dalam Dewandono 2014).

2.1.6 Fase Penyembuhan Luka

Terdapat tiga fase proses penyembuhan pada luka menurut (Suriadi 2004 dalam Dewandono 2014), diantaranya:

2.1.6.1 Fase Inflamasi

Merupakan fase yang terjadi pada hari ke nol hingga lima. Pada saat terjadi luka

akan mengakibatkan perdarahan sehingga mengaktifkan pembentukan bekuan yang menyatukan tepi luka, selain itu juga karena akumulasi dari beberapa mitogen dan menarik zat kimia ke daerah luka. Terjadi proses pembentukan kinin dan prostaglandin yang menyebabkan vasodilatasi pembuluh darah sehingga menimbulkan pembengkakan dan nyeri pada awal terjadi luka.

2.1.6.2 Fase Proliferasi

Merupakan fase yang terjadi pada hari ketiga hingga empatbelas. Pada hari ketiga muncul fibroblas yang memproduksi kolagen dalam jumlah besar yang berguna untuk membentuk kekuatan pada jaringan parut. Pada proses ini dipenuhi oleh sel radang yang ditandai dengan luka berwarna kemerahan dengan permukaan berupa benjolan halus yang disebut dengan jaringan granulasi.

2.1.6.3 Fase Maturasi

Fase yang terjadi pada hari ketujuh hingga satu tahun. Tubuh berusaha menormalkan kembali jaringan yang mengalami pertumbuhan abnormal dengan terjadi penyerapan kembali jaringan, pengerutan, dan akhirnya terjadi pembentukan jaringan baru.

2.1.7 Faktor Penyembuhan Luka

Menurut (Suriadi 2004 dalam Dewandono 2014) proses penyembuhan luka dipengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor sistemik dan faktor lokal.

2.1.7.1 Faktor Sistemik

a. Usia

Pada pasien usia lanjut proses penyembuhan luka akan lebih lama karena adanya kemungkinan proses degenerasi, tidak adekuatnya pemasukan makanan, menurunnya kekebalan, dan menurunnya sirkulasi.

b. Nutrisi

Faktor nutrisi berperan sangat penting dalam proses penyembuhan luka. Pada pasien yang mengalami penurunan serum albumin, limfosit, dan transferin merupakan risiko terhambatnya proses penyembuhan luka. Selain protein kekurangan vitamin A, E, dan C mempengaruhi proses penyembuhan luka. Defisiensi vitamin A menyebabkan berkurangnya produksi *macrophag* yang konsekuensinya rentan terjadi infeksi, sistesis

kolagen, dan retardasi epitelialisasi. Defisiensi vitamin E mempengaruhi produksi kolagen. Defisiensi vitamin C menyebabkan kegagalan *fibroblast* dalam produksi kolagen, mudahnya terjadi ruptur pada kapiler, dan rentan terjadi infeksi.

c. Insufisiensi Vaskular

Insufisiensi vaskular sering ditemukan pada kasus luka ekstremitas bawah seperti luka diabetik lalu dekubitus karena faktor tekanan yang berdampak pada penurunan atau gangguan sirkulasi darah.

2.1.7.2 Faktor Lokal

a. Suplai darah

Kekurangan suplai darah ke perifer akan menghambat proses jaringan baru.

b. Infeksi

Apabila terjadi infeksi akan menghambat proses penyembuhan luka.

c. Nekrosis

Apabila terdapat nekrosis pada jaringan akan menjadi faktor penghambat perbaikan luka.

d. Adanya benda asing pada luka

2.1.8 Aplikasi Virgin Coconut Oil dengan Teknik Massage Effleurage

Virgin Coconut Oil (VCO) adalah minyak kelapa murni yang dihasilkan dari santan buah kelapa segar tanpa pemanasan dan tanpa penambahan bahan apapun. Menurut (Syah 2005 dalam Fatonah 2016) pada VCO terdapat kandungan asam lemak jenuh sebesar 92% yang terdiri dari 48-53% asam laurat, 1,5-2,5% asam oleat, 8% asam kapilat, dan 7% asam kaprat. Kandungan asam lemak tersebut bersifat melembutkan kulit. Selain itu asam laurat akan diubah menjadi monolaurin yaitu sebuah senyawa yang bersifat antivirus, antibakteri, dan antiprotozoa (Fife 2004 dalam Dewandono 2014).

Menurut (Sari 2009 dalam Dewandono 2014) kandungan lain pada VCO yaitu terdapat Vitamin E dan polifenol yang berfungsi sebagai antioksidan yang kuat. Vitamin E merupakan zat yang berfungsi sebagai stabilizer membrane sel, melindungi kerusakan sel akibat radikal bebas, dan sebagai simpanan lemak dalam

organel sel. Selain manfaat diatas, VCO memiliki kemampuan sebagai antimikrobia, antifungi, dan degenerasi jaringan.

Menurut Bambang (2012) *Massage* dalam bahasa Arab artinya menyentuh atau meraba. Dalam bahasa Indonesia dikenal dengan istilah pijat atau urut. *Massage* merupakan gerakan-gerakan tangan yang mekanis terhadap tubuh manusia dengan menggunakan beragam teknik.

Menurut (Bogadenta 2013 dalam Dewandono 2014) VCO berkhasiat untuk meningkatkan imun tubuh, mencegah penuaan dini, mempercepat proses penyembuhan luka, melawan berbagai infeksi dan virus. Menurut (Lanny (2012 : 166) dalam Dewandono 2014) penyakit yang dapat disembuhkan dengan terapi VCO adalah:

1. Jika dioleskan pada kulit yang baru saja terbakar maka lukanya cepat mengering dan tidak meninggalkan bekas yang mengganggu keindahan kulit.
2. Jika dioleskan pada kulit yang mengalami atopik dermatitis maka penyebaran penyakit tersebut dapat dihentikan.
3. Jika digunakan untuk perawatan kulit berjerawat, dapat menghindari peradangan dan mencegah jerawat baru.
4. Menghaluskan kulit bersisik dan menua.
5. Mempercepat pertumbuhan jaringan dan pemulihan tulang rawan yang mengalami trauma.

Adapun teknik yang digunakan dalam memijat yaitu teknik *effleurage*, yaitu gerakan ringan berirama yang dilakukan pada seluruh permukaan tubuh. Manfaat dari *massage effleurage* adalah membantu melancarkan peredaran darah dan peredaran getah bening, memperbaiki proses metabolisme, membantu penyerapan oedema akibat peradangan, dan memberikan efek relaksasi serta mengurangi rasa nyeri.

Menurut Bambang (2012) tujuan dari terapi *massage* yaitu :

1. Melancarkan peredaran darah terutama peredaran darah vena (pembuluh balik) dan peredaran getah bening (air limphe).

2. Menyempurnakan proses pembuangan sisa-sisa pembakaran (sampah-sampah) ke alat-alat pengeluaran atau mengurangi kelelahan.
3. Membantu penyerapan (absorpsi) pada peradangan bekas luka.
4. Membantu pembentukan sel-sel baru dalam perkembangan tubuh.
5. Membersihkan dan menghaluskan kulit.
6. Memberikan perasaan nyaman, segar dan kehangatan pada tubuh.

