

**PENERAPAN MASSAGE EFFLUGARE DENGAN VCO (VIRGIN
COCONUT OIL) TERHADAP PENCEGAHAN DEKUBITUS
PADA PASIEN TIRAH BARING DI RUANG ICU
RSUD dr. SOEHADI PRIJONEGORO SRAGEN**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun untuk Memperoleh Gelar Ners

Pada Program Studi Ners

Universitas 'Aisyiyah Surakarta



Oleh :

LUSLMEIKASARI

202314009

**ROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS 'AISYIYAH SURAKARTA**

2024

**PENERAPAN MASSAGE EFFLUGARE DENGAN VCO (VIRGIN
COCONUT OIL) TERHADAP PENCEGAHAN DEKUBITUS
PADA PASIEN TIRAH BARING DI RUANG ICU
RSUD dr. SOEHADI PRIJONEGORO SRAGEN**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun untuk Memperoleh Gelar Ners

Pada Program Studi Ners

Universitas ‘Aisyiyah Surakarta



Oleh :

LUSLMEIKASARI

202314009

**ROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS ‘AISYIYAH SURAKARTA
2024**

PERYATAAN KEASLIAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul :

PENERAPAN MASSAGE EFFLUGARE DENGAN VCO (VIRGIN COCONUT OIL) TERHADAP PENCEGAHAN DEKUBITUS PADA PASIEN TIRAH BARING DI RUANG ICU RSUD dr. SOEHADI PRIJONEGORO SRAGEN

Yang dibuat untuk melengkapi sebagian persyaratan memperoleh gelar Ners pasca Program Studi Profesi Ners Universitas 'Aisyiyah Surakarta. Sejauh saya ketahui bukan merupakan tiruan atau duplikasi dari karya ilmiah yang sudah dipublikasikan atau pernah dipakai untuk mendapatkan gelar Ners di lingkungan Universitas 'Aisyiyah Surakarta maupun di Perguruan Tinggi atau Instansi manapun, apabila ternyata dikemudian hari penulis karya ilmiah ini merupakan hasil plagiat atau penjiplakan terhadap karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggung jawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi berdasarkan aturan tata tertib di Universitas 'Aisyiyah Surakarta.

Surakarta, 20 Mei 2024



LUSI MEIKASARI

NIM ; 202314009

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Sebagai civitas akademik di Universitas 'Aisyiyah Surakarta saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Lusi Meikasari

NIM : 202314009

Jenis Karya : Karya Ilmiah

Judul : Penerapan *Massage Efflugare* Dengan VCO (*Virgin Coconut Oil*) Terhadap Pencegahan Dekubitus Pada Pasien Tirah Baring Di Ruang ICU RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen

Dengan ini menyetujui dan memberikan Hak Bebas Royalti Non-eksklusif (*Non-exclusive Royalti-Free Right*) kepada Universitas 'Aisyiyah Surakarta atas karya ilmiah saya beserta perangkat yang ada didalamnya demi pengembangan ilmu pengetahuan. Universitas 'Aisyiyah Surakarta berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkatan data (*data base*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama masih mencantumkan nama saya sebagai penulis / pencipta dan sebagai hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Surakarta

Pada tanggal : 20 Mei 2024

Yang menyatakan



(Lusi Meikasari)

202314009

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul :

PENERAPAN MASSAGE EFFLUGARE DENGAN VCO (VIRGIN COCONUT OIL) TERHADAP PENCEGAHAN DEKUBITUS PADA PASIEN TIRAH BARING DI RUANG ICU RSUD dr. SOEHADI PRIJONEGORO SRAGEN

Dinyatakan telah disetujui untuk diujikan pada Karya Ilmiah Akhir Ners
Program Studi Profesi Ners Universitas Aisyiyah Surakarta.

Surakarta, 20 Mei 2024

Pembimbing



Ika Silvitasari, S.Kep., Ns., M.Kep
NIDN. 0602048604

Mengetahui

Kaprodi Sarjana Keperawatan



Norman Wijaya Gati, Ns., M.Kep. Sp. Kep.J
NIDN. 0615018601

PENGESAHAN PENGUJI

Karya Ilmiah Akhir dengan judul:

PENERAPAN MASSAGE EFFLUGARE DENGAN VCO (VIRGIN COCONUT OIL) TERHADAP PENCEGAHAN DEKUBITUS PADA PASIEN TIRAH BARING DI RUANG ICU RSUD dr. SOEHADI PRIJONEGORO SRAGEN

Dibuat untuk melengkapi sebagian persyaratan menjadi gelar Ners pada Program Studi Profesi Ners Universitas 'Aisyiyah Surakarta. Karya Ilmiah ini telah diajukan pada sidang ujian Karya Ilmiah pada tanggal 20 Maret 2024 dan dinyatakan memenuhi syarat/sah sebagai Karya Ilmiah pada Program Studi Profesi Ners Universitas 'Aisyiyah Surakarta.

Surakarta, 20 Mei 2024

Mengesahkan,

Penguji

1. Waluyo, S.Kep., Ns., M.Kep
NIDN. 8959910021

()

2. Ika Silvitasari, S.Kep., Ns., M.Kep
NIDN. 0602048604

()

Mengetahui

Kaprodi Sarjana Keperawatan



Norman Wijaya Gati, S.Kep., Ns., M.Kep.Sp.Kep.J.
NIDN. 0615018601

KATA PENGANTAR

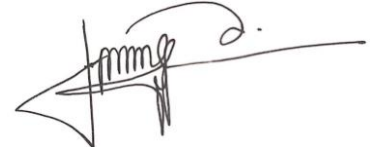
Segala puji syukur kehadirat Allah SWT. Atas Rahmat, dan Ridhonya Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah yang berjudul “Penerapan *Massage Efflugare* Dengan VCO (*Virgin Coconut Oil*) Terhadap Pencegahan Dekubitus Pada Pasien Tirah Baring Di Ruang Icu Rsud Dr. Soehadi Prijonegoro Sragen”. Penulis menyadari penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini tidak dapat terselesaikan dengan baik dan lancar tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Maka dari itu penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Riyani Wulandari, M.Kep. selaku Rektor Universitas „Aisyiyah Surakarta.
2. Sri Kustiyati, SST., M.Keb. selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas „Aisyiyah Surakarta.
3. Norman Wijaya Gati, S.Kep., Ns., M.Kep.Sp.Kep.J selaku Ketua Program Studi Profesi Ners Universitas „Aisyiyah Surakarta.
4. Eska Dwi Prajayanti, S.Kep., Ns., M.Kep selaku koordinator Program Studi Profesi Ners Universitas „Aisyiyah Surakarta.
5. Ika Silvitasari, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Pembimbing Klinik sekaligus Penguji stase Karya Ilmiah Akhir Ners yang selalu memberikan dukungan dan arahan serta selalu membimbing dengan baik dan sabar, sehingga penulisan Karya Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik.
6. Waluyo, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Penguji Lahan yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan pada penulisan karya ilmiah ini sehingga dapat terselesaikan dengan baik.
7. Kepada kedua orang tua saya yang selalu mendukung dan membantu baik material dan spiritual demi kelancaran dan kesuksesan dalam menyelesaikan tugas akhir ini.
8. Rekan-rekan yang telah memberikan motivasi, dukungan, semangat, doa dan nasihat dalam kondisi apapun.
9. Kepada diri saya sendiri yang telah berusaha dan berjuang untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini
10. Teman-teman seperjuangan Profesi Ners Universitas angkatan XIV „Aisyiyah Surakarta yang telah membantu dan memberikan support serta motivasi sampai saat ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners ini masih ada kelemahan dalam penyusunan dan jauh dari kesempurnaan karena kesempurnaan hanyalah milik Allah SWT,

oleh karena itu kritik dan saran yang menuju kesempurnaan Karya Ilmiah Akhir Ners ini bermanfaat bagi penulis pada khususnya dan pembaca pada umumnya.

Surakarta, 20 Mei 2024

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Lusi Meikasari', written over a horizontal line.

Lusi Meikasari
202314009

**PENERAPAN MASSAGE EFFLUGARE DENGAN VCO (VIRGI COCONUT OIL)
TERHADAP PENCEGAHAN DEKUBITUS PADA PASIEN TIRAH BARING
DI RUANG ICU RSUD dr. SOEHADI PRIJONEGORO SRAGEN**

Lusi Meikasari¹, Ika Silvitasari², Waluyo³

lusimeikasari56@gmail.com

^{1,2}Universitas „Aisyiyah Surakarta, ³RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen

ABSTRAK

Latar Belakang : Prevalensi dekubitus di Indonesia mencapai 33,3%, dimana angka ini cukup tinggi dibandingkan dengan prevalensi ulkus dekubitus di Asia Tenggara yang berkisar 2,1-31,3%. Luka tekan atau luka dekubitus merupakan trauma pada jaringan lunak akibat tekanan atau gesekan yang berlangsung terus-menerus pada area tonjolan-tonjolan tulang.

Tujuan : Mendiskripsikan hasil skala braden sebelum dan sesudah dilakukan pemberian massage efflurage dengan virgin coconut oil (VCO) terhadap pencegahan dekubitus pada pasien tirah baring. **Metode :** Penerapan dilakukan dengan metode studi kasus kepada 2 responden, sesuai kriteria inklusi dan eklusi, instrumen penelitian menggunakan SOP massage efflurage .Selama 3 hari berturut-turut dengan durasi 4-5 menit setiap harinya. **Hasil :** Berdasarkan hasil penerapan yang sudah dilakukan, terdapat penurunan resiko terjadinya dekubitus sebelum dan sesudah dilakukan massage *Efflurage* dengan VCO. **Kesimpulan :** ada pengaruh *massage Efflurage* dengan menggunakan VCO untuk mencegah terjadinya dekubitus pada pasien tirah baring

Kata Kunci : *Massage Efflurage VCO, Pencegahan Dekubitus, Tirah Baring*

**APPLICATION OF EFFLUGARE MASSAGE WITH VCO (VIRGI COCONUT OIL) TO
PREVENT DECUBITUS IN BED REST PATIENTS IN THE ICU
Dr. Hospital SOEHADI PRIJONEGORO SRAGEN**

Lusi Meikasari¹, Ika Silvitasari², Waluyo³

Lusimeikasari56@Gmail.Com

^{1,2} "Aisyiyah University Of Surakarta, ³dr. Hospital Soehadi Prijonegoro Sragen

ABSTRACK

Background: Prevalensi dekubitus di Indonesia mencapai 33,3%, dimana angka ini cukup tinggi dibandingkan dengan prevalensi ulkus dekubitus di Asia Tenggara yang berkisar 2,1-31,3%. Pressure ulcers or decubitus wounds are trauma to soft tissue due to continuous pressure or friction in the area of bony prominences. **Objective:** To describe the results of the Braden scale before and after administering efflurage massage with virgin coconut oil (VCO) to prevent pressure ulcers in bed rest patients. **Method:** The application was carried out using the case study method on 2 respondents, according to the inclusion and exclusion criteria, the research instrument used the SOP massage efflurage. For 3 consecutive days with a duration of 4-5 minutes each day. **Results:** Based on the results of the implementation that has been carried out, there is a reduction in the risk of pressure ulcers before and after efflurage massage with VCO. **Conclusion:** There is an effect of Effllugare Massage using VCO to prevent pressure ulcers in bed rest patiens.

Keywords: Massage Effllugare VCO, Prevention of Decubitus, Bed Rest

DAFTAR ISI

SAMPUL DEPAN	i
SAMPUL DALAM.....	ii
PERYATAAN KEASLIAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS.....	iii
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	iv
PERSETUJUAN PEMBIMBING	v
PENGESAHAN PENGUJI.....	vi
KATA PENGANTAR	vii
ABSTRAK.....	ix
ABSTRACT	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR SINGKATAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. LATAR BELAKANG	1
B. RUMUSAN MASALAH	4
C. TUJUAN STUDI KASUS.....	4
D. MANFAAT STUDI KASUS	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Landasan Teori.....	6
1. Anatomi Fisiologi System Integumen kulit	6
2. Decubitus.....	7
3. Tirah Baring	16
4. Massage Efflurage.....	17
5. <i>Virgin Coconut Oil (VCO)</i>	19
B. Asuhan Keperawatan pada Sistem Integumen Kulit	22
1. Pengkajian	22
2. Diagnosa & Rencana Keperawatan.....	23
3. Implementasi	24
4. Evaluasi	25
BAB III METODE PENELITIAN DAN GAMBARAN KASUS	26

A. Rancangan Penelitian.....	26
B. Subjek Penelitian	26
C. Gambaran Kasus	26
D. Definisi Oprasional	28
E. Tempat dan Waktu Penelitian.....	29
F. Pengumpulan Data.....	29
G. Cara Pengolahan Data	29
H. Etika Penelitian	30
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	31
A. HASIL.....	31
1. Gambaran Lokasi Penelitian	31
2. Hasil Penerapan.....	31
B. PEMBAHASAN	34
C. KETERBATASAN PENELITI	38
BAB V KESIMPILAN DAN SARAN	39
A. KESIMPULAN.....	39
B. SARAN.....	39
DAFTAR PUSTAKA	41
LAMPIRAN.....	44

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 SOP <i>Massage Efflurage</i> dengan VCO	21
Tabel 2. 2 Diafnosa dan Intervensi Keperawatan.....	23
Tabel 3. 1 Definisi Operasional.....	28
Tabel 4. 1 Hasil Observasi skala <i>braden</i> Sebelum Dilakukan Tindakan <i>Massage Efflurage</i> dengan <i>Virgin Coconut Oil</i> (VCO)	31
Tabel 4. 2 Hasil Pengukuran Skala <i>Braden</i> Setelah Dilakukan <i>Massage Efflurage</i> dengan <i>Virgin Coconut Oil</i> (VCO).....	32
Tabel 4. 3 Hasil Perkembangan Skala <i>Braden</i> Sebelum dan Setelah <i>Massage Efflurage</i> dengan <i>Virgin Coconut Oil</i> (VCO)	33

DAFTAR SINGKATAN

1. VCO : *Virgin Coconut Oil*
2. ICU : *Intensive Care Unit*
3. WHO : World Health Organization
4. RSUD : Rumah Sakit Umum Daerah
5. SDKI : Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia
6. SLKI : Standart Luaran Keperawatan Indonesia
7. SIKI : Standart Intervensi Keperawatan Indonesia
8. SOP : Standart Operasional

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. <i>Informend Consent</i>	44
Lampiran 2. <i>Informend Consent</i>	45
Lampiran 3. Lembar Konsultasi KIAN	46
Lampiran 4. Lembar Pasca Ujian KIAN.....	48
Lampiran 5. Instrumen Penelitian.....	49
Lampiran 6. Skala <i>Braden Tn.S</i>	49
Lampiran 7. Skala <i>Braden Tn.L</i>	57

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Kulit merupakan organ terbesar dalam tubuh yang memiliki banyak fungsi kompleks dan merupakan penghalang utama yang melindungi tubuh dari infeksi dan menjaga integritas kulit dalam situasi perawatan kritis (Darmareja et al., 2020). Gangguan integritas kulit merupakan salah satu faktor eksternal pada kulit salah satunya yaitu tirah baring atau juga imobilitas merupakan suatu keadaan dimana seseorang tidak dapat bergerak secara aktif atau bebas dikarenakan kondisi yang mengganggu aktivitas. Beberapa kondisi dapat menyebabkan terjadinya tirah baring diantaranya gangguan sendi dan tulang, penyakit yang berhubungan dengan saraf, jantung, dan pernapasan serta penyakit kritis yang memerlukan tirah baring. Dampak negatif dari tirah baring terhadap fisik yaitu akan mengalami kerusakan integritas kulit salah satunya dapat terjadi atau mengalami ulkus dekubitus atau dapat dikenal dengan luka tekan/pressure ulcer (Badrujamaludin et al., 2022)

Luka tekan atau dikenal sebagai istilah decubitus atau ulkus decubitus merupakan trauma pada jaringan lunak akibat tekanan atau gesekan yang berlangsung terus-menerus pada area tonjolan-tonjolan tulang. Kerusakan jaringan lunak di sekitar tulang tersebut terjadi akibat adanya iskemia jaringan karena penurunan perfusi akibat tekanan yang terjadi, dan jika tidak dilakukan perawatan maupun pencegahan maka kejadian ulkus dekubitus pada pasien tirah baring dapat mengalami permasalahan yang lain yang dapat mempengaruhi kesembuhan dan risiko terjadinya infeksi (Badrujamaludin et al., 2022)

Angka prevalensi luka tekan cukup bervariasi , yakni 7% hingga 53,2% dinegara Eropa dan Amerika Serikat. Angka insiden luka tekan antara 5-11% terjadi pada perawatan akut, 15-25% perawatan jangka panjang dan 7-12 % di tatanan perawatan rumah dengan angka insiden cukup tinggi pada pasien-pasien neurologis karena immobilitas dan berkurangnya kemampuan sensorik. Prevalensi insiden dekubitus berdasarkan indikator mutu pelayanan rumah sakit di Intensive Care Unit (ICU) antara 1%- 56%, angka insiden dekubitus di Eropa berkisar antara 8,3%-22,9%, di Amerika Utara sebanyak 50%, di Australia dan Yordania terdapat 29% kasus, sedangkan studi insiden dekubitus di wilayah ASEAN, Jepang, Korea, Cina berkisar antara 2,1%-18%. Angka insiden luka dekubitus di Indonesia mencapai

33,3%, dimana angka ini cukup tinggi dibandingkan dengan prevalensi ulkus dekubitus di Asia Tenggara yang berkisar 2,1-31,3%, sedangkan data penderita dekubitus di Rumah Sakit Jawa Tengah tercatat sebanyak 9.413 (30%) (Putri et al., 2023).