Efek terapeutik atau efek penyembuhan dari *efleurage* ini Antara lain adalah :

1. Membantu melancarkan peredaran darah vena dan peredaran getah bening / cairan limfe.
2. Membantu memperbaiki proses metabolisme.
3. Menyempurnakan proses pembuangan sisa pembakaran atau mengurangi kelelahan.
4. Membantu penyerapan (absorpsi) oedema akibat peradangan.
5. Relaksasi dan mengurangi rasa nyeri.

Berdasarkan jurnal Dewandono (2014) didapatkan hasil bahwa pemberian teknik *massage* dengan VCO didapatkan hasil kondisi luka mengering, warna luka menjadi kecoklatan, struktur luka halus, dan adanya perbaikan jaringan. Perbaikan jaringan ditandai dengan adanya proses granulasi, proliferasi, dan kontraksi luka dengan indikator adanya penutupan jaringan pada luka terbuka dan ukuran luka tampak mengecil. Adanya proses perbaikan luka didukung oleh VCO yang dapat meminimalisasi terjadinya infeksi karena VCO mengandung senyawa antimikroba yaitu asam laurat dan asam miristat.

2.1.9 Asuhan Keperawatan

2.1.9.1 Pengkajian

Menurut Wijaya dan Putri (2013) pengkajian merupakan pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien agar dapat mengidentifikasi, mengenal masalah-masalah, kebutuhan kesehatan, dan keperawatan pasien baik mental, sosial, lingkungan. Pengkajian kepada pasien dengan menggunakan 13 Domain Nanda dan Skala *Braden*. Skala *Braden* digunakan dalam menilai resiko terjadinya luka tekan pada pasien dengan tirah baring lama.

Pengkajian 13 Domain Nanda meliputi:

- a. *Health Promotion* terdiri dari kesehatan umum, riwayat oenyakit sekarang, riwayat masa lalu, riwayat pengobatan, kemampuan mengontrol kesehatan, faktor sosial ekonomi, dan pengobatan sekarang.
- b. *Nutrition* terdiri dari pengukuran ABCDEF (Antropometri, Biochemical, Clinical, Diet, Energy, Factor), cairan masuk, cairan keluar, penelitian status cairan, dan pemeriksaan abdomen.
- c. *Elimination* terdiri dari sistem urinari, sistem gastrointestinal, sistem *integument*.
- d. *Activity/Rest* terdiri dari istirahat/tidur, aktivitas, *cardio respon*, *pulmonary respon*.
- e. *Perception/ Cognitif* terdiri dari orientasi/ kognitif, sensasi/ persepsi, communication.
- f. *Self Preception* terdiri dari self-concept/ self-esteem.
- g. *Role Relationship* terdiri dari peranan hubungan.
- h. *Sexuality* terdiri dari identitas seksual.
- i. *Coping/ Stress Tolerance* terdiri dari coping respon
- j. *Life Principal* terdiri dari nilai kepercayaan
- k. *Safety/ Protection* terdiri dari alergi, penyakit autoimune, tanda infeksi, gangguan termoregulasi, dan gangguan/ risiko (komplikasi immobilisasi, jatuh, aspirasi, disfungsi neurovaskuler peripheral, kondisi hipertensi, perdarahan, hipoglikemi, sindrome disuase, gaya hidup yang tetap).
- l. *Comfort* terdiri dari kenyamanan/ nyeri, rasa tidak nyaman flainnya, dan gejala yang menyertai.
- m. *Growth/Development* terdiri dari pertumbuhan dan perkembangan, DDST, dan terapi bermain.

Berikut adalah format pengkajian skala *Braden* terdiri dari enam indikator dengan masing-masing indikator memiliki skor maksimal yaitu empat (Potter, P.A, Perry, 2005)

Table 2.1 Skala *Braden*

Faktor	Deskriptif
<p>Persepsi Sensori Kemampuan untuk merespon secara tepat terhadap rasa tidak nyaman yang berhubungan dengan tekanan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keterbatasan Penuh Tidak ada respon (tidak mengerang, menyentak atau menggenggam) terhadap rangsangan nyeri karena menurunnya kemampuan untuk merasakan nyeri yang sebagian besar pada permukaan tubuh 2. Sangat terbatas Hanya dapat merespon terhadap rangsangan nyeri. Namun tidak dapat menyampaikan rasa tidak nyaman kecuali dengan mengerang atau sikap gelisah atau mempunyai gangguan sensori yang menyebabkan terbatasnya kemampuan untuk merasakan nyeri atau tidak nyaman pada lebih dari ½ bagian tubuh 3. Keterbatasan ringan Dapat merespon panggilan tetapi tidak selalu dapat menyampaikan respon rasa tidak nyaman atau keinginan untuk merubah posisi badan. Memiliki beberapa gangguan sensori yang membatasinya untuk dapat merasakan nyeri atau tidak nyaman pada satu atau kedua ekstremitas 4. Tidak ada gangguan Dapat merespon panggilan. Tidak memiliki penurunan sensori sehingga dapat menyatakan rasa nyeri atau rasa tidak nyaman.
<p>Kelembaban Tingkat keadaan dimana kulit menjadi lembab</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Selalu Lembab Kulit selalu dalam keadaan lembab oleh keringat, urine dan lainnya, keadaan lembab dapat dilihat pada setiap kali pasien digerakkan atau dibalik 2. Umumnya Lembab Kulit sering terlihat lembab akan tetapi tidak selalu. Pakaian pasien dan atau alas tempat tidur harus diganti sedikitnya satu kali setiap pergantian dinas.

	<p>3. Kadang – Kadang Lembab Kulit kadang – kadang lembab. Penggantian pakaian pasien dan atau alas tempat tidur selain jadwal rutin, perlu diganti minimal satu kali sehari.</p> <p>4. Jarang Lembab Kulit biasanya dalam keadaan kering, pakain pasien dan atau alas tempat tidur diganti sesuai dengan jadwal rutin penggantian.</p>
Aktivitas Tingkat Aktivitas	<p>1. Total di tempat tidur Hanya berbaring di tempat tidur</p> <p>2. Dapat duduk Kemampuan untuk berjalan sangat terbatas atau tidak bias sama sekali dan tidak mampu menahan berat badan atau harus dibantu untuk kembali ke kursi atau kursi roda</p> <p>3. Berjalan kadang-kadang Selama siang hari kadang-kadang dapat berjalan, tetapi jaraknya sangat dekat saja, dengan atau tanpa bantuan.</p>
Mobilitas Kemampuan untuk merubah dan mengatur posisi bada.	<p>1. Tidak dapat bergerak sama sekali Tidak dapat merubah posisi badan atau ekstrimitas bahkan posisi yang ringan sekalipun tanpa adanya bantuan.</p> <p>2. Sangat terbatas Kadang-kadang merubah posisi badan atau ekstremitas, akan tetapi tidak dapat merubah posisi sesering mungkin atau bergerak secara efektif (merubah posisi badan terhadap tekanan) secara mandiri.</p> <p>3. Tidak ada masalah Bergerak secara mandiri baik dikursi maupun diatas tempat tidur dan memiliki kekuatan otot yang cukup untuk menjaga posisi badan sepenuhnya selama bergerak. Dapat mengatur posisi yang baik ditempat tidur ataupun dikursi kapan saja.</p> <p>4. Tanpa keterbatasan Dapat merubah posisi badan secara tepat dan sering mengatur posisi badan tanpa adanya bantuan.</p>