Luka tekan memiliki dampak buruk bagi pasien jika tidak mendapat penanganan yang tepat. Sekitar 60.000 pasien meninggal setiap tahun karena komplikasi yang berhubungan dengan luka tekan. Luka tekan dapat meningkatkan durasi lamanya tinggal di rumah sakit atau LOS (length of stay) sehingga hal ini akan meningkatkan beban biaya rawat inap seiring dengan lamanya waktu tinggal di rumah sakit dan dapat menyebabkan kematian. Kejadian luka tekan atau dekubitus menjadi penting karena berhubungan dengan perawatan dan kualitas pelayanan pasien. Beberapa usaha seperti perawatan luka, obat topikal, kasur terapeutic, dan edukasi dapat dilakukan sebagai tindakan intervensi pencegahan komplikasi luka dekubitus yang lebih luas. Selain itu, angka kejadian ulkus dekubitus menjadi salah satu faktor indikator mutu pelayanan rumah sakit. Semakin lamanya waktu perawatan, menurunnya kepercayaan dan kepuasan pasien dan keluarga dalam perawatan yang dilakukan dapat berdampak pada Rumah Sakit yang bisa menyebabkan menurunnya kualitas pelayanan dan nilai mutu Rumah Sakit (Walther et al., 2022)

Berdasarkan *European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP)* atau *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)* Salah satu tindakan yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya luka tekan yaitu melakukan alih posisi atau mobilisasi dan juga dengan melakukan perawatan kulit melalui *massage effleurage* menggunakan berbagai metode atau bahan seperti *Massage Virgin Coconut Oil (VCO)* atau Minyak Kelapa Murni (Badrujamaludin et al., 2022). Untuk mencegah terjadinya luka tekan yang mengalami imobilitas, tindakan pijat perlahan yang menggunakan minyak kelapa murni (VCO) dapat dilakukan. *Effleurage Massage* dengan menggunakan VCO dapat menjadi suatu bentuk intervensi perawatan yang dapat membantu menjaga hidrasi kulit dan meningkatkan sirkulasi darah pada pasien yang tidak dapat bergerak. Terapi pijat *massage effleurage* dengan *virgin coconut oil* merupakan upaya penyembuhan yang aman, efektif dan tanpa efek samping. Pijat *effleurage* memiliki manfaat dalam meningkatkan peredaran darah, memperlancar otot, dan merangsang relaksasi fisik. Diajukannya *massage effleurage* untuk mencegah ulkus dekubitus *massage effleurage* telah terbukti

meningkatkan sirkulasi ke jaringan dan menjaga kelembaban kulit. Hal ini dapat mencegah anoksia jaringan kulit, yang merupakan penyebab utama ulkus decubitus (Zahra et al., 2023).

Dalam hal terapi massage effleurage dibutuhkan lotion atau *virgin coconut oil* (VCO) sebagai pelumas dan pelembab kulit, sehingga kulit akan terasa lembab dan lembut. Pelembab yang ideal adalah pelembab yang mampu melembutkan kulit dan melindungi dari kerusakan. Umumnya pelembab terdiri dari berbagai minyak nabati, hewan maupun sintesis yang dapat membentuk lemak permukaan kulit buatan untuk melenturkan lapisan kulit yang kering dan kasar, dan mengurangi penguapan air dan sel kulit (Zikran et al., 2023). Massage efflurage adalah suatu gerakan dengan mempergunakan seluruh permukaan telapak tangan melekat pada bagian tubuh yang digosok. Bentuk telapak tangan dan jari-jari selalu menyesuaikan dengan bagian tubuh yang digosok. Tangan menggosok secara supel atau gentel menuju kearah jantung (centrifugal) misalnya gosokan di punggung, kaki dan sebagainya (Santiko et al., 2020).

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

Penelitian yang dilakukan oleh santiko et al (2020) mendapatkan adanya pengaruh *Massage Efflurage* dengan *Virgin Coconut Oil* (VCO) terhadap pencegahan dekubitus pada pasien Bedrest karena nilai $p (0,022) < \alpha (0,05)$. Efektifitas *massage* sudah dibuktikan dari penelitian yang dilakukan oleh Fatimah et al., (2022) dengan hasil penelitian sebelum dilakukan pemberian VCO sebesar $10,923, \pm 1,320$ dan sesudah diberikan VCO sebesar $13,615, \pm 1,260$. Hasil uji t didapatkan hasil $10,247$ dengan nilai p-value $0,001 (p < 0,05)$ sedangkan diketahui bahwa mean pemberian VCO sesudah dilakukan intervensi pada kelompok intervensi sebesar $13,615, \pm 1,260$ dan pada kelompok kontrol sebesar $9,846, \pm 1,463$. Hasil uji t didapatkan hasil $7,036$ dengan nilai p-value $0,001 (p < 0,05)$, hal ini berarti ada perbedaan yang signifikan sesudah dilakukan pemberian VCO antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. Hal ini berarti ada pengaruh yang

signifikan antara sebelum dan sesudah yang diberikan VCO pada kelompok intervensi, dengan demikian maka hipotesis nol ditolak.

Hasil studi pendahuluan wawancara kepada kepala ruang dan perawat ICU RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen pada tanggal 18 januari 2024 ditemukan selama bulan desember didapatkan data jumlah pasien sebanyak 19 pasien. Diantanya 11 pasien mengalami tirah baring yang dilakukan perubahan posisi yang dilakukan 2 kali sehari pagi dan sore, selama 2 jam dilakukan perubahan posisi, 2 diantaranya dilakukan perawatan detubitus. diruangan ICU perawat menggunakan obat salep yang mengandung zat aktif lanolin, demthicone, polisorbate, hidrokoloid natural dan lainnya yang memiliki fungsi sebagai pelembab kulit terutama sebagai proses penyembuhan kulit pada luka seperti luka decubitus. Berdasarkan data diatas, penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan cara penerapan *massage efflurage* dengan VCO (*Virgin Coconut Oil*) terhadap pencegahan decubitus pada pasien tirah baring.

B. RUMUSAN MASALAH

Bagaimana efektifitas pemberian *massage efflurage* dengan *virgin coconut oil* (VCO) terhadap pencegahan dekubitus pada pasien tirah baring di ruangan ICU RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen.

C. TUJUAN STUDI KASUS

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan mendiskripsikan hasil skala braden sebelum dan sesudah dilakukan pemberian *massage efflurage* dengan *virgin coconut oil* (VCO) terhadap pencegahan dekubitus pada pasien tirah baring.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan hasil skala braden sebelum dilakukan pemberian *massage efflurage* dengan *virgin coconut oil* (VCO) terhadap pencegahan dekubitus pada pasien tirah baring
- b. Mendeskripsikan hasil skala braden setelah dilakukan pemberian *massage efflurage* dengan *virgin coconut oil* (VCO) terhadap pencegahan dekubitus pada pasien tirah baring
- c. Mendeskripsikan perkembangan skala braden sebelum dan sesudah dilakukan pemberian *massage efflurage* dengan *virgin coconut oil* (VCO) terhadap pencegahan dekubitus pada pasien tirah baring.

D. MANFAAT STUDI KASUS

Pada penulisan karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat :

1. Manfaat praktis

a. Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dari penelitian-penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan pencegahan decubitus pada pasien tirah baring menggunakan *massage efflurage* dengan *virgin coconut oil* (VCO). Sehingga peneliti dapat mengetahui seberapa efektif pemberian *massage efflurage* dengan *virgin coconut oil* (VCO) terhadap pencegahan decubitus pada pasien tirah baring

b. Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat sebagai salah satu sumber yang dapat memberikan informasi dan sebagai bahan referensi tambahan pada mahasiswa dalam mengetahui efektivitas pemberian *massage efflurage* dengan *virgin coconut oil* (VCO) terhadap pencegahan decubitus pada pasien tirah baring.

c. Bagi Pasien Tirah Baring

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi pasien tirah baring dan menambah informasi pada keluarga untuk menambah pengetahuan sehingga dapat mengatasi masalah decubitus dengan pemberian *massage efflurage* dengan *virgin coconut oil* (VCO)

2. Manfaat Teoretis

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat untuk meningkatkan pengetahuan, menambah wawasan dan memberikan masukan informasi sehingga dapat digunakan sebagai referensi atau bahan selanjutnya terkait dengan asuhan keperawatan pada pasien tirah baring khususnya dalam pemberian *massage efflurage* dengan *virgin coconut oil* (VCO)

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Anatomi Fisiologi System Integumen kulit

a. Pengertian

Kulit adalah organ terluar dari tubuh yang melapisi tubuh manusia, berat kulit diperkirakan 7% dari berat tubuh total, pada permukaan luar kulit terdapat pori-pori (rongga) yang menjadi tempat keluarnya keringat. Kulit adalah organ yang memiliki banyak fungsi, diantaranya adalah sebagai pelindung tubuh dari berbagai hal yang dapat membahayakan, sebagai alat indra peraba, pengatur suhu tubuh dan lain lainnya. Kulit berfungsi sebagai perlindungan atau proteksi, mengeluarkan zat-zat tidak berguna sisa metabolisme dari dalam tubuh, mengatur suhu tubuh, menyimpan kelebihan minyak, sebagai indra peraba, tempat pembuatan vitamin D, mencegah terjadinya kehilangan cairan tubuh yang esensial (Adhisa et al., 2020).

b. Struktur Lapisan Kulit

Menurut Adhisa et al (2020) struktur lapisan kulit dibagi menjadi 3, diantaranya yaitu :

- 1) Epidermis adalah lapisan kulit pertama atau kulit terluar. Lapisan kulit ini bisa dilihat oleh mata secara langsung
- 2) Dermis adalah lapisan kulit kedua, dermis berfungsi sebagai pelindung dalam tubuh manusia. Struktur pada lapisan dermis ini lebih tebal, meskipun hanya terdiri dari dua lapisan
- 3) Lapisan hipodermis adalah lapisan kulit paling terdalam. Lapisan hipodermis sangat berperan sebagai pengikat kulit wajah ke otot dan berbagai jaringan yang ada di bawahnya

c. Jenis Kulit

Adhisa et al (2020) menjelaskan setiap orang memiliki jenis kulit yang berbeda beda, untuk melakukan perawatan sehingga diperlukan penganalisisan jenis kulit yang dimiliki setiap orang. Terdapat berbagai macam jenis kulit diantaranya :

- 1) Kulit Jenis kulit normal, dengan ciri-ciri sebagai berikut : tidak berminyak dan tidak kering, terlihat segar, tidak berjerawat

- 2) Jenis kulit kering, dengan ciri-ciri seperti : kulit terlihat kering dan pori-pori halus, kulit terlihat tipis dan sensitive, berkerut
- 3) Jenis kulit berminyak, dengan ciri-ciri sebagai berikut : pori-pori terlihat besar, muka berminyak dan tumbuh jerawat

2. Decubitus

a. Pengertian

Dekubitus adalah cedera lokal pada kulit atau jaringan yang disebabkan oleh penonjolan tulang sebagai hasil dari tekanan tak henti-hentinya atau tekanan dalam kombinasi dengan gesekan. Dekubitus yang disebabkan oleh tekanan yang tiada henti-hentinya dengan kekuatan besar dalam waktu yang singkat atau dengan kekuatan kurang selama periode panjang yang mengganggu suplai darah ke jaringan kapiler, menghambat aliran darah sehingga jaringan tidak mendapatkan oksigen dan nutrisi (Zikran et al., 2023). Ulkus dekubitus adalah luka pada kulit atau jaringan lunak yang terbentuk karena tekanan berkepanjangan pada area tubuh tertentu. Bagian tubuh yang sering mengalami ulkus dekubitus yaitu bagian dimana terdapat penonjolan tulang, yakni sikut, tumit, punggul, pergelangan kaki, bahu, punggung dan kepala bagian belakang. Dekubitus umum terjadi pada pasien lansia, pasien yang sangat kurus, pasien kegemukan (Obesitas), pasien yang tak dapat bergerak (stroke, hemiparesis, paralisis), pasien lemah (penurunan kesadaran. Pasien dengan ulkus dekubitus harus menerima perawatan segera, karena jika tidak, komplikasi yang terjadi bisa berakibat fatal (Hafizh et al., 2022).

Menurut Amirsyah et al (2020) mendefinisikan ulkus dekubitus sebagai kulit yang utuh atau tidak utuh dengan area lokal berupa perubahan warna yang persisten, tidak pucat, berwarna merah tua, merah marun atau ungu atau terpisahnya epidermis yang memperlihatkan dasar luka yang gelap atau blister berisi darah. Ulkus dekubitus termasuk dalam kategori luka kronis yaitu luka yang berlangsung lama atau sering timbul kembali (rekuren) di mana terjadi gangguan pada proses penyembuhan yang biasanya disebabkan oleh masalah multifaktor dari penderita. Perkembangan ulkus dekubitus dapat menyebabkan hilangnya persepsi sensorik, gangguan kesadaran lokal dan umum, bersama dengan penurunan mobilitas, kondisi

tersebut membuat pasien tidak menyadari ketidaknyamanan sehingga tidak mengurangi tekanan yang terjadi. Ulkus dekubitus dapat terjadi karena disebabkan oleh faktor eksternal (tekanan, gesekan, gaya geser dan kelembapan) dan faktor internal (demam, malnutrisi, anemia, dan disfungsi endotel) (Hafizh et al., 2022).

b. Etiologi

Faktor –faktor menurut Hafizh et al (2020) dan Santoso et al (2019) terjadinya resiko decubitus diantaranya :

1) Mobilitas dan aktifitas

Mobilitas adalah kemampuan untuk mengubah posisi tubuh, sedangkan aktivitas adalah kemampuan untuk berpinda. Pada pasien yang tidak bergerak minimal dua jam terbaring di tempat tidur, maka hal tersebut dapat terbentuk dasar dari ulkus dekubitus.

2) Disfungsi mekanisme pengaturan saraf

Bagian tersebut bertanggung jawab untuk pengaturan aliran darah lokal, apabila terjadi disfungsi maka dapat terbentuk ulkus.

3) Tekanan yang Berkepanjangan

Apabila terjadi tekanan yang lama pada jaringan, dapat menyebabkan oklusi kapiler sehingga tingkat oksigen menjadi rendah di daerah tersebut, jaringan iskemik mulai menumpuk metabolit beracun, kemudian terbentuk ulserasi jaringan dan nekrosis

4) Penurunan Persepsi Sensori

Pasien dengan penurunan persepsi sensori akan mengalami penurunan kemampuan untuk merasakan sensasi nyeri akibat terkanan diatas tulang yang menonjol, bila terjadi dalam kurun waktu yang lama maka bisamenyebabkan terjadinya dekubitus

5) Kelembaban

Kelembaban yang terjadi pada kulit dapat menyebabkan maserasi sehingga kulit rentan mengalami kerusakan. Hal ini terjadi beberapa faktor seperti saliva, feses, inkontinesia urine dan luka. Meskipun tekanan dan gaya geser merupakan faktor yang paling dianggap menyebabkan luka dekubitus, faktor ekstrinsik lain seperti akumulasi panas antara pasien dan tempat tidur, gesekan, dan kelembaban adalah faktor penting yang berkontribusi terhadap perkembangan luka

dekubitus. Kelembaban kulit merupakan suatu bentuk pengaruh fisik yang dapat merusak kulit. Kelembaban tidak secara langsung menyebabkan cedera tekanan, tetapi kelembaban akan meningkatkan pembentukan luka kronis dengan melembutkan lapisan atas kulit (maserasi) dan mengubah lingkungan kimia kulit (perubahan pH)

6) Gesekan

Friksi/gesekan dapat terjadi jika kulit bersentuhan terus-menerus antara pakaian/sprei. Hal tersebut membuat kulit akan rentan mengalami lembab. Friksi/gesekan terjadi antara permukaan sprei dan kulit secara berkesinambungan dapat menyebabkan kulit mudah rusak apalagi ditambah dengan keadaan lembab. Kerusakan kulit akibat gesekan mempengaruhi epidermis menjadi merah dan nyeri sehingga penderita menjadi gelisah dan melakukan gerakan yang tidak terkontrol seperti menyentak, dan pada orang yang kulitnya tidak diangkat dan ditarik menjauh dari permukaan tempat tidur saat berganti posisi. Terutama pergesekan bisa terjadi pada saat pergantian sprei pasien yang tidak berhati-hati

7) Status nutrisi

Gangguan nutrisi sering menyebabkan hipoproteinemia, hypoalbuminemia, dan anemia dimana ketiganya berhubungan positif dengan prevalensi ulkus dekubitus. Kekurangan nutrisi akan menyebabkan atropi dan penurunan jaringan subkutan. Kondisi ini menyebabkan bantalan diantara kulit dan tulang menjadi tipis sehingga efek kerusakan akibat tekanan di area tersebut meningkat. Status nutrisi yang jelek ditandai dengan hilangnya banyak protein yang menyebabkan jaringan disekitar tonjolan tulang mudah mengalami edema, edema akan mengganggu sirkulasi darah menyebabkan penumpukan sampah metabolik sehingga luka dekubitus lebih mudah terjadi

8) Tingkat Kesadaran

Dekubitus dapat terjadi pada individu yang mengalami penurunan kesadaran akibat tirah baring lama, kejadian dekubitus bukan hanya terjadi pada penderita yang tidak sadar tetapi juga dapat mengenai penderita yang sadar tetapi harus menjalani tirah baring lama akibat kelemahan atau kelumpuhan.

9) Inkontinensia

Kelembapan dapat berasal dari drainase luka, keringat dan inkontinensia yang akan menyebabkan erosi kulit dan meningkatkan resiko terjadi luka tekan pada pasien. Inkontinensia *alvi* dapat berkontribusi pada kerusakan kulit karena enzim dan pH materi tinja dapat merubah kelembaban kulit yang akan meningkatkan maserasi kulit dan erosi kulit. Inkontinensia uri menyebabkan peningkatan kelembaban kulit genitalia dan sekitarnya. Pada kasus inkontinensia uri pemasangan kateter menetap tidak dianjurkan sebaiknya menggunakan kateter intermitten dan pelatihan bladder training selain itu pemberian popok dan penggantian secara rutin harus dilakukan untuk mencegah luka dekubitus.

c. Patofisiologi

Ulkus dekubitus terbentuk saat berat badan memberikan gaya ke bawah pada kulit dan jaringan subkutan yang terletak antara tonjolan tulang dan permukaan luar (seperti kasur, bantalan kursi roda, maupun perangkat medis). Diperkirakan gaya yang menghasilkan tekanan eksternal lebih dari tekanan pengisian kapiler arteri (sekitar 32 mmHg), dan lebih dari tekanan aliran keluar kapiler vena (sekitar 8 hingga 12 mmHg) akan menghambat aliran darah dan menyebabkan hipoksia jaringan. Tekanan pada permukaan tubuh yang menonjol dapat meningkatkan tekanan kapiler di dalam jaringan sehingga mengakibatkan gangguan sirkulasi. Hipoksia jaringan terjadi, jaringan mengalami kerusakan, dan akhirnya nekrosis. Diperkirakan 30 hingga 240 menit merupakan durasi kritis iskemia jaringan yang dapat menyebabkan terbentuknya ulkus dekubitus. Toleransi jaringan juga berperan penting; waktu reperfusi jaringan setelah tekanan eksternal hilang menentukan seberapa besar iskemia jaringan dan penyembuhan luka (Amirsyah et al., 2020).

Pengaruh fisik lain yang dapat merusak kulit dan berkontribusi pada terbentuknya ulkus dekubitus adalah gesekan pada permukaan kulit, gaya geser, dan kelembaban. Gesekan dan gaya geser (seperti saat berbaring miring) dapat mempengaruhi lapisan kapiler lokal dan berkontribusi pada hipoksia jaringan. Saat berbaring miring, gaya gravitasi ke bawah dilawan oleh gesekan, yang mencegah orang tersebut tergelincir di tempat tidur.

Meskipun kulit tidak bergeser dari alasnya, struktur internal seperti otot dan tulang yang tidak bersentuhan dengan permukaan luar akan bergeser ke bawah karena gravitasi. Gaya ini dapat mengganggu aliran darah karena pembuluh darah yang terperangkap di antara kulit dan tulang terdistorsi atau tertekan. Kelembapan (dari keringat atau inkontinensia) dapat merusak kulit, membuatnya lebih rentan rusak dengan gesekan dan reposisi. Kelembapan tidak menyebabkan cedera tekanan, tetapi dapat meningkatkan pembentukan luka kronis dengan melunakkan lapisan atas kulit (maserasi) dan mengubah lingkungan kimia kulit (perubahan pH) (Amirsyah et al., 2020).

d. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala ulkus diabetikum menurut Hafizh et al (2022) sebagai berikut:

- 1) Sering kesemutan
- 2) Nyeri kaki saat istirahat
- 3) Sensasi rasa berkurang
- 4) Kerusakan jaringan (nekrosis)
- 5) Penurunan denyut nadi arteri dorsalis pedis, tibialis, dan poplitea
- 6) Kaki menjadi (atrofi) menyusut atau menipis akibat kehilangan jaringan otot, dingin dan kuku menebal
- 7) Kulit kering
- 8) Didapatkan luka yang timbul secara spontan maupun karena trauma sehingga menyebabkan luka terbuka yang mampu menghasilkan gas gangren berakibat terjadinya osteomielitis. Gangren kaki merupakan penyebab utama dilakukan amputasi kaki kaki nontraumatik

e. Klasifikasi

Hafizh et al (2022) mengklasifikasikan dibagi menjadi empat stadium, yaitu:

- 1) Stadium 1:
 - a) Adanya perubahan dari kulit yang dapat diobservasi, apabila dibandingkan dengan kulit yang normal, maka akan tampak salah satu tanda sebagai berikut: perubahan temperatur kulit (lebih dingin atau lebih hangat)
 - b) Perubahan konsistensi jaringan (lebih keras atau lunak)
 - c) Perubahan sensasi (gatal atau nyeri)

d) Pada orang yang berkulit putih, luka mungkin kelihatan sebagai kemerahan yang menetap. Sedangkan pada yang berkulit gelap, luka akan kelihatan sebagai warna merah yang menetap, biru atau ungu

2) Stadium 2

Hilangnya sebagian lapisan kulit yaitu epidermis atau dermis, atau keduanya. Cirinya adalah lukanya superficial, abrasi, melepuh, atau membentuk lubang yang dangkal

3) Stadium 3

Hilangnya lapisan kulit secara lengkap, meliputi kerusakan atau nekrosis dari jaringan subkutan atau lebih dalam, tapi tidak sampai pada fascia. Luka terlihat seperti lubang yang dalam

4) Stadium 4

Hilangnya lapisan kulit secara lengkap dengan kerusakan yang luas, nekrosis jaringan, kerusakan pada otot, tulang atau tendon. Adanya lubang yang dalam serta saluran sinus juga termasuk dalam stadium IV dari luka tekan

f. Pencegahan

Pengelolaan dekubitus menurut Mahmuda (2019) diawali dengan kewaspadaan untuk mencegah terjadinya dekubitus dengan mengenal penderita risiko tinggi terjadinya dekubitus, misalnya pada penderita yang immobilisasi. Terdapat 2 pencegahan diantaranya :

1) Umum

Pendidikan kesehatan tentang ulkus dekubitus bagi staf medis, penderita dan keluarganya serta pemeliharaan keadaan umum dan higiene penderita. Meningkatkan keadaan umum penderita, misalnya anemia diatasi, hipoalbuminemia dikoreksi, nutrisi dan hidrasi yang cukup, vitamin (vitamin C) dan mineral (Zn) ditambahkan. Coba mengendalikan penyakit-penyakit yang ada pada penderita, misalnya DM, PPOK, hipertensi, dll.

2) Khusus

a) Mengurangi/meratakan faktor tekanan yang mengganggu aliran darah, yaitu : Alih posisi/alih baring/tidur selang seling, paling lama tiap dua jam. Kelemahan pada cara ini adalah ketergantungan pada tenaga perawat yang kadang-kadang sudah sangat kurang, dan

kadang-kadang mengganggu istirahat penderita bahkan menyakitkan.

- b) Kasur khusus untuk lebih membagi rata tekan yang terjadi pada tubuh penderita, misalnya; kasur dengan gelembung tekan udara yang naik turun, kasur air yang temperatur airnya dapat diatur (keterbatasan alat canggih ini adalah harganya mahal, perawatannya sendiri harus baik dan dapat rusak).
- c) Regangan kulit dan lipatan kulit yang menyebabkan sirkulasi darah setempat terganggu, dapat dikurangi antara lain dengan enjaga posisi penderita, apakah ditidurkan rata pada tempat tidurnya, atau sudah memungkinkan untuk duduk dikursi.
- d) Pemeriksaan dan perawatan kulit dilakukan dua kali sehari (pagi dan sore), tetapi dapat lebih sering pada daerah yang potensial terjadi ulkus dekubitus. Pemeriksaan kulit dapat dilakukan sendiri, dengan bantuan penderita lain ataupun keluarganya.
- e) Mengkaji status mobilitas untuk pasien yang lemah, lakukanlah perubahan posisi. Ketika menggunakan posisi lateral, hindari tekanan secara langsung pada daerah trochanter. Untuk menghindari luka tekan di daerah tumit, gunakanlah bantal yang diletakkan dibawah kaki bawah.
- f) Meminimalkan terjadinya tekanan Hindari menggunakan kassa yang berbentuk donat di tumit. Perawat rumah sakit diIndonesia masih sering menggunakan donat yang dibuat dari kasa atau balon untukmencegah luka tekan.
- g) Mengkaji inkontinensia kelembaban yang disebabkan oleh inkontinensia dapat menyebabkan maserasi. Lakukanlah latihan untuk melatih kandung kemih (bladder training) pada pasien yang mengalami inkontinesia. Untuk mencegah luka tekan tekan pada pasien dengan inkontinensia adalah : bersihkanlah setiap kali lembab dengan pembersih dengan PH seimbang, hindari menggosok kulit dengan keras karena dapat mengakibatkan trauma pada kulit, pembersih perianal yang mengandung antimikroba topikal dapat digunakan untuk mengurangi jumlah mikroba didaerah kulit perianal, gunakanlah air yang hangat atau sabun yang lembut untuk

mencegah kekeringan pada kulit berikan pelembab pada pasien setelah dimandikan untuk mengembalikan kelembaban kulit, pilihlah diaper yang memiliki daya serap yang baik, untuk mengurangi kelembapan kulit akibat inkontinensia.

h) Melakukan *massage* dengan VCO efektif dalam pencegahan dekubitus maupun meminimalisir terjadinya infeksi dan dapat menurunkan derajat luka dekubitus, melancarkan pengaliran darah pada pembengkakan, cedera, kelelahan otot, kelemahan otot, dalam keadaan penderita arthiritis synofitis dan sebagainya serta untuk membantu penyerapan bekas-bekas peradangan pada sendi, *efflurage* yang dangkal memberi efek menenangkan bagi pasien yang menderita gangguan saraf, nutrisi, neuralgia, neurashenia. Sedangkan manfaat dari VCO itu sendiri adalah sebagai pelumas saat *massage* dimana mengandung vitamin E yang baik untuk kulit, sebagai pelembab kulit agar tidak kering, dan sebagai anti mikroba.

g. Pengkajian Instrumen Resiko Dekubitus

Pengkajian instrument yang paling banyak menurut Sukurni et al (2018) digunakan serta direkomendasikan dalam mengkaji resiko terjadinya dekubitus terdapat 5 instrumen diantaranya sebagai berikut :

1) Skala *Braden*

Skala Braden terdiri dari 6 variabel yang meliputi persepsi-sensori, kelembaban, tingkat aktifitas, mobilitas, nutrisi, dan gesekan dengan permukaan kasur (matras). Skor maksimum pada skala Braden adalah 23. Skor diatas 20 risiko rendah, 16-20 risiko sedang, 11-15 risiko tinggi, dan kurang dari 10 risiko sangat tinggi. yang terjadi pada kulit dapat menyebabkan maserasi sehingga kulit rentan mengalami kerusakan. Skala Braden terdiri atas 6 sub skala yang mengevaluasi persepsi sensori pasien, tingkat aktifitas, mobilitas, status nutrisi, keterpaparan kulit terhadap kelembaban, gesekan dan robekan. Untuk setiap subskala, perawat mengkaji pasien sesuai dengan kondisi spesifik pasien dan menentukan skor yang sesuai bagi pasien. Pada 5 subskala (sensori persepsi, aktifitas, mobilitas, status nutrisi dan kelembaban) akan mendapatkan skor dari 1-4, dimana 4 menggambarkan kondisi yang terbaik. Sedangkan pada subskala yang terakhir (gesekan dan

robekan) akan mendapat skor 1-3, dengan 3 menggambarkan kondisi terbaik Skala Braden sudah divalidasi oleh beberapa peneliti tentang validitas instrumen pengkajian resiko dekubitus antara lain untuk skala braden di ruangan ICU mempunyai sensitivitas 83% dan spesifitas 90% dan di *nursinghome* mempunyai sensitivitas 64% dan spesifitas 87% dan di *unit Cardiotorasic* mempunyai sensitivitas 73% dan spesifitas 91%.

2) Skala *Gosnell*

Skala Gosnell pertama kali ditemukan pada tahun 1973. skala ini memiliki beberapa poin penilaian yaitu : kondisi fisik menjadi nutrisi, dan inkontinensia dirubah menjadi kontinensia. Skala ini menilai lima faktor diantaranya yaitu : status mental, kontinensia, mobilisasi, aktivitas, dan nutrisi, total nilai berada pada rentang antara 5 sampai 20 dimana total nilai tinggi mengidentifikasi resiko kejadian dekubitus. Lima parameter tersebut digolongkan lagi menjadi 3-5 sub kategori, dimana skor yang lebih tinggi mempunyai resiko lebih besar terhadap kejadian dekubitus

3) Skala *Norton*

Skala *Norton* pertama kali ditemukan pada tahun 1962, dan skala ini menilai lima faktor resiko terhadap kejadian dekubitus diantaranya yakni : kondisi fisik, kondisi mental aktivitas, mobilisasi, dan inkontinensia. Total nilai berada antara 5 sampai 20. nilai 16 di anggap sebagai nilai yang beresiko, sedangkan apabila mencapai skor 14 sudah dinyatakan diambang resiko dekubitus dan bila skor kurang dari 12, dinyatakan beresiko tinggi terjadinya dekubitus.

4) Skala *Knoll*

Skala knoll dikembangkan berdasarkan faktor resiko pasien yang berada di ruang perawatan akut Rumah Sakit besar. Pada skala ini terdapat 8 faktor resiko terhadap kejadian dekubitus diantaranya yaitu : status kesehatan umum, status mental, aktivitas, mobilisasi, inkontinensia, asupan nutrisi melalui oral, asupan cairan melalui oral, dan penyakit yang menjadi faktor predisposisi. Total nilai berada pada rentang 0 sampai 33, nilai tinggi menunjukkan resiko tinggi terjadi dekubitus, nilai resiko berada pada nilai 12 atau lebih.

5) Skala *Waterlow*

Waterlow disajikan skala yang terdiri dari hubungan usia, jenis kelamin, berat badan dengan tinggi badan, incontinen, penampilan kulit, mobilitas, nafsu makan dan empat kategori faktor risiko lain (malnutrisi jaringan, defisit neurologis, operasi, dan obat-obatan) Semakin tinggi skor, sekin tinggi resiko terjadinya dekubitus. Skor lebih dari 29 diprediksi memiliki resiko sangat tinggi terjadinya dekubitus.

Dari lima skala ini yang memiliki validitas yang paling tinggi dibandingkan dengan skala yang lainnya yaitu skala *braden*. Dikarena skala *braden* lebih efektif dan lebih baik dalam memprediksi resiko dekubitus di ruang ICU atau ruang intensif.

3. Tirah Baring

a. Pengertian Tirah Baring

Tirah baring diartikan sebagai tinggal ditempat tidur dan diharuskan. Kata istirahat berkenaan dengan hal ini agak kurang tepat karena kita selalu berfikir bahwa ini diartikan dengan istirahat malam yang baik. Pada tirah baring sebenarnya bukan sesuatu yang dilakukan dengan sukarela. Individu tak secara wajar berfungsi diluar tempat tidur ini sebagai akibat dari berbagai gangguan fungsi (gerak, bernafas, pengendalian syaraf). Ini sebagai akibat dari penyakit (panas tinggi), kelemahan atau lumpuh. Tirah baring merupakan suatu intervensi dimana pasien dibatasi untuk tetap berada di tempat tidur untuk tujuan terapeutik. Tirah baring memiliki pengertian yang Berbeda-beda diantara perawat, dokter dan tenaga kesehatan lainnya. Lamanya tirah baring tergantung penyakit atau cedera dan status kesehatan pasien sebelumnya (Handayani, 2020)

b. Jenis Tirah Baring

Menurut Handayani et al (2022) secara umum ada beberapa macam kondisi tirah baring antara lain :

- 1) Imobilisasi fisik, kondisi ketika seseorang mengalami keterbatasan fisik yang disebabkan oleh faktor lingkungan maupun kondisi orang tersebut
- 2) Imobilisasi intelektual, kondisi ini dapat disebabkan oleh kurangnya pengetahuan untuk dapat berfungsi sebagaimana mestinya

- 3) Imobilisasi emosional, kondisi ini biasa terjadi akibat proses pembedahan atau kehilangan seseorang yang dicintai
- 4) Imobilisasi sosial, kondisi ini bisa menyebabkan perubahan interaksi sosial yang sering terjadi akibat penyakit.

c. Dampak Tirah Baring

Menurut Zahra et al (2023) terdapat beberapa dampak yang akan terjadi pada pasien tirah baring, diantaranya sebagai berikut :

- 1) sangat rentan untuk mengalami infeksi multibakterial, misalnya osteomielitis, sepsis atau bahkan kematian dapat terjadi akibat infeksi pada luka dekubitus yang menyebar ke jaringan tulang dan sendi sebagai dampak dari infeksi
- 2) Dapat menyebabkan hambatan suplai darah kapiler ke suatu area dan dengan demikian membatasi pengiriman oksigen dan nutrisi ke jaringan, menempatkan pasien pada risiko kerusakan kulit
- 3) Dapat menimbulkan rasa nyeri, sepsis, perubahan harga diri, finansial yang berat dalam mengatasi perawatan kesehatan

4. *Massage Efflurage*

a. Definisi *Massage Efflurage*

Pijat atau *massage* merupakan seni gerak tangan melulut atau menekan bagian tubuh dengan prosedur manual ataupun mekanik yang diterapkan secara metodis untuk memberikan efek fisiologis, terapeutik dan profilaktif pada tubuh. Teknik *effleurage* merupakan gerakan memberikan sedikit tekanan ringan berirama yang dilakukan pada suatu bagian tubuh yang bermanfaat untuk melancarkan peredaran darah, menstabilkan metabolisme, membantu penyerapan edema yang disebabkan peradangan, dan membuat relaksasi serta mengurangi nyeri. Sesuaikan tangan anda ketika sedang melakukan pemijatan. Walaupun cara-cara tertentu diperlukan seperti yang telah anda ketahui, hanya sebagian dari tangan anda yang dipergunakan, kebanyakan cara-cara pemijatan tergantung dari penggunaannya, keahlian telapak tangan dan jari-jari anda yang selalu berhubungan dengan orang yang sedang anda pijat. Sebagai contoh, jari-jari tangan anda ketika sedang meluncur melakukan pemijatan di pinggang dari satu bagian kebagian lain harus tepat dan lurus. Dalam melakukan

pemijatan harus menggunakan bahan yang berfungsi sebagai pelembab dan pelumas agar kulit akan terasa halus, lembab, dan tidak menyebabkan luka. Salah satu bahan yang bisa dipakai untuk melakukan pijat *effleurage* terhadap luka tekan adalah dengan menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO). (Fernanda & Yanto, 2023).

Massage Efflurage merupakan teknik mengusap sekali atau dua kali sehari yang bisa dilakukan selama 10 sampai 15 menit efektif dalam mencegah perkembangan luka tekan. Terapi pijat (*massage*) merupakan upaya penyembuhan yang aman, efektif, dan tanpa efek samping. Teknik *efflurage* dilakukan pada permulaan *massage* baik sebagian maupun untuk seluruh tubuh. *Efflurage* yang dilakukan pada anggota gerak (ekstremitas) selalu dengan dorongan dan tekanan yang baik dan setiap gosokan harus berakhir pada kelenjar limfe (pada ketiak untuk anggota gerak atas dan lipatan paha untuk anggota gerak bawah). *Massage efflurage* adalah suatu gerakan dengan mempergunakan seluruh permukaan telapak tangan melekat pada bagian tubuh yang digosok. Bentuk telapak tangan dan jari-jari selalu menyesuaikan dengan bagian tubuh yang digosok. Tangan menggosok secara supel atau gentel menuju kearah jantung (centrifugal) misalnya gosokan di dada, perut dan sebagainya (Santiko & Faidah, 2020).

b. Manfaat *Massage Efflurage*

Menurut (Mahmuda, 2019) terdapat 6 manfaat *Massage Efflurage*, diantaranya sebagai berikut :

- 1) Membantu mengurangi pembengkakan pada fase kronis lewat mekanisme peningkatan aliran darah dan limfe
- 2) Mengurangi persepsi nyeri melalui mekanisme penghambatan rangsang nyeri (gate control) serta meningkatkan hormon morphin endogen
- 3) Meningkatkan relaksasi otot sehingga mengurangi ketegangan/spasme atau kram otot
- 4) Memperlancarkan pengaliran darah pada pembengkakan, cedera, kelelahan otot, kelemahan otot, dalam keadaan penderita arthristis synofitis dan sebagainya serta untuk membantu penyerapan bekas-bekas peradangan pada sendi, *efflurage* yang dangkal memberi efek menenangkan bagi pasien yang mederita gangguan saraf, nutrisi, neuralgia, neurashenia, dan insomnia

- 5) Dapat meningkatkan oksitosin yang bisa menimbulkan kenyamanan dan kepuasan pasien
- 6) Meningkatkan jangkauan gerak, kekuatan, koordinasi, keseimbangan dan fungsi otot sehingga dapat meningkatkan performa fisik sekaligus mengurangi resiko terjadinya cedera

c. *Komponen Massage Efflurage*

Menurut Fernanda & Yanto (2023) ada beberapa komponen dalam menerapkan *massage Efflurage* yaitu :

- 1) Arah gerakan *massage*. Tujuannya yaitu untuk mempercepat aliran darah atau sirkulasi darah ke jantung.
- 2) Dosis dan frekuensi *massage* pada pasien stroke dibutuhkan waktu sekitar 5-15 menit karena dilakukan dibagian tubuh tertentu dalam jangka waktu dua kali sehari yakni pada waktu pasien dimandikan atau setelah mandi.