<p>Nutrisi Pola kebiasaan Makan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat buruk Tidak pernah menghabiskan makan. Jarang makan lebih 1/3 dari makanan yang mendapatkan diberikan. Makan mengandung protein sebanyak 2 porsi atau kurang setiap harinya. Kurang mengkonsumsi cairan. Tidak mengkonsumsi cairan suplemen. Atau pasien dipuaskan, dan atau mengkonsumsi makanan cairan atau mendapatkan cairan infus melalui intravena lebih dari 5 hari. 2. Kurang mencukupi Jarang sekali menghabiskan makanan dan biasanya hanya menghabiskan kira-kira 1/2 dari makanan yang diberikan. Pemasukan makanan yang mengandung protein hanya 3 porsi setiap harinya. Kadang-kadang mengkonsumsi makanan suplemen. Atau mendapatkan makanan cairan atau selang NGT dengan jumlah kurang dari kebutuhan optimum perhari. 3. Mencukupi Satu hari makan tiga kali. Setiap makan mengandung protein setiap harinya. Kadang menolak untuk makan tapi biasanya mengkonsumsi makanan suplemen bila diberikan. Atau mendapatkan cairan infus berkalori tinggi yang dapat memenuhi kebutuhan nutrisi. 4. Sangat Baik Menghabiskan setiap makanan yang diberikan. Tidak pernah menolak. Biasanya mengkonsumsi 4 porsi atau lebih menu protein. Kadang mengemil. Tidak memerlukan makanan suplemen.
<p>Pergeseran dan pergerakan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bermasalah Memerlukan bantuan sedang sampai maksimal untuk bergerak. Tidak mungkin memindahkan badan tanpa bergesekan dengan alas tempat tidur. Sering merosot kebawah diatas tempat tidur atau kursi dan sering kali memerlukan bantuan yang maksimal untuk pengambilan

	<p>posisi semula. Kekakuan pada otot, kontraktur atau gelisah yang sering menimbulkan terjadinya gesekan yang terus menerus.</p> <p>2. Potensial bermasalah Bergerak lemah atau memerlukan bantuan minimal. Selama bergerak kulit kemungkinan bergesekan dengan alas tempat tidur, kursi, sabuk pengekangan atau alat bantu lain. Hampir selalu mampu menjaga badan dengan cukup baik dikursi ataupun di tempat tidur, namun kadang – kadang merosot kebawah.</p> <p>3. Keterbatasan ringan Sering merubah posisi badan atau ekstremitas secara mandiri meskipun hanya dengan gerakan ringan.</p>
--	---

Analisa skor skala Braden menurut (Morton, Patricia Gonce , Fontaine, 2012)

yang didapat dengan kriteria :

Resiko ringan jika skor 15-23

Resiko sedang jika skor 13-14

Resiko berat jika skor 10-12

Resiko sangat berat jika skor kurang dari 10

2.1.9.2 Diagnosa Keperawatan

Pada kasus gangguan immobilisasi diagnosa yang akan dikelola berdasarkan NANDA (2015) yaitu Risiko Kerusakan Integritas Kulit. Risiko Kerusakan Integritas Kulit adalah kerusakan pada epidermis dan atau dermis. Adapun faktor yang berhubungan dengan risiko kerusakan integritas kulit yaitu faktor eksternal dan faktor internal. Pada kasus nyata pasien dengan faktor eskternal yang paling banyak yaitu faktor mekanik seperti imobiltas fisik. Imobilitas fisik dalam jangka waktu lama dapat menyebabkan luka dekubitus.

2.1.9.3 Intervensi Keperawatan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit tidak mengalami kerusakan dengan kriteria hasil integritas kulit sedikit terganggu, eritema dari sedang menjadi ringan, tidak ada lesi pada kulit dengan intervensinya yaitu manajemen tekanan: monitor sumber tekanan dan gesekan, monitor area kulit

dari adanya kemerahan dan pecah-pecahgunakan alat pengkajian risiko yang ada untuk memonitor faktor risiko pasien (Skala *Braden*). Kemudian pencegahan luka tekan: monitor ketat area yang mengalami kemerahan, ubah posisi pasien setiap 1-2 jam sekali, jaga linen pasien agar tetap bersih, kering, dan bebas kerutan. Selanjutnya perawatan kulit: aplikasikan minyak *Virgin Coconut Oil* (VCO) dengan teknik *massage effleurage* pada daerah yang kemerahan, edukasikan keluarga untuk mengaplikasikan minyak VCO sehari sekali, kolaborasi dengan tenaga kesehatan bila muncul alergi akibat penggunaan VCO.

2.1.9.4 Implementasi Keperawatan

Pada implemetasi keperawatan subjek aplikasi riset adalah pasien dengan gangguan mobilitas lebih dari 1 tahun yang ada di masyarakat atau komunitas. Waktu dilakukan implementasi yaitu selama 14 hari dengan waktu kunjungan 15-20 menit dan observasi dilakukan setiap kali pada waktu pemberian *massage* dengan VCO. Peralatan yang digunakan antara lain *handscoen*, *sputit 3cc* digunakan untuk mengambil VCO, dan VCO yang dibeli di apotek. VCO yang digunakan merupakan VCO yang dibeli di apotek berijin dengan memperhatikan kandungan dalam kemasan, *Expire Date*, Nomor Ijin Edar, dan kondisi kemasan produk yang masih bersegel.

Implemetasi dilakukan dengan memberikan terapi VCO dengan *massage effleurage* satu kali setiap hari pada pagi hari dengan tujuan dapat memberikan manfaat secara optimal. Jarak saat *massage* pada pasien dilakukan dengan tidak menyentuh area luka dekubitus. Menurut (Trisnowiyoto 2012 dalam Dewandono 2014) dalam memijat perlu memperhatikan organ yang sehat, karena adanya perlukaan merupakan kontraindikasi untuk dilakukan *massage*. Pada saat melakukan *massage effleurage* yaitu dengan menggosokkan menggunakan telapak tangan dilakukan dengan tekanan yang lembut dan dangkal (*superficial stroking*).

Tabel 2.2 SOP Massage Effleurage

Sumber : (Weerapong et al, 2005; Potter & Perry, 2005; Lynn, 2011 dalam (Andjani, 2016)

		JUDUL SOP: <i>Massage Effleurage</i>
1	PENGERTIAN	<i>Massage</i> merupakan gerakan-gerakan tangan yang mekanis terhadap tubuh manusia dengan menggunakan beragam teknik. Teknik <i>effleurage</i> yaitu dengan memberikan sedikit tekanan pada kulit punggung dengan gerakan memutar
2	TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melancarkan sirkulasi darah 2. Menyempurnakan proses pembuangan sisa-sisa pembakaran (sampah-sampah) ke alat-alat pengeluaran atau mengurangi kelelahan. 3. Membantu penyerapan (absorbsi) pada peradangan bekas luka. 4. Membantu pembentukan sel-sel baru dalam perkembangan tubuh. 5. Membersihkan dan menghaluskan kulit 6. Menurunkan ketegangan otot dan memberikan perasaan rileks.
3	INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dengan gangguan imobilisasi 2. Pasien dengan kondisi kulit kering 3. Pasien dengan risiko luka tekan
4	KONTRAINDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri pada daerah yang akan <i>dimassage</i> 2. Luka pada daerah yang akan <i>dimassage</i> 3. Jangan melakukan pemijatan langsung pada daerah tumor 4. Jangan melakukan <i>massage</i> pada daerah yang mengalami ekimosis atau lebam. 5. Hindari melakukan <i>massage</i> pada daerah yang mengalami inflamasi
5	PERSIAPAN PASIEN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan salam, perkenalkan diri anda dan identifikasi pasien 2. Jelaskan tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan, berikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan jawab seluruh pertanyaan pasien. 3. Siapkan peralatan yang diperlukan. 4. Atur ventilasi dan sirkulasi udara yang baik 5. Atur posisi pasien sehingga merasa aman dan nyaman.
6	PERSIAPAN ALAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Virgin Coconut Oil</i> (VCO) 2. Tisu 3. Handuk mandi yang besar 4. Satu buah handuk kecil 5. Sebuah bantal dan guling kecil dan selimut. 6. <i>Handscoen</i> 1 pasang 7. <i>Spuit 3cc</i>
7		Prosedur

	PROSEDUR PELAKSANAAN	<p>Fase Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi salam dan memperkenalkan diri 2. Menjelaskan tujuan tindakan 3. Menjaga privasi pasien 4. Menjelaskan langkah prosedur 5. Menanyakan kesiapan pasien 6. Kontrak waktu <p>Fase Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan 2. Memakai handscon bersih 3. Berikan posisi yang nyaman (miring ke kanan atau kiri) 4. Perawat berada di sebelah kanan pasien saat pasien dimiringkan ke sebelah kiri, dan begitu sebaliknya 5. Lepas atau membuka baju pasien 6. Ambil <i>Virgin Coconut Oil (VCO)</i> menggunakan spuit sebanyak 2cc 7. Semprotkan <i>VCO</i> secara perlahan pada punggung kanan, sakrum, scapula 8. Oleskan <i>VCO</i> merata dan lembut menggunakan jari hingga merata dan diamkan hingga kulit tidak terlalu basah 9. Lakukan <i>massage</i> pada punggung kanan, sakrum dan scapula (menggosok dan mengusap) dengan telapak tangan 10. Arah <i>massage</i> dari bawah ke atas, kedua dari atas ke bawah, ketiga dari kanan ke kiri, terakhir dari kiri ke kanan 11. <i>Massage</i> dilakukan selama 4 menit 12. Merapikan pasien dan alat <p>Fase Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi hasil 2. Lakukan rencana tindak lanjut 3. Cuci tangan 4. Mendoakan pasien dan berpamitan
8	HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kenyamanan dan kekuatan kondisi fisik pasien harus selalu dikaji untuk mengetahui keadaan pasien selama prosedur 2. Istirahatkan pasien setelah dilakukan <i>massage</i> punggung 3. Perhatikan kontraindikasi dilakukannya tindakan

Tabel 2.3 SOP Alih *Baring*

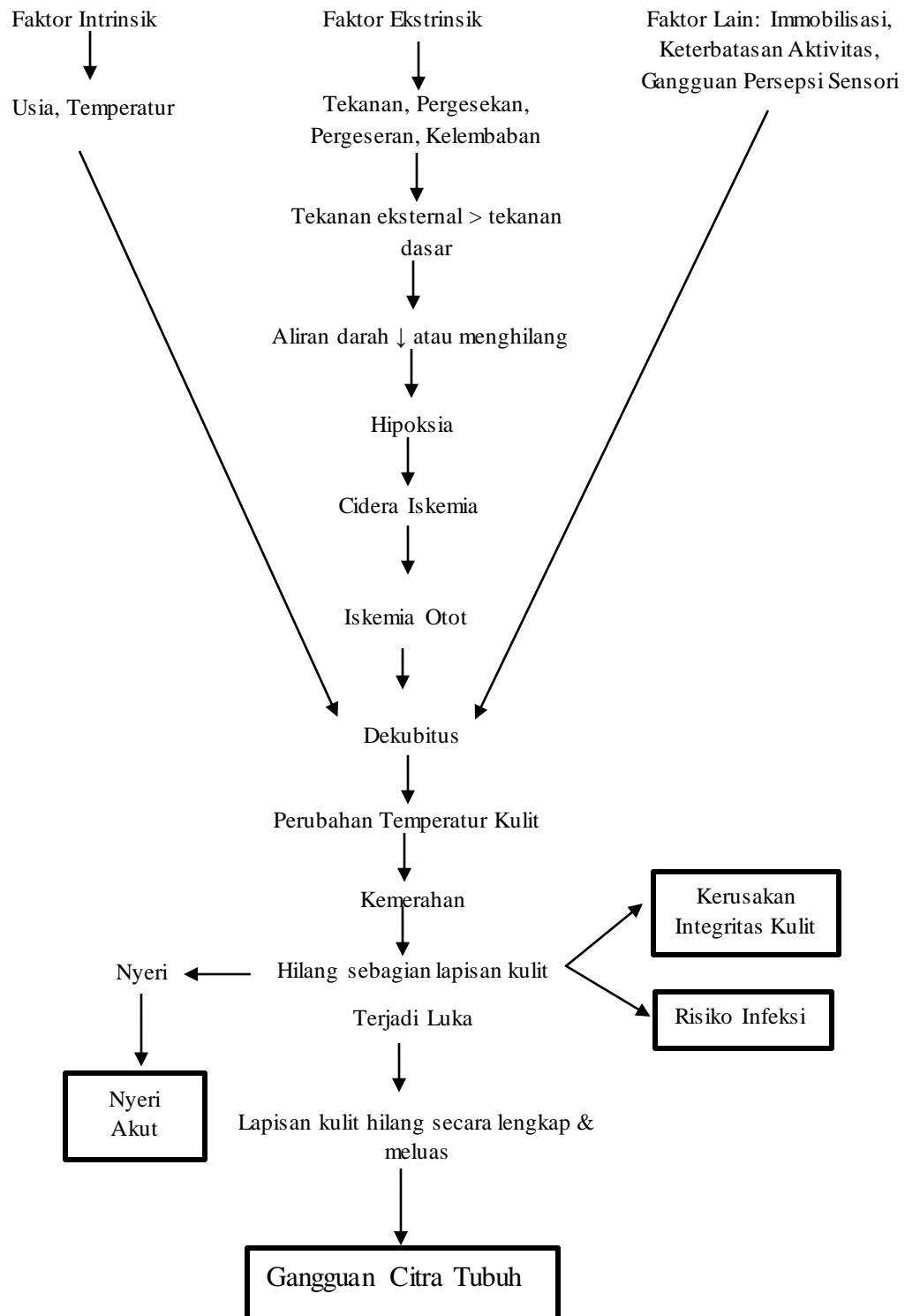
		JUDUL SOP: Alih Baring
1	PENGERTIAN	Alih baring adalah merupakan tindakan alih baring pada pasien immobilisasi untuk mencegah komplikasi akibat immobilisasi
2	TUJUAN	1. Mencegah kerusakan integritas kulit