5. *Virgin Coconut Oil (VCO)*

a. *Pengertian Virgin Coconut Oil (VCO)*

Virgin Coconut Oil merupakan minyak kelapa murni yang diperoleh dari santan buah kelapa segar yang tidak dipanaskan dan tidak dicampur bahan sehingga minyak akan terus jernih, tidak ada radikal bebas karena tidak dipanaskan dan tidak bau tengik. VCO dapat meningkatkan kesehatan kulit karena mudah diserap kulit dan memberikan nutrisi pada kulit. Rendahnya kadar air yang dari VCO yaitu (0,02-0,03) dan rendahnya kadar asam lemak bebas yaitu (0,02%) akan melembutkan dan mempercepat penyembuhan kulit. Selain itu, VCO juga bersifat antioksidan, antimikroba, antijamur dan mengandung vitamin E yang memiliki fungsi sebagai penstabil membran sel dan dapat melindungi sel kulit dari kerusakan akibat radikal bebas dan timbunan lemak pada organel (Fernanda & Yanto, 2023).

Virgin coconut oil (VCO) di proses dari pengolahan daging buah kelapa tanpa pemanasan atau melalui pemanasan dengan suhu rendah yang menghasilkan minyak kelapa murni dengan warna jernih dan bebas dari radikal bebas. Minyak kelapa murni (VCO) mengandung vitamin E dan asam lemak seperti asam laurat dan oleat yang dapat membantu melembutkan kulit dan berfungsi sebagai pelembab yang efektif. Selain itu,

VCO juga mengandung antibakteri yang dapat membantu melindungi kulit dari infeksi dan mengandung asam alami yang dapat meningkatkan hidrasi kulit dan mempercepat proses penyembuhan kulit (Az Zahra et al., 2023).

b. Manfaat *Virgin Coconut Oil (VCO)*

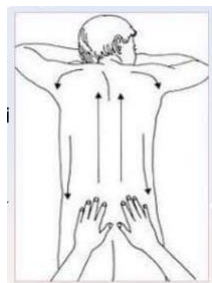
Menurut Miladiarsi et al (2022) produk minyak VCO murni dapat dimanfaatkan dalam industri farmasi, kosmetik, susu formula, dan minyak goreng bermutu tinggi. Dalam aplikasi sebagai kosmetik, minyak VCO murni sering dimanfaatkan pada minyak telon, handbody, atau untuk pelembab wajah. Hal yang paling penting dari manfaat penggunaan VCO adalah mampu memperbaiki sistem pencernaan. Manfaat ini disebabkan oleh adanya kandungan asam lemak rantai menengah dari VCO. Kandungan tersebut dapat langsung diserap melalui dinding usus tanpa harus mengalami proses hidrolisis dan juga secara enzimatis. Kondisi tersebut menyebabkan dapat langsung dimetabolisme dalam hati untuk dihasilkan energi. Pemanfaatan VCO menurut Miladiarsi et al (2022) antara lain sebagai berikut :

- 1) Berkhasiat sebagai anti tumor payudara. Konsumsi secara rutin dapat mencegah tumor payudara dan bagi pasien yang telah memiliki tumor payudara makan bermanfaat untuk menghentikan perkembangan tumor tersebut.
- 2) Mempercepat pertumbuhan jaringan dan pemulihan tulang rawan yang mengalami trauma
- 3) Bagi olahragawan, suplementasi VCO berguna untuk meningkatkan performa latihan dan daya tahan tubuh selama menjalani pelatihan
- 4) Jika dioleskan pada kulit yang mengalami otopik dermatitis maka penyebaran penyakit tersebut dapat dihentikan. Dan bila dioleskan pada kulit berjerawat, maka dapat menghindari peradangan dan mencegah jerawat baru
- 5) Jika dioleskan pada luka yang baru saja terbakar maka lukanya akan cepat mengering dan tidak meninggalkan bekas.
- 6) Memperlancar pencernaan dan membantu mengatasi gangguan perut.
- 7) Mempercepat penyembuhan penyakit yang disebabkan oleh kuman baik ketika digunakan secara sistemik maupun topikal

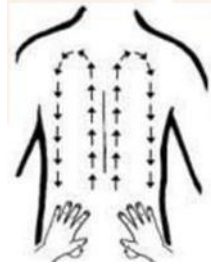
- 8) mencegah luka tekan dalam pembahasan teori sebelumnya disebutkan bahwa penyebab utama luka tekan yaitu karena adanya tekanan yang menetap pada salah satu atau beberapa bagian tubuh dalam jangka waktu tertentu, sehingga mengakibatkan terhambatnya sirkulasi ke daerah tersebut dan menimbulkan kerusakan jaringan setempat
- c. SOP (Standart Operasional Prosedur) *Massage Efflurage* dengan VCO

Tabel 2. 1 SOP *Massage Efflurage* dengan VCO

STANDART OPERASIONAL PROSEDUR	
<i>Massage Efflurage</i>	
Alat dan Bahan	<ol style="list-style-type: none"> 1. VCO (<i>Virgin Cococnut Oil</i>) 2. Handscoon
Persiapan Pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam dan memperkenalkan diri 2. Menjelaskan prosedur tindakan yang akan dilakukan 3. Menyiapkan peralatan yang diperlukan 4. Mengatur ventilasi dan sirkulasi udaradengan baik 5. Mengkaji kondisi fisik dan kulit pasien 6. Mengatur posisi pasien sehingga merasamaan dan nyaman
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan 2. Petugas cuci tangan dan memakai henscoond 3. Mengatur pasien miring kanan dankekiri 4. Tuangkan sedikit minyak VCO ke telapak tangan. Usap kedua tangan sehingga minyak VCO rata padapermukaan tangan 5. Lakukan <i>massage efflurage</i> pada area scapula, sacrum dan tumit. <i>Massage</i> dilakukan dengan menggunakan jari-jari dan telapak tangan dan tekanan yang halus, yang lakukan 1 x sehari selama 3 hari dengan durasi waktu 4-5 menit. <ol style="list-style-type: none"> a. Yang pertama gosok dengan menggunakan ujung-ujung ketiga jari tengah kanan dan kiri serta telapak tangan. Gosok dengan gerakan meluncur dari area sacrum menuju area scapula



- b. Gerakan yang kedua : Gosok menggunakan kedua telapak tangan dari area scapula bagian atas lalu menuju area sacrum bagian bawah dan ulangi kembali dari punggung bawah menuju punggung bagian atas.



- c. Gerakan yang ketiga : pijat kaki sepanjang lengkungan tumit menggunakan telapak tangan dengan gerakan satu arah.
6. Metode massage dengan selang-seling tangan dilakukan *massage* selama 4-5 menit

Sumber : (Nuril Hidayati, 2019)

B. Asuhan Keperawatan pada Sistem Integumen Kulit

Menurut Rahma (2020) asuhan keperawatan adalah suatu pendekatan untuk pemecahan masalah yang memungkinkan perawat untuk mengatur dan memberikan asuhan keperawatan. Salah satu manfaat dari penerapan asuhan keperawatan yang baik adalah meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan dalam bidang keperawatan.

1. Pengkajian

Pengkajian menurut Rahma (2020) merupakan langkah pertama dalam proses keperawatan yang melibatkan keterampilan berfikir kritis dalam proses pengumpulan data. Pengkajian dilakukan dengan mengumpulkan informasi dari pasien terkait kondisi dan persepsi masalah yang dialami, asuhan keperawatan terdiri dari :

- a. Identitas klien

Meliputi nama, tempat tanggal lahir, umur, jenis kelamin, alamat, suku bangsa, agama, nama penanggung jawab, pekerjaan, tanggal masuk rumah sakit, dan nomor rekam medis

- b. Keluhan Utama

Keluhan utama adalah keluhan yang paling dirasakan pasien pada perawat mengkaji, dan pengkajian keluhan utama seharusnya mengandung (paliati/provokatif, quality, regio, skala dan time)

- c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pengkajian yang dilakukan untuk mengetahui status kesehatan saat ini

- d. Riwayat Kesehatan Dahulu
Pengkajian yang dilakukan untuk mengetahui riwayat kesehatan dahulu terkait dengan sistem integument kulit
- e. Riwayat Kesehatan Keluarga
Pengkajian yang dilakukan untuk mengetahui riwayat kesehatan keluarga untuk mengetahui apakah ada penyakit keturunan di keluarga pasien
- f. Pola Persepsi dan Penanganan Kesehatan
Pengkajian yang dilakukan untuk mengetahui persepsi pasien terhadap penyakitnya, dan penggunaan tembakau, alkohol, alergi, dan obat-obatan yang dikonsumsi secara bebas atau resep dokter
- g. Pemeriksaan Fisik
Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui pemeriksaan tubuh pasien secara keseluruhan atau hanya bagian tertentu yang dianggap perlu, untuk memperoleh data yang sistematis dan komprehensif.

2. Diagnosa & Intervensi Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis terhadap respon seseorang pada gangguan kesehatan. Diagnosa yang difokuskan pada pasien tirah baring di ruang intensive care unit (ICU) adalah Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi, penurunan mobilitas, faktor mekanis (gesekan dan penekanan), kelembaban, dan penekanan pada tonjolan tulang (Maryam et al., 2020).

Tabel 2. 2 Diagnosa dan Intervensi Keperawatan

NO	Diagnosa (SDKI,2018)	Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI,2018)	Intervensi (SIKI,2019)
1	Resiko gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi, penurunan mobilitas, faktor mekanis (tirah baring yang lama menimbulkan penekanan dan gesekan),	Integritas kulit dan jaringan (L.14125) Kriteria hasil : 1. Elastisitas meningkat 2. Hidrasi meningkat 3. Perfusi jaringan meningkat 4. Kerusakan jaringan menurun 5. Kerusakan lapisan kulit menurun	Perawatan Integritas Kulit (I.11353) Observasi : 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (misalnya perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas)/ Terapeutik : 1. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring 2. Lakukan masase pada area penonjolan tulang

kelembaban, dan tekanan pada tonjolan tulang. (D.0139)	6. Perdarahan menurun	3. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare
	7. Kemerahan menurun	4. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering
	8. Hematoma menurun	5. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergi pada kulit sensitif
	9. Pigmentasi abnormal menurun	6. Hindari produk berbasah alkohol pada kulit kering.
	10. Jaringan parut menurun	Edukasi :
	11. Nekrosis menurun	1. Anjurkan menggunakan pelembab (mis. lotion, minyak)
	12. Suhu kulit membaik	2. Anjurkan minum air yang cukup.
	Tekstur membaik	3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.
		4. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur.
		5. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem
		6. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah.

3. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan dan pengobatan dan tindakan untuk memperbaiki kondisi dan pendidikan untuk klien keluarga atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien dan faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan & strategi implementasi keperawatan & dan kegiatan komunikasi. Implementasi keperawatan merupakan kategori serangkaian perilaku perawat yang berkoordinasi dengan pasien, keluarga, dan anggota tim kesehatan lain untuk membantu masalah kesehatan pasien yang sesuai dengan perencanaan dan kriteria hasil yang telah ditentukan dan merumuskan intervensi, dalam pelaksanaan harus menggunakan

kata kerja me-, ber-, terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan (Zebua, 2020).

4. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan. Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan. Perawat yang telah melakukan implementasi keperawatan, maka tahap selanjutnya dalam proses keperawatan adalah melakukan evaluasi keperawatan terhadap tindakan yang telah diberikan. Evaluasi keperawatan merujuk pada tujuan keperawatan yang telah ditetapkan sesuai jangka waktu yang dibuat (Siregar, 2020).

BAB III

METODE PENELITIAN DAN GAMBARAN KASUS

A. Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini merupakan penelitian jenis kualitatif dengan metode deskriptif dengan studi kasus pre test dan post test penerapan mengenai ada atau tidaknya efektifitas tindakan *Massage Efflurage* dengan *Virgin Coconut Oil* (VCO) terhadap pencegahan dekubitus pada pasien tirah baring, dan penelitian ini akan diterapkan pada 2 responden. Responden tersebut akan dilakukan observasi sebelum dilakukan tindakan intervensi, dilakukan selama 3 hari dengan durasi waktu penerapan selama 4-5 menit perlakuan dan mengetahui ada atau tidaknya pengaruh tindakan *massage efflurage* (Nuril Hidayati, 2019) dan (Sari et al., 2023).

B. Subjek Penelitian

sampel pada penelitian ini sebanyak 2 responden dan penerapan dilakukan di ruang ICU RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen. Dengan teknik pengampilan sampel secara purposive sampling.

1. Kriteria Inklusi

- a. Diterapkan pada pasien tirah baring dan telah dirawat selama 2 hari
- b. Dilakukan pada pasien dewasa

2. Kriteria Eksklusi

- a. Tidak dilakukan pada pasien yang mengalami kemerahan atau yang sudah terbentuk luka tekan (dekubitus)
- b. Tidak dilakukan pada pasien yang memiliki alergi terhadap *virgin coconut oil* (VCO)
- c. Tidak dilakukan pada pasien yang menolak pemberian terapi *massage efflurage* dengan *virgin coconut oil* (VCO)

C. Gambaran Kasus

1. Pasien 1

Asuhan keperawatan pada Tn.S, usia 76 tahun. Pengkajian pasien pertama pada pasien tanggal 24 januari 2024 jam 08.00 WIB. Pasien berjenis kelamin laki-laki,

alamat : Cendrawasih, no 24 ngolorog sragen, No RM : 046***, Diagnosa Medis : stroke hemoragik. TD : 157/80 mmHg, RR : 24x/menit, HR : 82 x/menit, SPO 95%. Tn.S dirawat di ruang ICU dan mengalami penurunan kesadaran hingga tidak sadarkan diri. Penilaian GCS (E1M1V1=3) dengan tingkat kesadaran coma, pengkajian kekuatan otot pasien didapatkan pada ekstermitas atas bawah kiri dan kanan yang masing-masing dengan score=0 pasien sama sekali tidak mampu menggerakkan otot. Kelembaban kulit pasien saat ini teraba sangat lembab pada tubuh bagian belakang pasien akibat tidak dapat melakukan mobilisasi dalam waktu yang cukup lama sehingga dapat menyebabkan risiko integritas kulit. Tindakan keperawatan yang dilakukan memandikan mengganti baju pasien 1x sehari, mengganti seprai 3 hari sekali, melakukan mobilisasi kanan dan kiri selama 2 jam. Skala *Braden* awal sebelum diberlakukan dengan score 9 (resiko sangat tinggi). Pasien masuk tanggal 20 Januari 2024 dan sudah dirawat inap lebih dari 4 hari, keluarga pasien mengatakan sebelumnya pasien pernah memiliki riwayat penyakit stroke, dan dilakukan penerapan mulai tanggal 24 Januari 2024 sampai 26 Januari 2024.

2. Pasien 2

Asuhan keperawatan pada Tn.L, usia 63 tahun. Pengkajian pasien pertama pada pasien tanggal 24 Januari 2024. Pasien berjenis kelamin laki-laki, alamat : widoraren lor, Diagnosa Medis : Paru Obstruktif Kronik (PPOK) . TD : 135/100 mmHg, RR : 33 x/menit, HR : 107 x/menit, SPO 95%. Tn.L dirawat di ruang ICU. Penilaian GCS (E2M4V4=8) dengan tingkat kesadaran Somenolen, pengkajian kekuatan otot pasien didapatkan pada ekstermitas atas kiri dan kanan yang masing-masing dengan score=4 yang artinya otot pasien dapat berkontraksi dan memberi tahanan akan tetapi hanya dapat menahan sedikit tahanan yang diberikan, sedangkan pada ekstermitas bawah kiri dan kanan pasien masing-masing dengan score=3 otot dapat berkontraksi penuh tetapi jika diberikan tahanan otot pasien tidak mampu mempertahankan kontraksi. Kelembaban kulit pasien saat ini teraba lembab pada tubuh bagian belakang pasien akibat kesulitan melakukan mobilisasi dalam waktu yang cukup lama sehingga dapat menyebabkan risiko integritas kulit. Tindakan keperawatan yang dilakukan memandikan mengganti baju pasien 1x sehari, mengganti seprai 3 hari sekali, melakukan mobilisasi kanan dan kiri selama 2 jam. Skala *Braden* awal sebelum diberlakukan dengan score 12 (resiko tinggi). Pasien masuk tanggal 21

J a n u a r i 2 0 2 4 d a n sudah dirawat inap selama lebih dari 3 hari, dan keluarga pasien mengatakan sering mengalami sesak nafas. Pasien tampak gelisah dan membrontak setelah beberapa hari dirawat, dan dilakukan penerapan mulai tanggal 24 Januari sampai 26 Januari 2024.

Berdasarkan hasil pengkajian dan pemeriksaan fisik yang dilakukan pada Tn.S dan Tn.L diagnose keperawatan yang diambil adalah :

- a. Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi dan penurunan mobilitas.

D. Definisi Oprasional

Tabel 3. 1 Definisi Operasional

NO	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur	Indikator Penilaian
1	<i>Massage Efflurage</i> dengan <i>Virgin Coconut Oil (VCO)</i>	<i>Massage efflurage</i> merupakan gerakan mengusap menggunakan telapak tangan yang dilumuri dengan VCO dari area scapula, sacrum dan tumit, dengan durasi 4-5 menit setiap hari selama 3 hari.	SOP	kesesuaian dengan SOP dan waktupelaksanaan yaitu 2x sehari selama 4-5 menit.
2	Dekubitus	Dekubitus dapat terjadi akibat adanya penekanan pada suatu area secara terus menerus. Sehingga dilakukan pengukuran <i>Braden</i> untuk mengetahui skor resiko dekubitus, pada pasien bedrest yang nantinya akan diukur untuk menentukan skor sebanyak 2 kali pengukuran sebelum dan sesudah diberikan perlakuan <i>Massage Efflurage</i> dengan <i>Virgin Coconut Oil (VCO)</i> selama 3 hari.	Skala <i>Braden</i>	Skor penilaian akan dikategorikan menjadi : 1. < 9 = resiko sangat tinggi 2. 10-12 = resiko tinggi 3. 13-14 = resiko menengah 4. 15-18 = resiko rendah

E. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan DI ICU RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen pada tanggal 24 januari 2024 sampai tanggal 26 januari 2024. Dilakukan selama 3 hari berturut-turut dengan durasi 4-5 menit setiap harinya.