		2. Memperbaiki sirkulasi darah dan perfusi
3	INDIKASI	1. Pada pasien dengan gangguan mobilisasi
4	PERSIAPAN ALAT	Bantal atau guling
5	PROSEDUR PELAKSANAAN	<p>Prosedur</p> <p>Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi salam dan memperkenalkan diri 2. Menjelaskan tujuan tindakan 3. Menjaga privasi pasien 4. Menjelaskan langkah prosedur 5. Menanyakan kesiapan 6. Kontrak waktu <p>Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga privasi pasien 2. Merubah posisi dari terlentang ke miring: <ol style="list-style-type: none"> a. Menata bebrapa bantal di sebelah pasien b. Memiringkan pasien ke arah bantal yang disiapkan c. Menekukkan kaki yang atas d. Memastikan posisi pasien aman 3. Merubah posisi dari miring ke terlentang: <ol style="list-style-type: none"> a. Menata beberapa bantal di sebelah klien b. Menelentangkan ke arah bantal yang disiapkan c. Meluruskan kedua lutut d. Memastikan posisi klien aman 4. Memastikan posisi klien aman <p>Fase terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi hasil 2. Lakukan rencana tindak lanjut 3. Cuci tangan 4. Mendoakan pasien dan berpamitan
6	HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kenyamanan dan kekuatan kondisi fisik klien harus selalu dikaji untuk mengetahui keadaan klien selama prosedur 2. Perhatikan kontraindikasi dilakukannya tindakan

2.1.9.5 Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan tindakan selama 14 hari dengan mengaplikasikan *Virgin Coconut Oil* (VCO) dengan teknik *massage effleurage* dilakukan evaluasi terhadap luka pasien. Evaluasi menggunakan lembar observasi skor *Skala Braden*. Evaluasi terhadap kulit yang berisiko terjadi luka tekan dilakukan seminggu sekali untuk mengetahui perkembangan kondisi kulit pasien (Fatonah et al., 2016).

2.2 Pathway



Gambar 2.6 Pathway

BAB III LAPORAN KASUS

3.1 Pengkajian

3.1.1 Data Umum

Pada bab ini penulis menyajikan kasus “Aplikasi *Virgin Coconut Oil* (VCO) dengan Teknik *Massage Effleurage* pada Pasien Gangguan Mobilisasi dengan Risiko Kerusakan Integritas Kulit” yang telah dilakukan pada tanggal 28 Juli 2018 pukul 13.30 WIB. Asuhan keperawatan pada kasus ini meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan yang muncul pada klien, rencana keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi tindakan terhadap klien. Proses keperawatan dilakukan dari tanggal 28 Juli 2018 sampai tanggal 9 Agustus 2018. Implementasi kepada klien dilakukan setiap hari mulai dari tanggal 28 Juli 2018 sampai tanggal 10 Agustus 2018 (14 hari).

Pada laporan kasus ini penulis mendapat data klien dengan stroke bernama Tn. I berusia 87 tahun beralamat di Dusun Jrenggeng I RT 004/ RW 003 Tanggulrejo, Tempuran, Kabupaten Magelang. Keluarga Tn. I mengatakan pada bulan Januari 2018 Tn. I pernah dirawat di n ICU RSUD Tidar dengan stroke selama 9 hari. Selama perawatan klien tidak dapat beraktivitas sama sekali. Lalu pada bulan Juli klien dibawa ke Dokter praktik mandiri di Bantul, diberi terapi hingga Tn. I dapat menggerakkan kaki dan tangannya. Namun tangan kanannya tidak dapat digerakkan secara mandiri. Keluarga mengatakan di bagian tonjolan tulang panggul Tn. I terdapat warna kemerahan di kedua sisi, itu terjadi kurang lebih 1 bulan terakhir. Saat ini kondisi Tn. I aktivitasnya dibantu secara total dan menggunakan diapers untuk membantu proses eliminasi.

3.1.2 Pengkajian 13 Domain NANDA

Dalam pengkajian 13 Domain Nanda pada domain *health promotion* di kesehatan umum kesehatan klien saat ini adalah klien dirawat di rumah anaknya dengan kondisi stroke. Pada saat pengkajian di rumah klien, keluarga mengatakan adanya kemerahan di tulang panggul kanan dan kiri Tn. I, di mana kulit kemerahan letaknya

tepat di perekat diapers yang digunakan klien. Warna kemerahan tersebut sudah muncul sekitar 2 bulan yang lalu, namun keluarga belum melakukan perawatan.

Pada riwayat penyakit dahulu keluarga mengatakan bulan januari Tn. I pernah dirawat di RSUD Tidar Magelang di ruang ICU selama sembilan hari. Selama dirawat ada keluhan muncul bintik-bintik di bagian bokong. Setelah pulang dari RS bintik tersebut hilang. Setelah itu Tn. I dibawa oleh keluarga ke klinik dokter di Bantul, diberikan suntikan, setelah itu Tn. I dapat mengerakkan anggota tubuhnya namun, tangan kanannya tidak dapat digerakkan secara mandiri. Kemampuan keluarga mengontrol kesehatan adalah apabila ada keluarga yang sakit segera dibawa ke rumah sakit. Pola hidup Tn. I yaitu konsumsi makanannya masih mengandung banyak garam, klien suka mengemil namun klien jarang melakukan olahraga.

Pada domain *nutrition*, keluarga mengatakan tidak pernah melakukan penimbangan pada Tn. I sehingga tidak dapat dikaji indeks massa tubuh (IMT)nya. Tanda-tanda klinis klien adalah rambut bersih beruban, turgor kulit kurang elastis, mukosa bibir lembab dan tidak ada luka, serta conjungtiva tidak anemis. Nafsu makan klien baik, suka makan camilan, frekuensi makan sehari 3kali porsi habis. Jenis makanan klien nasi dan sayur. Aktivitas klien dibantu oleh keluarga seperti makan, mandi, dan apabila berpindah dari kasur ke lantai klien dapat melakukan dengan menyeret tubuhnya. Untuk status gizi klien tidak dapat dikaji karena pemeriksaan antropometri tidak terkaji. Pemeriksaan fisik abdomen klien tidak ada kelainan ditandai dengan tidak ada bekas luka operasi, tidak ada nyeri tekan, tidak teraba benjolan, dan peristaltik usus 4kali per menit.

Pada domain *elimination*, keluarga mengatakan pola pembuangan urine Tn. I menggunakan diapers karena sudah tidak dapat mengontrol saat berkemih dan diganti dua sampai tiga kali per hari. Untuk pola eliminasi Tn. I tidak ada masalah, klien BAB sehari sekali atau dua hari sekali. Pada sistem integumen Tn. I terdapat keluhan warna kemerahan di sekitar perekat diapers. Selain faktor tersebut, bagian yang kemerahan tepat di tonjolan tulang panggul dan apabila Tn. I berpindah tempat Tn. I bertumpu pada bagian kiri tubuh untuk menyeret tubuhnya.