F. Pengumpulan Data

Pengumpulan data yang digunakan penulis dalam penyusunan Laporan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini adalah :

1. Wawancara/Anamnesa

Wawancara dilakukan dengan cara tanya jawab langsung dengan keluarga pasien yang bersedia menjadi responden untuk memperoleh data subjektif dan objektif.

2. Observasi

Observasi dilakukan dengan cara mengamati dan mencatat kondisi pada pasien dan hasil pencegahan dekubitus saat sebelum dan sesudah dilakukan massage efflurage.

3. Penerapan Massage Efflurage

Penerapan massage efflurage dilakukan sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP).

G. Cara Pengolahan Data

Cara pengolahan data yang dilakukan pada penelitian ini berdasarkan urutan dalam analisis pada karya ilmiah akhir ners sebagai berikut :

1. Reduksi Data

Data hasil dari wawancara dan observasi yang terbentuk dalam catatan lapangan di tulis atau disajikan dalam satu transkrip dan dikelompokkan menjadi sebuah data sesuai yang diperlukan untuk menjawab tujuan peneliti

2. Penyajian Data

Penyajian data disesuaikan berdasarkan rancangan dengan metode deskriptif dengan studi kasus pre test dan post test. Data dalam penelitian ini disajikan secara narasi serta diungkapkan verba dari subjek penelitian atau keluarga pasien yang merupakan data pendukung dari karya ilmiah

3. Kesimpulan

Kesimpulan adalah tahap terakhir dari prosedur pengumpulan data, yang akan ditulis setelah data disajikan dengan jelas yang sesuai proses keperawatan

meliputi penkajian keperawatan implementasi atau tindakan keperawatan serta mengevaluasi asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan kepada pasien. Yang diolah dan disusun dalam bentuk laporan hasil penelitian.

H. Etika Penelitian

Etika dalam penelitian berguna sebagai pelindung terhadap institusi tempat penelitian dari peneliti itu sendiri. Penelitian ini dilaksanakan setelah peneliti rekomendasi dari ketua program studi Ners Universitas „Aisyiyah Surakarta setelah itu peneliti menemui responden yang akan diteliti dengan etika sebagai berikut :

1. *Informed Consent* (lembar persetujuan)

Lembar persetujuan ini bertujuan agar pasien mengetahui maksud dan tujuan penelitian serta dampak yang diteliti selama pengumpulan data. Apabila pasien bersedia maka akan mengisi dan menandatangani lembar persetujuan tersebut. Jika pasien menolak untuk diteliti, maka peneliti tidak akan memaksa dan menghormati pasien.

2. *Anonymity* (Tanpa Nama)

Dalam menjaga kerahasiaan identitas pada pasien, maka peneliti tidak akan mencantumkan nama pasien pada lembar pengumpulan data dan hanya memberi insial nama saja, sehingga dapat menjaga kerahasiaan pasien.

3. *Confidentially* (Kerahasiaan)

Dalam menjaga kerahasiaan informasi yang diberikan oleh pasien dijamin oleh peneliti, bahwa informasi tersebut hanya boleh diketahui peneliti dan pembimbing serta hanya kelompok data tertentu yang akan disajikan atau dilaporkan sebagai hasil penelitian.

4. *Veracity* (Kebenaran)

Dalam penelitian yang akan dilakukan dapat dijelaskan secara jujur dengan manfaatnya, dengan efeknya dan apa yang didapat jika pasien dilibatkan dalam penelitian tersebut. Penjelasan seperti ini harus disampaikan karena pasien mempunyai hak untuk mengetahui segala informasi.

5. *Justice* (Keadilan)

Kewajiban berlaku adil kepada semua orang khususnya pasien. Dalam hal ini keputusan yang diambil tidak akan berdampak buruk bagi semua pihak.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. HASIL

1. Gambaran Lokasi Penelitian

Lokasi penerapan karya ilmiah ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soehadi Prijonegoro Sragen di Sragen adalah rumah sakit milik Pemerintah Kabupaten Sragen yang terletak di Kota Sragen tepatnya di Jl. Sukowati No. 534, Ngrandu, Nglorog, Kec. Sragen, Kab. Sragen, Jawa Tengah 57215, Nomor Telepon : (0271)891068. Rumah sakit ini merupakan rumah sakit tipe B (Pendidikan).

Jenis pelayanan rawat jalan di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen ada 17 macam, meliputi : 1) Umum, 2) Jantung & Pembuluh Darah, 3) Kandungan & Kebidanan, 4) Kesehatan Jiwa, 5) Kulit & Kelamin, 6) Penyakit Dalam, 7) THT, 8) VCT, 9) Gigi & Mulut, 10) Mata, 11) Onkologi, 12) Orthopedi, 13) Paru, 14) Saraf, 15) Bedah Umum, 16) Urologi, 17) Anak. Untuk pelayanan rawat inap terdapat 13 bangsal yang terdiri dari Anggrek, Aster, Cempaka, Perinatology, ICCU, ICU, Lavender, Teratai, Tulip, Mawar, Melati Barat, Melati Timur, Paviliun Wijaya Kusuma.

2. Hasil Penerapan

Hasil penerapan untuk tindakan *massage efflurage* untuk mencegah dekubitus pada pasien di intensive unit (ICU) RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen pada tanggal 24 Januari 2024 sampai 26 Januari 2023. Penerapan ini melibatkan 2 pasien yaitu pasien I (Tn. S) dan pasien II (Tn. L). Setelah melakukan penerapan ini didapatkan hasil :

- a. **Deskripsi hasil skala *braden* sebelum dilakukan pemberian *massage efflurage* dengan *virgin cocnut oil* (VCO) terhadap pencegahan dekubitus pada pasien tirah baring.**

Tabel 4. 1 Hasil Observasi skala *braden* Sebelum Dilakukan Tindakan *Massage Efflurage* dengan *Virgin Coconut Oil* (VCO)

No	Nama Pasien	Usia	Area	Skala Braden	Interprestasi
1.	Tn. S	76 Tahun	Scapula	9	Risiko sangat tinggi
			Sacrum	9	Risiko sangat tinggi
			Tumit	9	Risiko sangat tinggi
2.	Tn. L	63 Tahun	Scapula	12	Risiko tinggi
			Sacrum	12	Risiko tinggi
			Tumit	12	Risiko tinggi

Berdasarkan tabel di atas dari pengukuran yang telah dilakukan dengan pengukuran skala *braden* didapatkan hasil sebelum dilakukan *massage efflurage* dengan VCO pada Tn.S di area scapula dengan perolehan skor skala *braden* 9 (risiko sangat tinggi), di area sacrum dengan perolehan skor skala *braden* 9 (risiko sangat tinggi), di area tumit dengan perolehan skor skala *braden* 9 (risiko sangat tinggi). Pada pasien Tn.L dengan perolehan skor skala *braden* di area scapula dengan perolehan skor skala *braden* 12 (risiko tinggi), di area sacrum dengan perolehan skor skala *braden* 12 (risiko tinggi), di area tumit dengan perolehan skor skala *braden* 12 (risiko tinggi).

b. Deskripsi hasil skala *braden* setelah dilakukan pemberian *massage efflurage* dengan *virgin cocnut oil* (VCO) terhadap pencegahan dekubitus pada pasien tirah baring.

Tabel 4. 2 Hasil Pengukuran Skala *Braden* Setelah Dilakukan *Massage Efflurage* dengan *Virgin Coconut Oil* (VCO)

No	Nama Pasien	Usia	Area	Skala Braden	Interprestasi
1.	Tn. S	76 Tahun	Scapula	11	Risiko tinggi
			Sacrum	11	Risiko tinggi
			Tumit	11	Risiko tinggi
2.	Tn. L	63 Tahun	Scapula	14	Risiko menengah
			Sacrum	14	Risiko menengah
			Tumit	14	Risiko menengah

Berdasarkan tabel di atas dari pengukuran yang telah dilakukan dengan pengukuran skala *braden* didapatkan hasil setelah dilakukan *massage efflurage* dengan VCO pada Tn.S di area scapula perolehan skor skala *braden* 11 (risiko tinggi), di area sacrum perolehan skor skala *braden* 11 (risiko tinggi), di area tumit perolehan skor skala *braden* 11 (risiko tinggi). Pada pasien Tn.L dengan perolehan skor skala *braden* di area scapula perolehan skor skala *braden* 14 (risiko menengah), di area sacrum perolehan skor skala *braden* 14 (risiko menengah), di area tumit perolehan skor skala

braden 14 (risiko menengah).

- c. **Deskripsi perkembangan skala *braden* sebelum dan sesudah dilakukan pemberian *massage efflurage* dengan *virgin coconut oil* (VCO) terhadap pencegahan dekubitus pada pasien tirah baring.**

Tabel 4. 3 Hasil Perkembangan Skala *Braden* Sebelum dan Setelah *Massage Efflurage* dengan *Virgin Coconut Oil* (VCO)

No	Responden	Hari-1		Hari-2		Hari-3	
		Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah
1.	Tn. S						
	Scapula	9	9	9	10	10	11
	Sacrum	9	9	9	10	10	11
	Tumit	9	(0)	9	(3)	10	(3)
2	Tn. L						
	Scapula	12	12	12	13	13	14
	Sacrum	12	12	12	13	13	14
	Tumit	12	12	12	13	13	14
			(0)		(3)		(3)

Berdasarkan tabel di atas perkembangan skala *braden* sebelum dan setelah dilakukan penerapan *massage efflurage* dengan *Virgin Coconut Oil* (VCO) terhadap Tn. S pada hari ke-1 belum mengalami peningkatan skala *braden* baik pada area scapula, sacrum dan tumit. Pada hari ke-2 terdapat peningkatan skala *braden* dari skor 9 (risiko sangat tinggi) menjadi skala *braden* dengan skor 10 (risiko tinggi) baik pada area scapula, sacrum dan tumit. Dan pada hari ke-3 terdapat peningkatan skala *braden* dari skor 10 (risiko tinggi) menjadi skala *braden* dengan skor 11 (risiko tinggi) baik pada area scapula, sacrum dan tumit.

Perkembangan pada Tn. L skala *braden* sebelum dan setelah dilakukan penerapan *massage efflurage* dengan *Virgin Coconut Oil* (VCO) terhadap Tn. S pada hari ke-1 belum mengalami peningkatan skala *braden* baik pada area scapula, sacrum dan tumit. Pada hari ke-2 terdapat peningkatan skala *braden* dari skor 12 (risiko tinggi) menjadi skala *braden* dengan skor 13 (risiko

menengah) baik pada area scapula, sacrum dan tumit. Dan pada hari ke-3 terdapat peningkatan skala *braden* dari skor 13 (risiko tinggi) menjadi skala *braden* dengan skor 14 (risiko menengah) baik pada area scapula, sacrum dan tumit.

B. PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilampirkan pada tabel 4.1 sampai tabel 4.4 dapat diinterpretasikan sebagai berikut :

1. Skala *Braden* Sebelum Dilakukan Tindakan *Massage Efflurage* dengan *Virgin Coconut Oil* (VCO)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebelum diberikan intervensi *massage efflurage* dengan *virgin coconut oil* (VCO) skala *braden* pada Tn. S pada ketiga area yaitu scapula, sacrum dan tumit dengan hasil yang sama yaitu skor 9 (risiko sangat tinggi). Sedangkan pada Tn. L pada ketiga area yaitu scapula, sacrum dan tumit dengan hasil yang sama yaitu skor 12 (risiko tinggi). Berdasarkan data yang diperoleh dari kedua pasien tersebut dapat diketahui bahwa keduanya memiliki risiko terjadinya dekubitus yang berbeda dikarenakan adanya tingkat kesadaran yang berbeda. Pasien dengan *bedrest* beresiko terkena luka tekan hanya berada di tempat tidur dan kondisi kulit pasien lebih banyak terpapar keringat, biasanya terjadi pada tonjolan tulang yang di akibatkan tekanan atau gesekan secara terus menerus (Putra et al., 2024).

Hal ini sejalan dengan penelitian Muasyaroh et al (2020) yang mengatakan ada beberapa faktor yang mempengaruhi risiko terjadinya dekubitus dibedakan menjadi dua faktor, yaitu faktor intrinsik dan faktor ekstrinsik. Termasuk faktor intrinsik adalah imobilisasi, meningkatnya usia, keadaan malnutrisi, kelembaban, diabetes mellitus, penyakit stroke, peningkatan suhu tubuh, dan ras kulit putih. Termasuk faktor ekstrinsik adalah tekanan, gesekan, dan geseran. Menurut Krisnawati et al (2022) membuktikan bahwa faktor risiko yang paling berpengaruh terhadap risiko dekubitus yaitu mobilitas, serta pergerakan dan pergeseran pada kulit. Dekubitus juga dipengaruhi kelembaban, akibat kelembaban yang intensitasnya bertambah akan terjadi risiko pembentukan dekubitus 5 kali lebih besar. Ayu et al (2023) menyebutkan kelembaban kulit berlebihan dieksternal tersebut dikatakan dapat merusak permukaan epidermis,

meningkatkan maserasi kulit, epidermis menjadi lebih mudah terkikis dan rentan terhadap tekanan, gesekan dan geseran yang menyebabkan luka tekan.

Menurut Santiko et al (2020) dekubitus adalah luka pada kulit dan atau jaringan di bawahnya, biasanya disebabkan oleh adanya penonjolan tulang, sebagai akibat dari tekanan atau kombinasi tekanan dengan gaya geser dan atau gesekan. Ulkus dekubitus atau luka tekan adalah nekrosis jaringan lokal ketika jaringan lunak tertekan antara tonjolan tulang dengan permukaan eksternal dalam jangka waktu yang lama, karena tekanan atau akibat gaya gesek. Faktor resiko tinggi terjadinya dekubitus diantaranya yang pertama adanya imobilisasi yang buruk, cedera tulang belakang atau penyebab lainnya kemudian ada kelembapan yang terjadi pada kulit dapat menyebabkan maserasi sehingga kulit rentan mengalami kerusakan, kemudian ada inkontensia, nutrisi dan hidrasi yang buruk, kurangnya persepsi sensori, dan usia jika usia diatas 70 tahun kemungkinan besar akan terkena luka dikubitus. Seiring bertambahnya waktu perawatan pada kedua pasien yang dilakukan penerapan dapat menyebabkan resiko terjadinya dekubitus, dimana kedua pasien tersebut mengalami hambatan mobilitas seperti terlalu lama berbaring ditempat tidur yang menyebabkan terlalu lama penekanan pada kulit dan dapat mengalami kelembapan pada kulit, tidak mampu melakukan mobilisasi yang dimana memiliki dampak yang signifikan pada fungsi seseorang dan kesehatan kesehatan fisik sehingga dapat mempengaruhi terjadinya decubitus pada pasien

2. Skala *Braden* Sesudah Dilakukan Tindakan *Massage Efflurage* dengan *Virgin Coconut Oil* (VCO)

Hasil penelitian setelah diberikan intervensi *massage efflurage* dengan *virgin coconut oil* (VCO) menunjukkan bahwa skala *braden* pada Tn. S pada ketiga area yaitu scapula, sacrum dan tumit dengan hasil yang sama yaitu dengan skor 11 (risiko tinggi). Sedangkan pada Tn. L pada ketiga area yaitu scapula, sacrum dan tumit dengan hasil yang sama yaitu dengan skor 14 (risiko menengah) berdasarkan pada hasil tersebut menunjukkan adanya perbaikan setelah diberikan *massage efflurage* dengan *virgin coconut oil* (VCO) . Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sari et al (2023) penelitian tersebut disampaikan hasil bahwa sesudah diberikan intervensi *Massage Efflurage* dengan *Virgin Coconut Oil* (VCO) menunjukkan adanya perbaikan.

Menurut Santiko et al (2020) menunjukkan bahwa VCO dengan massage dapat dijadikan sebagai salah satu intervensi mandiri keperawatan dalam intervensi pencegahan luka tekan atau dekubitus pada pasien yang berisiko mengalami decubitus. Virgin Coconut Oil dapat diberikan sebagai bahan topikal yang berfungsi menjadi pelembab untuk mencegah kulit kering dan sebagai bahan topikal untuk meminimalkan paparan keringat berlebihan, urin atau feses karena sifatnya sebagai minyak yang tidak dapat bercampur dengan air. Ayu et al (2023) pencegahan yang tepat mengenai dekubitus sangat diperlukan dalam pemberian layanan keperawatan. Massage effleurage yang dikombinasikan dengan Virgin Coconut Oil (VCO) memiliki manfaat untuk kulit diantaranya memperlancar peredaran darah dan memberi kelembapan yang dapat memberi nutrisi pada kulit karena mengandung vitamin E dan medium fatty acid. Dalam VCO unsur antioksidan dan vitamin E, kandungan zat-zat didalamnya mampu memberi nutrisi pada kulit dengan demikian VCO (Virgin Coconut Oil) memberi manfaat menjaga toleransi jaringan kulit terhadap tekanan, gesekan dan shear. VCO (*Virgin Coconut Oil*) juga memberikan nutrisi melalui proses penyerapan oleh kulit dan sebagai pelumas untuk mengurangi efek gesekan dan geseran.

Menurut Sukurni et al (2020) Skala *braden* terdiri atas 6 sub skala yang mengevaluasi persepsi sensori pasien, tingkat aktifitas, mobilitas, status nutrisi, keterpaparan kulit terhadap kelembaban, gesekan dan robekan. Untuk setiap subskala, perawat mengkaji pasien sesuai dengan kondisi spesifik pasien dan menentukan skor yang sesuai bagi pasien. Terdapat faktor yang dapat mempengaruhi meningkatnya nilai skor skala *braden* yaitu pada 5 subskala (sensori persepsi, aktifitas, mobilitas, status nutrisi dan kelembaban), akan mendapatkan skor dari 1-4 yang nantinya dipilih salah satu yang menggambarkan terkait kondisi pasien saat itu, dimana skor yang menunjukkan nilai rendah 1-2 menggambarkan kondisi yang kurang baik. Sedangkan pada subskala yang terakhir (gesekan dan robekan) akan mendapat nilai skor 1-3 yang nantinya dipilih salah satu yang menggambarkan terkait kondisi pasien saat itu, dimana skor yang menunjukkan nilai rendah 1-2 menggambarkan kondisi kurang terbaik.

Peningkatan skala *Braden* pada kedua pasien dapat terjadi setelah dilakukannya alih baring per 2 jam yang dapat mencegah terjadinya luka tekan, selain itu peningkatka skala *Braden* dapat dipengaruhi faktor lain seperti *massage efflurage* dengan *virgin coconut oil* (VCO). *Massage Efflurage* yang berfungsi

untuk melancarkan peredaran darah, dapat meningkatkan oksitosin yang bisa memberikan rasa nyaman,merelaksasikan otot dan mengurangi persepsi nyeri (Mahmuda, 2019). Sedangkan *Virgin Coconut Oil* (VCO) mengandung vitamin E dan asam lemak seperti asam laurat dan oleat yang dapat membantu melembutkan kulit dan berfungsi sebagai pelembab yang efektif. Selain itu, VCO juga mengandung antibakteri yang dapat membantu melindungi kulit dari infeksi dan mengandung asam alami yang dapat meningkatkan hidrasi kulit dan mempercepat proses penyembuhan kulit (Az Zahra et al., 2023)

3. Perkembangan Skala *Braden* Sebelum dan Sesudah *Massage Efflurage* dengan *Virgin Coconut Oil* (VCO)

Hasil penelitian yang diterapkan pada kedua pasien didapatkan hasil bahwa *massage efflurage* dengan *virgin coconut oil* (VCO) mengalami penurunan risiko dekubitus yang dapat dilihat pada tabel 4.3 dengan keduanya mengalami peningkatan skala *braden* yaitu pada Tn. S mengalami peningkatan skala *braden* sebanyak 3 skor pada setiap area yang dilakukan penerapan, dan pada Tn. L mengalami peningkatan skala *braden* sebanyak 3 skor pada setiap area yang dilakukan penerapan. hal ini menunjukkan adanya repon positif setelah diberikan tindakan *massage efflurage* dengan *virgin coconut oil* (VCO) pada pasien. Hasil penerepan ini sesuai dengan penelitian Putra et al (2024) bahwa pemberian *massage effleurage* menggunakan *virgin coconut oil* dapat meningkatkan skor skala *braden*. *Massage effleurage* menggunakan *virgin coconut oil* adalah salah satu intervensi untuk mencegah dekubitus dengan cara perawatan kulit.

Ayu et al (2023) menyatakan bahwa kelompok intervensi setelah diberikan terapi *massage effleurage* dengan VCO dapat menurunkan skor decubitus pada pasien bedrest. Hal ini ditujukan seolah pasien bedrest diberikan intervensi tersebut kulit pasien lebih elastis, luka menjadi kering dan lembab dan ditunjukkan dengan penurunan risiko luka tekan pada pasien. Menurut Sari et al (2023) menyebutkan bahwa Pasien imobilisasi di ICU yang pernah diberikan intervensi pijat *efflurage* menunjukkan peningkatan skor skala *braden* mereka atau penurunan tingkat risiko dekubitus setelah intervensi. Maka untuk mencegah terjadinya dekubitus dilakukan intervensi *Massage Efflurage* yang memiliki tujuan mencegah terjadinya dekubitus, dengan memperlancar sirkulasi darah, sehingga pasokan oksigen dapat terpenuhi untuk mencegah terjadinya dekubitus. Menurut Astuti et al (2023) *massage* merupakan intervensi keperawatan yang

dapat diberikan kepada pasien imobilisasi untuk menjaga hidrasi kulit dalam batas wajar. Terapi pijat (*massage*) pijat bertujuan supaya melembabkan kulit, sehingga bila terdapat gesekan karena tekanan, tidak menyebabkan kulit terluka dan merupakan upaya penyembuhan yang aman, efektif, dan tanpa efek samping, sedangkan manfaat dari VCO itu sendiri adalah sebagai pelumas saat *massage*, sebagai pelembab kulit agar tidak kering, dan sebagai anti mikroba yang mampu menjaga kesehatan kulit karena kandungan vitamin E yang tinggi. Sehingga terapi *massage efflurage* dengan *virgin coconut oil* (VCO) mampu menurunkan risiko decubitus.

C. KETERBATASAN PENELITIAN

Keterbatasan dalam penelitian ini antara lain :

1. Proses dalam pengambilan data yang hanya dilakukan dalam waktu 3 hari, sehingga dalam pengambilan data kurang maksimal yang sebaiknya membutuhkan waktu kurang lebih 7 hari, hal berdasarkan salah satu jurnal penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh (Sumah, 2020).
2. Peneliti tidak menggunakan kelompok kontrol, sehingga tidak dapat membandingkan antara kelompok yang diberikan perlakuan dengan yang tidak diberikan perlakuan
3. Terdapat faktor yang tidak dapat dikendalikan oleh peneliti diantaranya faktor usia, faktor nutrisi, jenis kelamin, berat badan dan lamanya pasien bedrest dirumah yang dapat mempengaruhi kejadian decubitus.

BAB V

KESIMPILAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan diatas, maka dapat diatik kesimpulan sebagai berikut :

1. Sebelum dilakukan tindakan *Massage Efflurage* dengan *Virgin Coconut Oil* (VCO) pada Tn.S penerapan pada area scapula memiliki risiko sangat tinggi terjadinya dekubitus, area sacrum memiliki risiko sangat tinggi terjadinya dekubitus, dan tumit memiliki risiko sangat tinggi terjadinya decubitus. Sedangkan pada Tn.L penerapan pada area scapula memiliki risiko tinggi terjadinya dekubitus , sacrum memiliki risiko tinggi terjadinya dekubitus dan tumit memiliki risiko tinggi terjadinya decubitus.
2. Sesudah diberikan tindakan *Massage Efflurage* dengan *Virgin Coconut Oil* (VCO) pada Tn.S penerapan pada area scapula memiliki risiko tinggi terjadinya dekubitus, sacrum memiliki risiko tinggi terjadinya dekubitus dan tumit memiliki risiko tinggi terjadinya decubitus. Sedangkan pada Tn.L penerapan pada area scapula memiliki risiko menengah terjadinya dekubitus, sacrum memiliki risiko menengah terjadinya dekubitus dan tumit memiliki risiko menengah terjadinya decubitus.
3. Pemberian *Massage Efflurage* dengan VCO yang dilakukan pada Tn.S dan Tn. L menunjukkan adanya perkembangan yang diterapkan selama 3 hari, keduanya mengalami perkembangan. Pada Tn. S mengalami perkembangan yang sebelumnya risiko sangat tinggi menjadi risiko tinggi pada setiap area yang dilakukan penerapan, dan pada Tn. L mengalami perkembangan yang sebelumnya risiko tinggi menjadi risiko menengah pada setiap area yang dilakukan penerapan.

B. SARAN

1. Bagi Keluarga Pasien

Berdasarkan asuhan keperawatan yang telah diterapkan penulis pada pasien Tn.S dan Tn.L dengan risiko decubitus, Diharapkan bagi keluarga pasien dapat melakukan perubahan posisi dan penggunaan tempat tidur khusus dikubitus serta

dapat melakukan tindakan *massage efflurage* dengan *virgin coconut oil* (VCO), sebagai salah satu upaya untuk pencegahan terjadinya dekubitus.

2. Bagi Pelayanan kesehatan

Bagi pelayanan kesehatan khususnya rumah sakit ruang ICU (*Intensive Care Unit*) pada pasien yang mengalami tirah baring cukup lama dapat menerapkan tindakan *massage efflurage* dalam intervensi keperawatan untuk mencegah resiko terjadinya dekubitus pada pasien tirah baring yang cukup lama. Hal ini diharapkan dapat menjadi bahan referensi pelayanan kesehatan khususnya tenaga medis yang berhadapan langsung dengan pasien sehingga dapat meningkatkan pelayanan kesehatan.

3. Bagi Institusi

Hasil dari laporan Karya Ilmiah Akhir ini diharapkan sebagai bahan referensi dan masukan dalam menyusun asuhan keperawatan khususnya pada pasien penurunan kesadaran mengenai efektifitas *massage efflurage* dengan *virgin coconut oil* (VCO) terhadap pencegahan terjadinya dekubitus pada pasien di ruang ICU.

4. Bagi Peneliti selanjutnya

Diharapkan karya Ilmiah Akhir ini dapat menjadi salah satu sumber referensi dan menambah pengetahuan dalam pemberian *massage efflurage* dengan *virgin coconut oil* (VCO). Diharapkan juga dapat dikembangkan oleh peneliti selanjutnya dengan hasil yang lebih baik dan menambah keilmuan terutama dibidang keperawatan dan manfaat pada pasien juga lebih maksimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Adhisa, S., & Megasari, D. S. (2020). Kajian Penerapan Model Pembelajaran Kooperatif Tipe True or False Pada Kompetensi Dasar Kelainan Dan Penyakit Kulit. *E-Jurnal*, 09(3), 82–90. <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiZotim3Nf6AhUTU3wKHcBABmIQFnoECAsQAQ&url=https%3A%2F%2Fejournal.unesa.ac.id%2Findex.php%2Fjurnal-tata-rias%2Farticle%2Fview%2F35194%2F31310&usg=AOvVaw0o0OIMi7aFea0KttMCVWmN>
- Alimansur, M., & Santoso, P. (2019). Faktor Resiko Dekubitus Pada Pasien Stroke. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 8(1), 82. <https://doi.org/10.32831/jik.v8i1.259>
- Amirsyah, M., Amirsyah, M., & Putra, M. I. A. P. (2020). Ulkus Dekubitus pada Penderita Stroke. *Kesehatan Cegahum*, 2(03), 1–8.
- Ayu, S., Rahayu, L., Silvitasari, I., Massage, P., Virgin, D., Oil, C., Luka, T., Di, T., & Effleurage, M. (2023). *PENERAPAN MASSAGE DENGAN VIRGIN COCONUT OIL*.
- Az Zahra, A. A., Supriyadi, & Dwiningsih, S. U. (2023). Pengaruh Massage Effleurage dengan Virgin Coconut Oil (VCO) terhadap Pencegahan Risiko Dekubitus pada Pasien Stroke Non Hemoragik. *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*, 13(2), 665–672. <https://doi.org/10.32583/pskm.v13i2.785>
- Badrujamaludin, A., Melanie, R., & Nurdiantini, N. (2022). Pengaruh mobilisasi dan massage terhadap pencegahan risiko luka tekan pada pasien tirah baring. *Holistik Jurnal Kesehatan*, 15(4), 610–623. <https://doi.org/10.33024/hjk.v15i4.5558>
- Darmareja, R., Kosasih, C. E., & Priambodo, A. P. (2020). The Effect Of Effleurage Massage Using Virgin Coconut Oil On The Risk Level Of Pressure Ulcers In Intensive Care Unit Patients. *Jurnal Keperawatan Soedirman*, 15(3). <https://doi.org/10.20884/1.jks.2020.15.3.1201>
- Fernanda, M., & Yanto, A. (2023). Penerapan Pijat Effleurage Menggunakan Virgin Coconut Oil Dalam Menurunkan Risiko Pressure Ulcer Pada Pasien Dengan Stroke Non Hemoragic. *Ners Muda*, 4(2), 153. <https://doi.org/10.26714/nm.v4i2.10296>
- Handayani, I. (2020). Hubungan Pengetahuan Perawat Tentang Pasien Tirah Baring Yang Terlalu Lama Dengan Kejadian Dekubitus Di Rsu Artha Medica Binjai Tahun 2020. *Jurnal Health Reproductive*, 5(2), 1–7. <https://doi.org/10.51544/jrh.v5i2.1622>
- Krisnawati, D., Faidah, N., & Purwandari, N. P. (2022). Pengaruh perubahan posisi terhadap kejadian decubitus pada pasien tirah baring lama di ruang Irin Rumah Sakit Mardi Rahayu Kudus. *The Shine Cahaya Dunia D-III Keperawatan*, 7(1), 15–26. <https://ejournal.annurpurwodadi.ac.id/index.php/TSCD3Kep/article/view/332>
- Mahmuda, I. N. N. (2019). Pencegahan Dan Tatalaksana Dekubitus Pada Geriatri. *Biomedika*, 11(1), 11. <https://doi.org/10.23917/biomedika.v11i1.5966>
- Maryam, S., Susilaningsih, E. Z., & Rahmawati, I. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien*

Cva Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman dan Perlindungan : Integritas Kulit. 3,1–10.

Miladiarsi, Wahdaniar, Irma, A., Aswad, H., Lukman, J. B., Fatany, A. I., Nurfadilah, A., & Adri, T. A. (2022). Pembuatan Dan Peyuluhan Manfaat Virgin Coconut Oil Dalam Bidang Kesehatan Sebagai Alternatif Pengobatan Herbal Pada Kelurahan Kalegowa Kabupaten Gowa. *Dharma Jnana*, 2(2), 137–143.

Muasyaroh, N., Rohana, N., & Aini, D. N. (2020). Pengaruh masase dengan VCO (virgin coconut oil) terhadap risiko dekubitus pada pasien penurunan kesadaran di Ruang ICU RSUD dr. H. Soewondo Kendal. *Jurnal Ners Widya Husada*, 7(3), 38–47.

Muhammad Hafizh Izuddin Alzamani, L., Rianta Yolanda Marbun, M., Eka Purwanti, M., Salsabilla, R., & Rahmah, S. (2022). Ulkus Kronis: Mengenali Ulkus Dekubitus dan Ulkus Diabetikum. *Jurnal Syntax Fusion*, 2(02), 272–286. <https://doi.org/10.54543/fusion.v2i02.153>

Putra, Y. M., Kurnia, A., & Armiyati, Y. (2024). *Massage Effleurage Menggunakan Virgin Coconut Oil (VCO) untuk Menurunkan Risiko Dekubitus pada Penderita Stroke.*

Putri Astuti, G., Setiyawan, A., & Husain, F. (2023). Penerapan Pemberian Virgin Coconut Oil (VCO) Melalui Massage Terhadap Pencegahan Luka Tekan Pasien Tirah Baring Di Ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Karanganyar. *Jurnal Riset Ilmu Kesehatan Dan Keperawatan*, 1(3), 108–117.

Rahma, J. (2020). Metode Pengambilan Data Pada Pengkajian Proses Asuhan Keperawatan. *Jurnal Keperawatan*, 3–4.

Santiko, S., & Faidah, N. (2020). Pengaruh Massage Efflurage Dengan Virgin Coconut Oil (Vco) Terhadap Pencegahan Dekubitus Pada Pasien Bedrest Di Ruang Instalasi Rawat Intensive (Irin) Rs Mardi Rahayu Kudus. *Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan Masyarakat Cendekia Utama*, 9(2), 191. <https://doi.org/10.31596/jcu.v9i2.600>

Sari, D. N., Husain, F., & Widodo, P. (2023). Massage Efflurage VCO Terhadap Pencegahan Dekubitus pada Pasien Tirah Baring di RSUD Pandan Arang Boyolali. *SEHATRAKYAT (Jurnal Kesehatan Masyarakat)*, 2(3), 410–416. <https://doi.org/10.54259/sehatrakyat.v2i3.1965>

Siregar, F. R. (2020). *Hal-Hal Terkait Pentingnya Perencanaan Dan Implementasi Dalam Asuhan Keperawatan.* 1–5. <http://dx.doi.org/10.31219/osf.io/qmkg7>

Sukurni, Rosa, E. M., Yuniarti, F. A., & Khoiriyati, A. (2018). Efektifitas skala braden dan skala waterlow dalam mendeteksi dini resiko terjadinya pressure ulcer di ruang perawatan rumah sakit “X.” *Jurnal Kesehatan Karya Husada*, 6(2), 120–138.

Sumah, D. F. (2020). Keberhasilan Penggunaan Virgin Coconut Oil secara Topikal untuk Pencegahan Luka Tekan (Dekubitus) Pasien Stroke di Rumah Sakit Sumber Hidup Ambon. *Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan*, 16(2), 93. <https://doi.org/10.24853/jkk.16.2.93-102>

Walther, F., Heinrich, L., Schmitt, J., Eberlein-Gonska, M., & Roessler, M. (2022). Prediction of inpatient pressure ulcers based on routine healthcare data using machine learning methodology. *Scientific Reports*, 12(1), 1–10. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-09050-x>

Zebua, F. (2020). Pentingnya Perencanaan dan Implementasi Keperawatan terhadap

Kepuasan Pasien di Rumah Sakit. *OSF Preprints*, 1–8.

Zikran, Z., Pahria, T., & Adiningsih, D. (2023). Pengaruh Penggunaan Virgin Coconut Oil (Vco) Terhadap Pencegahan Dekubitus: Literature Review. *Jurnal Ners*, 7(1), 564–572. <https://doi.org/10.31004/jn.v7i1.13845>

LAMPIRAN

Lampiran 1. *Informend Consent*

Responden 1

Lembar Persetujuan

Saya Lusi Meikasari adalah peneliti dari **Universitas Aisyiyah Surakarta jurusan Profesi Ners** dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam Penerapan yang berjudul “Penerapan *Massage Effluage* dengan VCO (*Virgin Coconut Oil*) Terhadap Pencegahan Dekubitus pada Pasien Tirah Baring Di Ruang ICU RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen ”.

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Tn.S
Usia : 76 Tahun
Jenis Kelamin : Laki - laki

Dengan ini **Setuju** untuk ikut berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian ini dengan kondisi :

- a. Data yang diperoleh dari penerapan ini dijaga kerahasiaan dan hanya digunakan untuk kepentingan ilmiah.
- b. Tidak ada paksaan dari siapapun untuk ikut serta dalam Penerapan ini ini.

Surakarta, 22 januari 2024

Penulis



(Lusi Meikasari)

Yang Bertanda Tangan



(Tn.S)

Lampiran 2. *Informed Consent*

Responden 2

Lembar Persetujuan

Saya Lusi Meikasari adalah peneliti dari **Universitas Aisyiyah Surakarta jurusan Profesi Ners** dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam Penerapan yang berjudul “Penerapan *Massage Effluage* dengan VCO (*Virgin Coconut Oil*) Terhadap Pencegahan Dekubitus pada Pasien Tirah Baring Di Ruang ICU RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen ”.

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Tn.L
Usia : 63 Tahun
Jenis Kelamin : Laki - laki

Dengan ini **Setuju** untuk ikut berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian ini dengan kondisi :

- a. Data yang diperoleh dari penerapan ini dijaga kerahasiaan dan hanya digunakan untuk kepentingan ilmiah.
- b. Tidak ada paksaan dari siapapun untuk ikut serta dalam Penerapan ini ini.