Pada domain *activity/rest*, keluarga mengatakan jam tidur Tn. I tidak menentu karena klien suka terbangun pada malam hari. Jika klien sulit tidur anaknya akan menemani. Tn. I sebelum sakit bekerja sebagai petani, kegiatan *activity daily living (ADL)* klien dibantu total, kekuatan otot ekstremitas kanan atas satu, ekstremitas kiri atas 3, ekstremitas bawah kanan dan kiri 4. Aktivitas *range of motion (ROM)* aktif dengan bantuan kecuali tangan kanan klien yang pasif. Tidak risiko cedera dan jatuh karena tempat tidur klien dalam posisi rendah. Pada pengkajian *cardio respons* klien tidak memiliki riwayat penyakit jantung, tidak ada edema di kedua ekstremitas, tekanan darah berbaring 148/100mmHg, pemeriksaan fisik dalam batas normal dengan ditandai dada simetris, tidak tampak *ictus cordis*, tidak ada krepitasi, suara jantung I dan II reguler. Pada pengkajian *pulmonary respons* klien tidak memiliki penyakit pada sistem nafas, kemampuan bernafas spontan, tidak ada gangguan pernafasan dan pemeriksaan fisik dalam batas normal ditandai dengan pengembangan dada sama, tidak ada krepitasi, dan suara pernapasan sonor.

Pada domain *perception/cognition*, keluarga mengatakan tingkat pendidikan terakhir SD, tidak terkaji untuk orientasinya, tidak ada riwayat penyakit jantung, sistem penginderaan tidak ada gangguan, dan ada kesulitan saat diajak berkomunikasi tetapi saat dipanggil klien dapat merespon. Pada domain *self perception* ada kecacatan di tangan kanan klien ditandai dengan tangan menekuk ke dalam, sulit untuk diluruskan. Pada domain *role relationship*, Tn. I adalah seorang ayah saat ini tinggal dengan anak terakhir dan menantunya. Adanya perubahan konflik pada klien karena semua aktivitas dibantu oleh anaknya. Pada domain *safety/protection* ada risiko komplikasi immobilisasi pada tangan kanannya dan kondisi hipertensi. Pada domain *comfort*, keluarga mengatakan Tn. I suka menggaruk di bagian kulit yang kemerahan.

3.1.3 Pengkajian Skala *Braden*

Pada pengkajian Skala *Braden* didapat jumlah skor 14 yaitu risiko sedang berdasarkan kriteria untuk parameter pertama yaitu persepsi sensori skor 3 ditandai dengan gangguan sensori pada satu atau dua ekstremitas atau berespon pada perintah verbal tapi tidak selalu mampu mengatakan ketidaknyamanan, parameter kedua yaitu kelembapan skor 1 ditandai dengan selalu terpapar oleh keringat atau

urine basah, parameter ketiga yaitu aktivitas skor 2 ditandai dengan klien tidak dapat berjalan atau dengan bantuan untuk berpindah menyeret tubuhnya), parameter keempat yaitu mobilitas skor 2 tidak dapat merubah posisi secara tepat dan teratur, parameter kelima yaitu nutrisi skor 4 ditandai dengan dapat menghabiskan porsi makannya dan tidak memerlukan suplementasi nutrisi, parameter gesekan skor 2 ditandai dengan membutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya dan gesekan saat menyeret tubuhnya.

3.2 Analisa Data

Analisa pada tanggal 27 Juli 2018 pukul 13.30 didapatkan masalah keperawatan utama yaitu risiko kerusakan integritas kulit dengan faktor risiko faktor mekanik dan kelembapan yang ditandai dengan keluarga mengatakan terdapat warna kemerahan pada kulit Tn. I di tonjolan tulang panggul tepat di bagian perekat diapers yang digunakan, warna kemerahan sudah muncul sekitar \pm 2 bulan yang lalu namun belum pernah dilakukan perawatan, keluarga mengatakan saat ini Tn. I menggunakan diapers untuk membantu BAK dan BABnya. Data objektif didapatkan hasil pada tonjolan tulang panggul terdapat warna kemerahan menuju ungu pada kulit Tn. I di kedua sisi, warna kemerahan mulai dari tulang panggul hingga bokong. Tn. I menggunakan diapers untuk BAK dan BAB. Kondisi kulit Tn. I lembab karena urine, sekitar area yang kemerahan tampak kering.

3.3 Perencanaan Keperawatan

Rencana keperawatan yang dibuat pada tanggal 27 Juli 2018 bertujuan untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul yaitu:

3.3.1 Risiko Kerusakan Integritas Kulit

Risiko kerusakan integritas kulit dapat teratasi dengan kriteria hasil integritas sedikit terganggu, eritema ringan, lesi pada kulit tidak ada. Tindakan yang dilakukan adalah monitor sumber tekanan dan gesekan, monitor area kulit dari adanya kemerahan dan pecah-pecah, monitor ketat area yang mengalami kemerahan, gunakan alat pengkajian risiko yang ada untuk memonitor faktor risiko pasien (Skala *Braden*), ubah posisi pasien setiap 1-2jam sekali, jaga linen pasien agar tetap bersih, kering, dan bebas kerutan, aplikasikan minyak *Virgin Coconut Oil* (VCO) dengan teknik *massage effleurage* pada daerah yang kemerahan,

edukasikan keluarga untuk mengaplikasikan minyak VCO sehari sekali, kolaborasi dengan tenaga kesehatan bila muncul alergi akibat penggunaan VCO.

3.4 Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan pada masalah risiko kerusakan integritas kulit pada tanggal 27 Juli 2018 pukul 13.30 WIB adalah memonitor sumber tekanan dan gesekan yang dikarenakan penggunaan diapers pada Tn. I, memonitor ketat area yang mengalami kemerahan, memonitor kulit dari adanya kemerahan dan pecah-pecah, menggunakan alat pengkajian risiko skala *Braden* didapatkan skor 14 dengan interpretasi risiko sedang, menjaga linen pasien tetap bersih, kering, dan bebas kerutan dengan respon keluarga mengatakan mengganti sprei seminggu sekali hingga dua kali, mengaplikasikan minyak VCO kepada klien di daerah yang kemerahan dengan teknik *massage effleurage*, mengubah posisi klien setiap 1-2 jam sekali, mengedukasi keluarga untuk mengaplikasikan minyak VCO sehari sekali, mengedukasi keluarga untuk melaporkan bila ada reaksi alergi setelah pemberian VCO. Respon keluarga setelah dilakukan tindakan adalah akan mengaplikasikan minyak VCO dengan teknik *massage effleurage* sesuai yang telah diajarkan.

Tindakan keperawatan pada risiko kerusakan integritas kulit dilakukan setiap hari mulai dari tanggal 27 Juli 2018 sampai dengan 9 Agustus 2018 dengan dimonitor kondisi luka setiap akan memberikan minyak VCO. Pada saat pertama dilakukan tindakan yaitu tanggal 27 Juli 2018 belum muncul tanda-tanda adanya perbaikan risiko integritas kulit.

Pada tanggal 28 Juli 2018 pukul 14.00 WIB dengan dilakukan tindakan keperawatan yaitu memonitor area yang mengalami kemerahan, memonitor sumber tekanan dan gesekan, memberikan minyak VCO dengan *massage effleurage* di daerah yang mengalami kemerahan, mengubah posisi klien setiap 1-2 jam, didapatkan respon keluarga klien mengatakan warna kulit yang kemerahan tampak berkurang tidak semerah saat hari pertama pengkajian, kulit teraba halus dan lembut.