Surakarta, 22 januari 2024

Penulis



(Lusi Meikasari)

Yang Bertanda Tangan



(Tn.L)

Lampiran 3.Lembar Konsultasi KIAN









Universitas 'Aisyiyah Surakarta

LEMBAR KONSULTASI KARYA ILMIAH

Nama Mahasiswa : Lusi
NIM : 202314083
Judul Karya Ilmiah Akhir : Penerapan *Massage Effluage* dengan VCO (*Virgin Coconut Oil*) Terhadap Pencegahan Dekubitus pada Pasien Tirah Baring Di Ruang ICU RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen
Nama Pembimbing : Ika Silvitasari, S.Kep., Ns., M.Kep

No	Hari/Tgl	Materi	Masukan Pembimbing	Tanda Tangan
1.	Rabu , 10 Januari 2024	Konsultasi Jurnal	Jurnal harus yang penelitian (pengaruh atau efektifitas)	
2.	Jum'at, 12 Januari 2024	Konsultasi jurnal	Jurnal kurang pas	
3.	Senin , 15 Januari 2024	Konsultasi jurnal dan judul	ACC jurnal dan judul	

4.	Rabu , 20 Maret 2024	Konsultasi BAB I-II	BAB 1 latar belakang kurang detail dalam menjelaskan pokok permasalahan, penggunaan kutipan yang salah BAB 2 spasi berantakan, penulisan kutipan yang salah	
5.	Selasa , 22 Maret 2024	Konsultasi BAB I-III	Belum menuliskan hasil penelitain sebelumnya. Rapikan sistematika dasar penulisan dan rapikan spasi,tambahkan teori pada sub bab dekubitus di bab 2 dan tambahkan SOP <i>massage efflurge</i> dengan VCO (<i>virgin coconut oil</i>).	
6.	Kamis,18 April 2024	Konsultasi BAB 1-III	Menambahkan nilai rata-rata dekubitus sebelum dan sesudah dilakukan penerepan pada penelitian selanjutnya, rapikan spasi, diagnosa sesuai SDKI, definisi oprasional sesuai judul.	
7.	Sabtu , 4 Mei 2024	Konsultasi BAB I-V	Judul tabel sesuai tujuan, rapikan spasi, penambahan materi pada pembahasan , lengkapi drafe dari awal sampai akhir dan halaman pengesahan	
8.	Sabtu, 27 Mei 2024	BAB 1- BAB V	rapihkan tabel, penambahan materi pembahasan, keterbatasan peneliti	
9.	Rabu, 29 Mei 2024	BAB I- BAB V dan ACC Ujian	Rapihkan keterbatasan penelitian, buat surat surat kelengkapan untuk ujian kian	



Universitas 'Aisyiah Surakarta

LEMBAR KONSULTASI KARYA ILMIAH

Nama Mahasiswa : Lusi
 NIM : 202314083
 Judul Karya Ilmiah Akhir : Penerapan *Massage Effluage* dengan VCO (*Virgin Coconut Oil*) Terhadap Pencegahan Dekubitus pada Pasien Tirah Baring Di Ruang ICU RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen
 Nama Penguji 1 : Waluyo, S.Kep., Ns., M.Kep
 Nama Penguji 2 : Ika Silvitasari, S.Kep., Ns., M.Kep

No	Penguji	Materi	Masukan Pembimbing	Tanda Tangan
1.	Penguji 1	Bab 1, Bab 2 dan Bab 4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penambahan dampak dekubitus pada rumah rumah sakit 2. Kaitkan pencegahan dekubitus dengan manfaat <i>massage efflurage</i> 3. Tambahkan nama bangsal pada gambaran lokasi penelitian dan pada keterbatasan penelitan tambahkan berdasarkan data siapa. 	
2.	Penguji 2	Bab 2, Bab 3 dan Bab 4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Teliti kembali dalam referensi 2. Tambahkan pembahasan mengenai yang dapat mempengaruhi resiko decubitus pada pasien 1 dan pasien dua, serta tambahkan hal yang dapat meningkatkan skala <i>Braden</i> dan tambahkan keterbatasan penelitian 3. Perhatikan dalam penulisan capital dan huruf miring . 	

Lampiran 5. Instrumen Penelitian

Lampiran 6. Skala Braden Tn.S

(Sebelum – 24 Januari 2024)

24/01/2024
(Tn.S)
Sebelum

SKALA BRADEN UNTUK MEMPREDIKSI RESIKO DEKUBITUS

Faktor	Deskripsi	Score / Skala / sacero / kunit
Persepsi Sensori Kemampuan untuk merespon secara tepat terhadap rasa tidak nyaman yang berhubungan dengan tekanan	<p>1. Keterbatasan Penuh Tidak ada respon (tidak mengengang, menyentak atau mengenggang) terhadap rangsangan nyeri karena memurninya tingkat kesadaran atau sedasi, atau terbatasnya kemampuan untuk merasakan nyeri yang sebagian besar pada permukaan tubuh.</p> <p>2. Sangat Terbatas Hanya dapat merespon terhadap rangsangan nyeri. Namun tidak dapat menyampaikan rasa tidak nyaman kecuali dengan mengengang atau gelisah, atau mempunyai gangguan sensori yang menyebabkan terbatasnya kemampuan untuk merasakan nyeri atau tidak nyaman pada lebih dari 1/2 bagian tubuh.</p> <p>3. Keterbatasan Ringan Dapat merespon panggilan tetapi tidak selalu dapat menyampaikan responsa tidak nyaman atau keinginan untuk mengubah posisi badan. Memiliki beberapa gangguan sensori yang membatasinya untuk dapat merasakan nyeri atau tidak nyaman pada satu atau kedua ekstremitas.</p> <p>4. Tidak Ada Gangguan Dapat merespon panggilan. Tidak memiliki penurunan sensori sehingga dapat menyatakan rasa nyeri atau rasa tidak nyaman.</p>	1/1/1
Kelambaban Tingkat keadaan dimana kulit menjadi lembab/terpapar kelembaban	<p>1. Selalu Lembab Kulit selalu dalam keadaan lembab oleh keringat, urine dan lainnya, keadaan lembab dapat dilihat pada saat pasien di gerakkan atau dibalik.</p> <p>2. Umumnya Lembab Kulit sering terlihat lembab akan tetapi tidak selalu. Pakaian pasien dan atau alas tempat tidur harus di ganti setidaknya setiap kali setiap pergantian dinas.</p> <p>3. Kadang-Kadang Lembab Kulit kadang-kadang lembab. Penggantian pakaian pasien dan atau alas tempat tidur, perlu di ganti minimal satu kali sehari.</p> <p>4. Jarang Lembab Kulit biasanya dalam keadaan kering, pakaian dan atau alas ganti sesuai dengan jadwal rutin penggantian.</p>	2/2/2
Mobilitas Kemampuan untuk merubah dan mengatur posisi	<p>1. Tidak Mampu Bergerak Sama Sekali Tidak dapat merubah posisi badan atau ekstremitas 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 aktif (merubah posisi badan terhadap tekanan) secara mandiri.</p> <p>3. Tidak Ada Masalah/Keterbatasan Ringan Bergerak secara mandiri baik di kursi maupun di atas tempat tidur dan memiliki kekuatan otot yang cukup untuk menjaga posisi badan sepenuhnya selama bergerak. Dapat mengatur posisi yang baik di tempat tidur ataupun di kursi kapan saja</p>	1/1/1

	<p>4. Tanpa Keterbatasan Dapat merubah posisi badan secara tepat dan sering mengatur posisi badannya adanya bantuan.</p>	
Aktivitas Tingkat aktivitas	<p>1. Total Di Tempat Tidur Hanya terbaring di tempat tidur.</p> <p>2. Dapat Duduk Kemampuan untuk berjalan sangat terbatas atau tidak bisa sama sekali dan tidak mampu menahan berat badan dan 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 dengan atau tanpa bantuan. Lebih banyak menghabiskan waktunya di tempat tidur atau dikursi pada setiap pergantian dinas.</p> <p>4. Dapat Berjalan Berjalan keluar ruangan setidaknya 2 (dua) kali sehari dan berjalan di dalam ruangan setidaknya sekali setiap 2 jam selama waktu terjaga.</p>	1/1/1
Nutrisi Pola kebiasaan makan	<p>1. Sangat Buruk Tidak pernah menghabiskan makanan. Jarang makan lebih dari 1/3 dari makanan yang diberikan. Makan mengandung protein sebanyak 2 porsi atau kurang setiap harinya. Kurang mengkonsumsi cairan. Tidak mengkonsumsi cairan suplemen atau pasien di pasakan, dan atau mengkonsumsi makanan cairan atau mendapatkan cairan infuse melalui intra vena lebih dari lima hari.</p> <p>2. Kurang Mencukupi Jarang sekali menghabiskan makanan dan biasanya hanya menghabiskan kira-kira 1/2 porsi makanan yang diberikan. Pemakaian makanan yang mengandung protein hanya tiga porsi setiap harinya. Kadang-kadang mengkonsumsi makanan suplemen atau mendapatkan makanan cairan atau selang NGT dengan jumlah yang kurang dari kebutuhan optimum per hari.</p> <p>3. Mencukupi Satu hari makan 3 (tiga) kali. Setiap makan mengkonsumsi lebih dari setengah porsi. Mengkonsumsi sebanyak 4 porsi makanan yang mengandung protein setiap harinya. Kadang menolak untuk makan, tapi biasanya mengkonsumsi makanan suplemen bila diberikan atau mendapatkan makanan melalui selang NGT atau cairan infus berkali-kali tinggi yang dapat memenuhi kebutuhan nutrisi.</p> <p>4. Sangat Baik Menghabiskan setiap makanan yang diberikan. Tidak pernah menolak. Mengkonsumsi 4 porsi atau lebih menu protein. Kadang gemilang, tidak memerlukan makanan suplemen.</p>	3/3/3

Pergeseran dan gesekan	<p>1. Bermasalah Memerlukan bantuan sedang sampai maksimal untuk bergerak. Tidak mungkin memindahkan badan tanpa pergeseran dengan kursi, dan sering sekali memerlukan bantuan yang maksimal untuk pengembalian posisi semula. Kekakuan pada otot, kontraktur atau gelisah yang sering menimbulkan terjadinya gesekannya terus menerus.</p> <p>2. Potensi Bermasalah Bergerak lenah atau memerlukan bantuan minimal. Selama bergerak kulit kemungkinan bergesekan dengan alas tempat tidur, kursi, sabuk, pengkangan atau alat bantu lain. Hampir selalu menjaga badan dengan cukup baik di kursi ataupun di tempat tidur, namun kadang-kadang merosot kebawah.</p> <p>3. Keterbatasan Ringan Dapat merubah posisi badan atau ekstremitas secara mandiri meskipun dengan gerakan ringan.</p>	1/1/1
Total Score		9/9/9

Keterangan :

- 1. <9 : Resiko sangat tinggi
- 2. 10-12 : Resiko tinggi
- 3. 13-14 : Resiko menengah
- 4. 15-18 : Resiko rendah

(Sesudah – 24 januari 2024)

24 / 01 / 2024
(Tn S)
Sesudah

SKALA BRADEN UNTUK MEMPREDIKSI RESIKO DEKUBITUS

Faktor	Deskripsi	Score skor/1/2/3/4/5/6/7/8/9/10
Persepsi Sensori Kemampuan untuk merespon secara tepat terhadap rasa tidak nyaman yang berhubungan dengan tekanan	<p>1. Keterbatasan Penuh Tidak ada respon (tidak mengering, menyentak atau mengenggang) terhadap rangsangan nyeri karena menurunnya tingkat kesadaran atau sedasi, atau terbatasnya kemampuan untuk merasakan nyeri yang sebagian besar pada permukaan tubuh.</p> <p>2. Sangat Terbatas Hanya dapat merespon terhadap rangsangan nyeri. Namun tidak dapat menyampaikan rasa tidak nyaman kecuali dengan mengering atau gelisah, atau mempunyai gangguan sensoris yang menyebabkan terbatasnya kemampuan untuk merasakan nyeri atau tidak nyaman pada lebih dari 1/2 bagian tubuh.</p> <p>3. Keterbatasan Ringan Dapat merespon panggilan tetapi tidak selalu dapat menyampaikan respon rasa tidak nyaman atau keinginan untuk merubah posisi badan. Memiliki beberapa gangguan sensoris yang membatasinya untuk dapat merasakan nyeri atau tidak nyaman pada satu atau kedua ekstremitas.</p> <p>4. Tidak Ada Gangguan Dapat merespon panggilan. Tidak memiliki penurunan sensoris sehingga dapat menyatakan rasa nyeri atau rasa tidak nyaman.</p>	1 / 1
Kelembaban Tingkat keadaan dimana kulit menjadi lembab/terpapar kelembaban	<p>1. Selalu Lembab Kulit selalu dalam keadaan lembab oleh keringat, urine dan lainnya, keadaan lembab dapat dilihat pada saat pasien di gerakkan atau dibalik.</p> <p>2. Umumnya Lembab Kulit sering terlihat lembab akan tetapi tidak selalu. Pakisan pasien dan atau alas tempat tidur harus di ganti setidaknya setiap kali setiap pergantian dinas.</p> <p>3. Kadang-Kadang Lembab Kulit kadang-kadang lembab. Penggantian pakaian pasien dan alas alas tempat tidur, perlu di ganti minimal satu kali sehari.</p> <p>4. Jarang Lembab Kulit biasanya dalam keadaan kering, pakaian dan atau alas tempat tidur di ganti sesuai dengan jadwal rutin pergantian.</p>	2 / 2
Mobilitas Kemampuan untuk merubah dan mengatur posisi	<p>1. Tidak Mampu Bergerak Sama Sekali Tidak dapat merubah posisi badan atau ekstremitas bahkan posisi yang ringan sekaligus 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 aktif (merubah posisi badan terhadap tekanan) secara mandiri.</p> <p>3. Tidak Ada Masalah/Keterbatasan Ringan Bergerak secara mandiri baik di kursi maupun di atas tempat tidur dan memiliki kekuatan otot yang cukup untuk menjaga posisi badan sepenuhnya selama bergerak. Dapat mengatur posisi yang baik di tempat tidur ataupun di kursi kapan saja.</p>	1 / 1

	<p>4. Tanpa Keterbatasan Dapat merubah posisi badan secara tepat dan sering mengatur posisi badan tanpa adanya bantuan.</p>	
Aktivitas Tingkat aktivitas	<p>1. Total Di Tempat Tidur Hanya terbaring di tempat tidur.</p> <p>2. Dapat Duduk Kemampuan untuk berjalan sangat terbatas atau tidak bisa sama sekali dan tidak mampu merubah berat badan dan 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 dengan atau tanpa bantuan. Lebih banyak menghabiskan waktunya ditempat tidur atau dikursi pada setiap pergantian dinas.</p> <p>4. Dapat Berjalan Berjalan ke luar ruangan sedikitnya 2 (dua) kali sehari dan berjalan di dalam ruangan sedikitnya sekali setiap 2 jam selama waktu terjaga.</p>	1 / 1
Nutrisi Pola kebiasaan makan	<p>1. Sangat Buruk Tidak pernah menghabiskan makanan. Jarang makan lebih dari 1/3 dari makanan yang diberikan. Makan mengandung protein sebanyak 2 porsi atau kurang setiap harinya. Kurang mengkonsumsi cairan. Tidak mengkonsumsi cairan suplemen atau pasien di pasakan, dan atau mengkonsumsi makanan cairan atau mendapatkan cairan infuse melalui intra vena lebih dari lima hari.</p> <p>2. Kurang Mencukupi Jarang sekali menghabiskan makanan dan biasanya hanya menghabiskan kira-kira 1/2 porsi makanan yang diberikan. Penasakan makanan yang mengandung protein hanya tiga porsi setiap harinya. Kadang-kadang mengkonsumsi makanan suplemen atau mendapatkan makanan cairan atau selang NGT dengan jumlah yang kurang dari kebutuhan optimum per hari.</p> <p>3. Mencukupi Satu hari makan 3 (tiga) kali. Setiap makan mengkonsumsi lebih dari setengah porsi. Mengkonsumsi sebanyak 4 porsi makanan yang mengandung protein setiap harinya. Kadang melolak untuk makan, tapi biasanya mengkonsumsi makanan suplemen bila diberikan atau mendapatkan makanan melalui selang NGT atau cairan infus berkali-kali tinggi yang dapat memenuhi kebutuhan nutrisi.</p> <p>4. Sangat Baik Menghabiskan setiap makanan yang diberikan. Tidak pernah melolak. Mengkonsumsi 4 porsi atau lebih menu protein. Kadang mengemil, tidak memerlukan makanan suplemen.</p>	3 / 3

Pergeseran dan gesekan	<p>1. Bermasalah Memerlukan bantuan sedang sampai maksimal untuk bergerak. Tidak mungkin memindahkan badan tanpa pergeseran dengan alas tempat tidur. Sering merosot kebawah di atas tempat tidur atau kursi, dan sering sekali memerlukan bantuan yang maksimal untuk pengembalian posisi semula. Kelakuan pada otot, kontraktur atau gelisah yang sering menimbulkan terjadinya gesekan yang terus menerus.</p> <p>2. Potensi Bermasalah Bergerak lemah atau memerlukan bantuan minimal. Selama bergerak kulit kemungkinan bergesekan dengan alas tempat tidur, kursi, sabuk pengkangan atau alat bantu lain. Hampir selalu menjaga badan dengan cukup baik di kursi ataupun di tempat tidur, namun kadang-kadang merosot kebawah.</p> <p>3. Keterbatasan Ringan Dapat merubah posisi badan atau ekstremitas secara mandiri meskipun dengan gerakan ringan.</p>	1 / 1
Total Score		5 / 9

Keterangan :

- 1. <9 : Resiko sangat tinggi
- 2. 10-12 : Resiko tinggi
- 3. 13-14 : Resiko menengah
- 4. 15-18 : Resiko rendah

(Sebelum – 25 Januari 2024)