Pada tanggal 31 Juli setelah dilakukan tindakan keperawatan yaitu memonitor area yang mengalami kemerahan, memonitor sumber tekanan dan gesekan, memberikan minyak VCO dengan *massage effleurage* di daerah yang mengalami kemerahan,

mengubah posisi klien setiap 1-2 jam, didapatkan respon keluarga klien bahwa warna kemerahan di kedua sisi mulai berkurang, tekstur lembut dan halus namun luas area kemerahannya belum ada tanda-tanda pengurangan.

Pada tanggal 3 Agustus 2018 dilakukan tindakan keperawatan yaitu memonitor sumber tekanan dan gesekan, memonitor ketat area yang mengalami kemerahan, memonitor kulit dari adanya kemerahan dan pecah-pecah, mengkaji ulang (evaluasi hari ke-7) dengan menggunakan alat pengkajian risiko skala *Braden* didapatkan skor 14 dengan interpretasi risiko sedang, mengaplikasikan minyak VCO kepada klien di daerah yang kemerahan dengan teknik *massage effleurage*, mengubah posisi klien setiap 1-2 jam dengan respon keluarga klien yaitu terdapat luka lecet pada sisi kiri tonjolan tulang panggul Tn. I, keluarga mengatakan kulit Tn. I halus namun tampak tipis bila dipegang, keluarga mengatakan luka lecet tersebut dikarenakan Tn. I menggaruk kulitnya, saat dipegang kulit tampak halus, lembut, bersih tidak bercampur urine.

Pada tanggal 6 Agustus 2018 dilakukan tindakan keperawatan yaitu memonitor sumber tekanan dan gesekan, memonitor ketat area yang mengalami kemerahan, mengaplikasikan minyak VCO kepada klien di daerah yang kemerahan dengan *massage affleurage*, mengubah posisi klien setiap 1-2jam, didapatkan respon keluarga mengatakan masih menggunakan diapers perekat tetapi mengurangi tekanan (rekatan) dengan dilonggarkan, keluarga mengatakan luka lecet sudah mengering, tampak masih ada kulit yang belum mengelupas, keluarga mengatakan akan mengaplikasikan minyak VCO setiap hari, kulit teraba halus dan lembut.

Pada tanggal 9 Agustus 2018 dilakukan tindakan keperawatan yang sama yaitu memonitor kulit dari adanya kemerahan, memonitor sumber tekanan dan gesekan, mengkaji ulang (evaluasi hari ke-14) dengan menggunakan alat pengkajian risiko skala *Braden* didapatkan skor 14 dengan interpretasi risiko sedang, mengaplikasikan minyak VCO dengan *massage effleurage* pada kulit yang kemerahan dan sekitar, mengubah posisi klien setiap 1-2jam, didapatkan respon keluarga mengatakan kulit yang masih lecet sebelah kiri sudah mengering namun belum mengelupas, garis kemerahan pada tonjolan tulang panggul kiri sedikit memudar, kulit kemerahan

pada tonjolan tulang kiri sedikit berkurang, tekstur kulit teraba halus, lembut, namun warna kemerahan di semua area belum mengalami pengurangan luasnya.

3.5 Evaluasi Keperawatan

Tindakan keperawatan yang dilakukan setiap hari pada tanggal 27 Juli 2018 sampai dengan 9 Agustus 2018 (14 hari) didapatkan hasil evaluasi keperawatan pada masalah risiko kerusakan integritas kulit di hari ketujuh (tanggal 3 Agustus 2018) yaitu keluarga mengatakan ada lecet di bagian sisi kiri tonjolan tulang panggul klien dikarenakan digaruk oleh Tn. I, keluarga mengatakan kulit Tn. I terasa halus, luas warna kemerahan belum mengalami pengurangan, masih tampak warna kemerahan pada tonjolan tulang klien, dan ada lecet di sisi kiri kulit pada tulang panggul.

Pada tanggal 6 Agustus 2018 didapatkan hasil evaluasi keperawatan yaitu keluarga mengatakan setelah menggunakan minyak VCO luka lecet mengering, keluarga mengatakan sudah mengupayakan pengaturan perubahan posisi tetapi Tn. I lebih nyaman dengan posisi meringkuk saat sedang istirahat tidur, luka lecet tampak sudah mengering dan ada kulit yang mengelupas, luas warna kemerahan belum ada perubahan, kulit teraba lebih halus dan lembut. Hasil evaluasi dengan pengkajian Skala *Braden* didapatkan skor 16 dengan interpretasi risiko ringan terjadinya luka tekan berdasarkan kriteria untuk parameter pertama yaitu persepsi sensori skor 3 ditandai dengan gangguan sensori pada satu atau dua ekstremitas atau berespon pada perintah verbal tapi tidak selalu mampu mengatakan ketidaknyamanannya, parameter kedua yaitu kelembapan skor 3 ditandai dengan kadang lembab, parameter ketiga yaitu aktivitas skor 2 ditandai dengan klien tidak dapat berjalan atau dengan bantuan untuk berpindah menyeret tubuhnya), parameter keempat yaitu mobilitas skor 2 tidak dapat merubah posisi secara tepat dan teratur, parameter kelima yaitu nutrisi skor 4 ditandai dengan dapat menghabiskan porsi makannya dan tidak memerlukan suplementasi nutrisi, parameter gesekan skor 2 ditandai dengan membutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya dan gesekan saat menyeret tubuhnya.

Pada tanggal 9 Agustus 2018 didapatkan hasil evaluasi hari keempatbelas yaitu keluarga mengatakan sisa luka yang masih lecet sudah kering semua, adanya kulit kering yang mengelupas, warna kemerahan berkurang pada sisi kiri tonjolan tulang

panggul ditandai dengan garis kemerahan memudar, kulit terasa halus dan lembut. Pada sisi kanan hingga bokong tekstur kulit halus dan lembut, masih terdapat warna kemerahan, garis kemerahan masih terlihat jelas. Hasil evaluasi kedua dengan Skala *Braden* didapatkan skor 18 dengan interpretasi risiko ringan terjadinya luka tekan berdasarkan kriteria untuk parameter pertama yaitu persepsi sensori skor 3 ditandai dengan gangguan sensori pada satu atau dua ekstremitas atau berespon pada perintah verbal tapi tidak selalu mampu mengatakan ketidaknyamanan, parameter kedua yaitu kelembapan skor 3 ditandai dengan selalu terpapar oleh keringat atau urine basah, parameter ketiga yaitu aktivitas skor 2 ditandai dengan klien tidak dapat berjalan atau dengan bantuan untuk berpindah menyeret tubuhnya), parameter keempat yaitu mobilitas skor 3 tidak dapat merubah posisi secara tepat dan teratur, parameter kelima yaitu nutrisi skor 4 ditandai dengan dapat menghabiskan porsi makannya dan tidak memerlukan suplementasi nutrisi, parameter gesekan skor 3 ditandai dengan membutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya dan gesekan saat menyeret tubuhnya. Adanya kenaikan angka pada evaluasi akhir menjadi klien berisiko ringan terjadinya luka tekan.

Masalah pada risiko kerusakan integritas kulit belum teratasi dikarenakan masih ada kriteria yang belum terpenuhi diantaranya adanya eritema dan integritas kulit belum baik sehingga perawatan pada luka tekan harus dipertahankan agar tidak ada lecet kembali.

BAB 5 PENUTUP

4.1 Simpulan

Dari pengkajian yang telah penulis lakukan dari tanggal 27 Juli 2018 dapat ditarik suatu kesimpulan:

4.1.1 Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian pada pasien post stroke dengan Skala *Braden* untuk menentukan risiko dengan mengisi format berdasarkan hasil wawancara kepada keluarga hasilnya skor 14 dengan interpretasi risiko sedang terjadinya luka tekan.

4.1.2 Analisa Data dan Diagnosa keperawatan

Penulis dalam melakukan analisa data dan menentukan diagnosa keperawatan prioritas yaitu risiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor risiko faktor mekanik dan kelembapan.

4.1.3 Rencana Keperawatan

Penulis dalam menentukan rencana keperawatan melakukan pencegahan luka tekan dan perawatan kulit dengan mengaplikasikan minyak VCO dengan *massage effleurage*.

4.1.4 Implementasi Keperawatan

Penulis dalam melakukan implementasi dengan mengaplikasikan minyak VCO dengan *massage effleurage*. Implementasi dilakukan selama 14 hari perawatan dengan enam kali kunjungan sesuai kesepakatan yang telah dibuat antara penulis dan keluarga.

4.1.5 Evaluasi Keperawatan

Penulis dalam melakukan evaluasi dan pendokumentasian tidak mengalami hambatan karena keluarga klien kooperatif. Hasil evaluasi pada klien post stroke dengan Skala *Braden* terjadi kenaikan angka dari risiko sedang (skor 14) menjadi risiko ringan (skor 18) untuk terjadinya luka tekan.

4.2 Saran

Saran yang dapat penulis berikan berdasarkan hasil karya tulis ilmiah ini adalah sebagai berikut:

4.2.1 Pelayanan kesehatan

Hasil karya tulis ilmiah ini diharapkan menjadi bahan pengembangan ilmu kepada pelayanan kesehatan untuk lebih meningkatkan perawatan terhadap pasien dengan gangguan immobilisasi agar dapat mencegah terjadinya risiko kerusakan integritas kulit.

4.2.2 Institusi Pendidikan

Diharapkan hasil dari karya tulis ilmiah ini dapat menambah referensi, peningkatan wawasan dan pengembangan mahasiswa melalui studi kasus dari masyarakat pada klien dengan gangguan immobilisasi dengan perawatan untuk mencegah kerusakan integritas kulit.

4.2.3 Masyarakat

Menambah wawasan masyarakat terutama dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan mobilisasi agar dapat mencegah komplikasi sehingga mendukung kesembuhan dan kesejahteraan anggota keluarga.

4.2.4 Penulis

Karya tulis ini diharapkan dapat menambah wawasan bagi penulis untuk disebarluaskan agar ilmu yang diperoleh dapat bermanfaat bagi masyarakat sekitar sehingga dapat melakukan pencegahan.

DAFTAR PUSTAKA

- Andjani, T. A. D. (2016). PERBEDAAN PENGARUH MASASE PUNGGUNG DAN SLOW STROKE BACK MASSAGE (SSBM TERHADAP TEKANAN DARAH PADA LANSIA DENGAN HIPERTENSI DI UPT PSLU JEMBER, 110–113.
- Dewardono, I. D. (2014). PEMANFAATAN VCO (VIRGIN COCONUT OIL) DENGAN TEKNIK MASSAGE DALAM PENYEMBUHAN LUKA. *Pemanfaatan VCO (Virgin Coconut Oil) Dengan Teknik Massage Dalam Penyembuhan Luka Dekubitus Derajat II Pada Lansia.*
- Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang. (2016). Profil Kesehatan Kabupaten Magelang Tahun 2015.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. (2017). Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2016, *3511351(24)*, 47–83.
- Fatonah, S., Hrp, A. K., & Dewi, R. (2016). Efektifitas Penggunaan Virgin Coconut Oil (Vco) Secara Topikal Untuk Mengatasi Luka Tekan (Dekubitus) Grade I Dan Ii. *Jurnal Kesehatan*, *4(1)*, 264–270. Retrieved from <http://poltekkes-tjk.ac.id/ejurnal/index.php/JK/article/view/10>
- Gloria Bulechek, Howard Butcher, Joanne Dochterman, C. W. (2013). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. (F. T. Heather Herdman, PhD, RN, FNI, Shigemi Kamitsuru, PhD, RN, Ed.) (Edisi 6). Indonesia: CV. Mocomedia.
- Handayani, R. S., Irawaty, D., Panjaitan, R. U., Keperawatan, J., Kemenkes, P., Karang, T., & Selatan, S. (2011). Pencegahan luka tekan melalui pijat menggunakan Virgin Coconut Oil. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, *14*, 141–148.
- Kemenkes RI. (2013). RISET KESEHATAN DASAR 2013.
- Morton, Patricia Gonce , Fontaine, D. (2012). Keperawatan Kritis Pendekatan Asuhan Holistik.
- Nelta, S., Studi, P., Rias, T., Kecantikan, D. A. N., Tata, J., Dan, R., ... Padang, U. N. (2018). PENGARUH PENGGUNAAN VIRGIN COCONUT OIL (VCO).
- NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel). (2016). NPUAP Pressure Injury Stages. *Pressure Injury Stages*. Retrieved from <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-injury-stages/>
- Pearce, E. C. (2009). Anatomi dan Fisiologi untuk Paramedis. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Potter, P.A, Perry, A. G. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep,*

Proses, dan Praktik (Edisi 4.Vo). Jakarta: EGC.

- scribd. (2009). SOP ALIH BARING. Retrieved from <https://www.scribd.com/doc/293756549/SOP-ALIH-BARING-doc>
- Setiyowati, E. (2012). PEMBERIAN VCO (VIRGIN COCONUT OIL) PADA Tn . M DENGAN DIAGNOSIS MEDIS CVA INFARK DENGAN MASALAH KEPERAWATAN RISIKO KERUSAKAN INTEGRITAS KULIT DI RUANG ICU CENTRAL RUMKITAL dr . RAMELAN SURABAYA, 13–16.
- Sue Moorhead, Marion Johnson, Meridean L. Maas, E. S. (2013). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. (F. T. Heather Herdman, PhD, RN, FNI, Shigemi Kamitsuru, PhD, RN, Ed.) (Edisi 5). Indonesia: CV. Mocomedia.
- T. Heather Herdman, PhD, RN, FNI, Shigemi Kamitsuru, PhD, RN, F. (Ed.). (2015). *Nanda International Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017* (Edisi 10). Jakarta: EGC.
- Trisnowiyanto, B. (2012). *Instrumen Pemeriksaan Fisioterapi dan Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Wijaya, Andra Saferi., P. Y. M. (2013). *KMB 2 Keperawatan Medikal Bedah (Keperawatan Dewasa)*. Nuha Medika: Yogyakarta.
- Zahara, Y., Dewi, R., & Saptarini, E. (2008). Efektivitas Penggunaan White Petroleum Jelly Untuk Perawatan Luka Tekan Stage 1 Di Ruang Rawat Inap Siloam Hospital Lippo Village. *Indonesian Journal of Nursing Health Science*, 800.