	<p>4. Tanpa Keterbatasan Dapat merubah posisi badan secara tepat dan sering mengatur posisi badannya adanya bantuan.</p>	
Aktivitas Tingkat aktivitas	<p>1. Total Di Tempat Tidur Hanya terbaring di tempat tidur.</p> <p>2. Dapa Duduk Kemampuan untuk berjalan sangat terbatas atau tidak bisa sama sekali dan tidak mampu menahan berat badan dan atau harus dibantu untuk kembali ke kursi atau roda.</p> <p>3. Berjalan Kadang-kadang Selama siang hari kadang-kadang dapat berjalan, tetapi jaraknya sangat dekat dengan atau tanpa bantuan. Lebih banyak menghabiskan waktunya ditempat tidur atau dikursi pada setiap pergantian dinas.</p> <p>4. Dapat Berjalan Berjalan keluar ruangan sedikitnya 2 (dua) kali sehari dan berjalan di dalam ruangan sedikitnya sekali setiap 2 jam selama waktu terjaga.</p>	11/1
Nutrisi Pola kebiasaan makan	<p>1. Sangat Buruk Tidak pernah menghabiskan makanan. Jarang makan lebih dari 1/3 dari makanan yang diberikan. Makan mengandung protein sebanyak 2 porsi atau kurang setiap harinya. Kurang mengonsumsi cairan. Tidak mengonsumsi cairan suplemen atau pasien di pasukan, dan atau mengonsumsi makanan cair atau mendapatkan cairan infuse melalui intra vena lebih dari lima hari.</p> <p>2. Kurang Mencukupi Jarang sekali menghabiskan makanan dan biasanya hanya menghabiskan kira-kira 1/2 porsi makanan yang diberikan. Pemasaan makanan yang mengandung protein hanya tiga porsi setiap harinya. Kadang-kadang mengonsumsi makanan suplemen atau mendapatkan makanan cair atau selang NGT dengan jumlah yang kurang dari kebutuhan optimum per hari.</p> <p>3. Mencukupi Satu hari makan 3 (tiga) kali. Setiap makan mengonsumsi lebih dari setengah porsi. Mengonsumsi sebanyak 4 porsi makanan yang mengandung protein setiap harinya. Kadang menolak untuk makan, tapi biasanya mengonsumsi makanan suplemen bila diberikan atau mendapatkan makanan melalui selang NGT atau cairan infus berkali-kali yang dapat memenuhi kebutuhan nutrisi.</p> <p>4. Sangat Baik Menghabiskan setiap makanan yang diberikan. Tidak pernah menolak. Mengonsumsi 4 porsi atau lebih menu protein. Kadang mengemil, tidak memerlukan makanan suplemen.</p>	3/3/3

(2 of 2)
2024/01/25

SKALA BRADYKINETIK MEMBERSIHAH RESIRO BEREHETS

Kategori	Sub-kategori	Deskripsi	Skor
Keterbatasan Ringan	1. Keterbatasan Ringan	Dapat merubah posisi badan secara tepat dan sering mengatur posisi badannya adanya bantuan.	11/1
	2. Dapa Duduk	Kemampuan untuk berjalan sangat terbatas atau tidak bisa sama sekali dan tidak mampu menahan berat badan dan atau harus dibantu untuk kembali ke kursi atau roda.	11/1
	3. Berjalan Kadang-kadang	Selama siang hari kadang-kadang dapat berjalan, tetapi jaraknya sangat dekat dengan atau tanpa bantuan. Lebih banyak menghabiskan waktunya ditempat tidur atau dikursi pada setiap pergantian dinas.	11/1
	4. Dapat Berjalan	Berjalan keluar ruangan sedikitnya 2 (dua) kali sehari dan berjalan di dalam ruangan sedikitnya sekali setiap 2 jam selama waktu terjaga.	11/1
Keterbatasan Tinggi	1. Sangat Buruk	Tidak pernah menghabiskan makanan. Jarang makan lebih dari 1/3 dari makanan yang diberikan. Makan mengandung protein sebanyak 2 porsi atau kurang setiap harinya. Kurang mengonsumsi cairan. Tidak mengonsumsi cairan suplemen atau pasien di pasukan, dan atau mengonsumsi makanan cair atau mendapatkan cairan infuse melalui intra vena lebih dari lima hari.	3/3/3
	2. Kurang Mencukupi	Jarang sekali menghabiskan makanan dan biasanya hanya menghabiskan kira-kira 1/2 porsi makanan yang diberikan. Pemasaan makanan yang mengandung protein hanya tiga porsi setiap harinya. Kadang-kadang mengonsumsi makanan suplemen atau mendapatkan makanan cair atau selang NGT dengan jumlah yang kurang dari kebutuhan optimum per hari.	3/3/3
	3. Mencukupi	Satu hari makan 3 (tiga) kali. Setiap makan mengonsumsi lebih dari setengah porsi. Mengonsumsi sebanyak 4 porsi makanan yang mengandung protein setiap harinya. Kadang menolak untuk makan, tapi biasanya mengonsumsi makanan suplemen bila diberikan atau mendapatkan makanan melalui selang NGT atau cairan infus berkali-kali yang dapat memenuhi kebutuhan nutrisi.	3/3/3
	4. Sangat Baik	Menghabiskan setiap makanan yang diberikan. Tidak pernah menolak. Mengonsumsi 4 porsi atau lebih menu protein. Kadang mengemil, tidak memerlukan makanan suplemen.	3/3/3

Pergeseran dan gesekan	<p>1. Bermasalah Memerlukan bantuan sedang sampai maksimal untuk bergerak. Tidak mungkin memindahkan badan tanpa pergeseran dengan alas tempat tidur. Sering merosot kebawah di atas tempat tidur atau kursi, dan sering sekali memerlukan bantuan yang maksimal untuk pengembalian posisi semula. Kekakuan pada otot, kontraktur atau gelisah yang sering menimbulkan terjadinya gesekan yang terus menerus.</p> <p>2. Potensi Bermasalah Bergerak lemah atau memerlukan bantuan minimal. Selama bergerak kulit kemungkinan bergesekan dengan alas tempat tidur, kursi, sabuk pengkangan atau alat bantu lain. Hampir selalu menjaga badan dengan cukup baik di kursi ataupun di tempat tidur, namun kadang-kadang merosotkebawah.</p> <p>3. Keterbatasan Ringan Dapat merubah posisi badan atau ekstremitas secara mandiri meskipun dengan gerakan ringan.</p>	11/1
Total Score		9/9/5

Keterangan :

- 1. <9 : Resiko sangat tinggi
- 2. 10-12 : Resiko tinggi
- 3. 13-14 : Resiko menengah
- 4. 15-18 : Resiko rendah

(Sesudah – 25 januari 2024)

25 / 01 / 2024
(Tn.S)
Sesudah

SKALA BRADEN UNTUK MEMPREDIKSI RESIKO DEKUBITUS

Faktor	Deskripsi	Score skala 0-4
Persepsi Sensori Kemampuan untuk merespon secara tepat terhadap rasa tidak nyaman yang berhubungan dengan tekanan	<p>1. Keterbatasan Penuh Tidak ada respon (tidak menggerakkan, menyentak atau mengenggam) terhadap rangsangan nyeri karena menurunnya tingkat kesadaran atau sedasi, atau terbatasnya kemampuan untuk merasakan nyeri yang sebagian besar pada permukaan tubuh.</p> <p>2. Sangat Terbatas Hanya dapat merespon terhadap rangsangan nyeri. Namun tidak dapat menyampaikan rasa tidak nyaman kecuali dengan menggerakkan atau menggeliat, atau mempunyai gangguan sensorial yang menyebabkan terbatasnya kemampuan untuk merasakan nyeri atau tidak nyaman pada lebih dari 1/2 bagian tubuh.</p> <p>3. Keterbatasan Ringan Dapat merespon panggilan tetapi tidak selalu dapat menyampaikan perasaan tidak nyaman atau keinginan untuk merubah posisi badan. Memiliki beberapa gangguan sensorial yang membatasinya untuk dapat merasakan nyeri atau tidak nyaman pada satu atau kedua ekstremitas.</p> <p>4. Tidak Ada Gangguan Dapat merespon panggilan. Tidak memiliki penurunan sensorial sehingga dapat menyatakan rasa nyeri atau rasa tidak nyaman.</p>	1 / 1 / 1
Kelembaban Tingkat keadaan dimana kulit menjadi lembab/terpapar kelembaban	<p>1. Selalu Lembab Kulit selalu dalam keadaan lembab oleh keringat, urine dan lainnya, keadaan lembab dapat dilihat pada saat pasien di gerakkan atau dibalik.</p> <p>2. Umumnya Lembab Kulit sering terlihat lembab akan tetapi tidak selalu. Pakaian pasien dan atau alas tempat tidur harus di ganti setidaknya setiap kali setiap pergantian dinas.</p> <p>3. Kadang-Kadang Lembab Kulit kadang-kadang lembab. Penggantian pakaian pasien dan atau alas tempat tidur, perlu di ganti minimal satu kali sehari.</p> <p>4. Jarang Lembab Kulit biasanya dalam keadaan kering, pakaian dan atau alas tempat tidur di ganti sesuai dengan jadwal rutin pergantian.</p>	3 / 3 / 3
Mobilitas Kemampuan untuk merubah dan mengatur posisi	<p>1. Tidak Mampu Bergerak Sama Sekali Tidak dapat merubah posisi badan atau ekstremitas 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 aktif (merubah posisi badan terhadap tekanan) secara mandiri.</p> <p>3. Tidak Ada Masalah/Keterbatasan Ringan Bergerak secara mandiri baik di kursi maupun di atas tempat tidur dan memiliki kekuatan otot yang cukup untuk menjaga posisi badan sepenuhnya selama bergerak. Dapat mengatur posisi yang baik di tempat tidur ataupun di kursi kapan saja</p>	1 / 1 / 1

	4. Tanpa Keterbatasan Dapat merubah posisi badan secara tepat dan sering mengatur posisi badannya adanya bantuan.	
Aktivitas Tingkat aktivitas	<p>1. Total Di Tempat Tidur Hanya terbaring di tempat tidur.</p> <p>2. Dapat Duduk Kemampuan untuk berjalan sangat terbatas atau tidak bisa sama sekali dan tidak mampu menahan berat badan dan atau harus dibantu untuk kembali ke kursi atau roda.</p> <p>3. Berjalan kadang-kadang Selama siang hari kadang-kadang dapat berjalan, tetapi jaraknya sangat dekat dengan atau tanpa bantuan. Lebih banyak menghabiskan waktunya ditempat tidur atau dikursi pada setiap pergantian dinas.</p> <p>4. Dapat Berjalan Berjalan keluar ruangan sedikitnya 2 (dua) kali sehari dan berjalan di dalam ruangan sedikitnya sekali setiap 2 jam selama waktu terjaga.</p>	1 / 1 / 1
Nutrisi Pola kebiasaan makan	<p>1. Sangat Buruk Tidak pernah menghabiskan makanan. Jarang makan lebih dari 1/3 dari makanan yang diberikan. Makan mengandung protein sebanyak 2 porsi atau kurang setiap harinya. Kurang mengkonsumsi cairan. Tidak mengkonsumsi cairan suplemen atau pasien di puasakan, dan atau mengkonsumsi makanan cairan atau mendapatkan cairan infuse melalui intra vena lebih dari lima hari.</p> <p>2. Kurang Mencukupi Jarang sekali menghabiskan makanan dan biasanya hanya menghabiskan kira-kira 1/2 porsi makanan yang diberikan. Pemakaian makanan yang mengandung protein hanya tiga porsi setiap harinya. Kadang-kadang mengkonsumsi makanan suplemen atau mendapatkan makanan cairan atau selang NGT dengan jumlah yang kurang dari kebutuhan optimum per hari.</p> <p>3. Mencukupi Satu hari makan 3 (tiga) kali. Setiap makan mengkonsumsi lebih dari setengah porsi. Mengkonsumsi sebanyak 4 porsi makanan yang mengandung protein setiap harinya. Kadang menolak untuk makan, tapi biasanya mengkonsumsi makanan suplemen bila diberikan atau mendapatkan makanan melalui selang NGT atau cairan infus berkali-kali yang dapat memenuhi kebutuhan nutrisi.</p> <p>4. Sangat Baik Menghabiskan setiap makanan yang diberikan. Tidak pernah menolak. Mengkonsumsi 4 porsi atau lebih menu protein. Kadang mengemil, tidak memerlukan makanan suplemen.</p>	3 / 3 / 3

Pergeseran dan gesekan	<p>1. Bermasalah Memerlukan bantuan sedang sampai maksimal untuk bergerak. Tidak mungkin memindahkan badan tanpa pergesekan dengan alas tempat tidur. Sering merosot ke bawah di atas tempat tidur atau kursi, dan sering sekali memerlukan bantuan yang maksimal untuk pengembalian posisi semula. Kekakuan pada otot, kontraktur atau gelisah yang sering menimbulkan terjadinya gesekannya terus menerus.</p> <p>2. Potensi Bermasalah Bergerak lemah atau memerlukan bantuan minimal. Selama bergerak kulit kemungkinan bergesekan dengan alas tempat tidur, kursi, sabuk pengkangan atau alat bantu lain. Harapir selalu menjaga badan dengan cukup baik di kursi ataupun di tempat tidur, namun kadang-kadang merosot ke bawah.</p> <p>3. Keterbatasan Ringan Dapat merubah posisi badan atau ekstremitas secara mandiri meskipun dengan gerakan ringan.</p>	1 / 1 / 1
Total Score		10 / 10 / 10

Keterangan :

1. <9 : Resiko sangat tinggi

2. 10-12 : Resiko tinggi

3. 13-14 : Resiko menengah

4. 15-18 : Resiko rendah

(Sebelum – 26 Januari 2024)

26/01/2024
(Tn.S)
Sebelum

SKALA BRADEN UNTUK MEMPREDIKSI RESIKO DEKUBITUS

Faktor	Deskripsi	Score Skala/Scoring
Persepsi Sensori Kemampuan untuk merespon secara tepat terhadap rasa tidak nyaman yang berhubungan dengan tekanan	<p>1. Keterbatasan Penuh Tidak ada respon (tidak mengering, menyentak atau menggigam) terhadap rangsangan nyeri karena menurunnya tingkat kesadaran atau sedasi, atau terbatasnya kemampuan untuk merasakan nyeri yang sebagian besar pada permukaan tubuh.</p> <p>2. Sangat Terbatas Hanya dapat merespon terhadap rangsangan nyeri. Namun tidak dapat menyampaikan rasa tidak nyaman kecuali dengan mengering atau gelisah, atau mempunyai gangguansensori yang menyebabkan terbatasnya kemampuan untuk merasakan nyeri atau tidak nyaman pada lebih dari 1/2 bagian tubuh.</p> <p>3. Keterbatasan Ringan Dapat merespon panggilan tetapi tidak selalu dapat menyampaikan responsa 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.</p> <p>4. Tidak Ada Gangguan Dapat merespon panggilan. Tidak memiliki penurunan sensori sehingga dapat menyatakan rasa nyeri atau rasa tidak nyaman.</p>	1/1/1
Kelembaban Tingkat keadaan dimana kulit menjadi lembab/terpapar kelembaban	<p>1. Selalu Lembab Kulit selalu dalam keadaan lembab oleh keringat, urine dan lainnya, keadaan lembab dapat dilihat pada saat pasien di gerakkan atau dibalik.</p> <p>2. Umumnya Lembab Kulit sering terlihat lembab akan tetapi tidak selalu. Pakaian pasien dan atau alas tempat tidur harus di ganti setidaknya setiap kali setiap pergantian.</p> <p>3. Kadang-Kadang Lembab Kulit kadang-kadang lembab. Penggantian pakaian pasien dan atau alas tempat tidur, perlu di ganti minimal satu kali sehari.</p> <p>4. Jarang Lembab Kulit biasanya dalam keadaan kering, pakaian dan atau alas tempat tidur di ganti sesuai dengan jadwal rutin pergantian.</p>	3/3/3
Mobilitas Kemampuan untuk merubah dan mengatur posisi	<p>1. Tidak Mampu Bergerak Sama Sekali Tidak dapat merubah posisi badan atau ekstremitas bahkan posisi yang ringan sekaligus 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 aktif (merubah posisi badan terhadap tekanan) secara mandiri.</p> <p>3. Tidak Ada Masalah/Keterbatasan Ringan Bergerak secara mandiri baik di kursi maupun di atas tempat tidur dan memiliki kekuatan otot yang cukup untuk menjaga posisi badan sepenuhnya selama bergerak. Dapat mengatur posisi yang baik di tempat tidur ataupun di kursi kapan saja</p>	1/1/1

	<p>4. Tanpa Keterbatasan Dapat merubah posisi badan secara tepat dan sering mengatur posisi badan tanpa adanya bantuan.</p>	
Aktivitas Tingkat aktivitas	<p>1. Total Di Tempat Tidur Hanya terbaring di tempat tidur.</p> <p>2. Dapat Duduk Kemampuan untuk berjalan sangat terbatas atau tidak bisa sama sekali dan tidak mampu menahan berat badan dan 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 dengan atau tanpa bantuan. Lebih banyak menghabiskan waktunya di tempat tidur atau dikursi pada setiap pergantian dinas.</p> <p>4. Dapat Berjalan Berjalan keluar ruangan sedikitnya 2 (dua) kali sehari dan berjalan di dalam ruangan sedikitnya sekali setiap 2 jam selama waktu terjaga.</p>	1/1/1
Nutrisi Pola kebiasaan makan	<p>1. Sangat Buruk Tidak pernah menghabiskan makanan. Jarang makan lebih dari 1/3 dari makanan yang diberikan. Makan mengandung protein sebanyak 2 porsi atau kurang setiap harinya. Kurang mengonsumsi cairan. Tidak mengonsumsi cairan suplemen atau mendapatkan cairan infuse melalui intra vena lebih dari lima hari.</p> <p>2. Kurang Mencukupi Jarang sekali menghabiskan makanan dan biasanya hanya menghabiskan kira-kira 1/2 porsi makanan yang diberikan. Pemasukan makanan yang mengandung protein hanya tiga porsi setiap harinya. Kadang-kadang mengonsumsi makanan suplemen atau mendapatkan makanan cairan atau selang NGT dengan jumlah yang kurang dari kebutuhan optimum per hari.</p> <p>3. Mencukupi Satu hari makan 3 (tiga) kali. Setiap makan mengonsumsi lebih dari setengah porsi. Mengonsumsi sebanyak 4 porsi makanan yang mengandung protein setiap harinya. Kadang menolok untuk makan, tapi biasanya mengonsumsi makanan suplemen bila diberikan atau mendapatkan makanan melalui selang NGT atau cairan infus berkali-kali yang dapat memenuhi kebutuhan nutrisi.</p> <p>4. Sangat Baik Menghabiskan setiap makanan yang diberikan. Tidak pernah menolok. Mengonsumsi 4 porsi atau lebih menu protein. Kadang mengemil, tidak memerlukan makanan suplemen.</p>	3/3/3

Pergeseran dan gesekan	<p>1. Bermasalah Memerlukan bantuan sedang sampai maksimal untuk bergerak. Tidak mungkin memindahkan badan tanpa pergesekan dengan alas tempat tidur. Sering merosot kebawah di atas tempat tidur atau kursi, dan sering sekali memerlukan bantuan yang maksimal untuk pengembalian posisi semula. Kekakuan pada otot, kontraktur atau gelisah yang sering menimbulkan terjadinya gesek yang terus menerus.</p> <p>2. Potensi Bermasalah Bergerak lemah atau memerlukan bantuan minimal. Selama bergerak kulit kemungkinan bergesekan dengan alas tempat tidur, kursi, sabuk pengkangan atau alat bantu lain. Hampir selalu menjaga badan dengan cukup baik di kursi ataupun di tempat tidur, namun kadang-kadang merosot kebawah.</p> <p>3. Keterbatasan Ringan Dapat merubah posisi badan atau ekstremitas secara mandiri meskipun dengan gerakan ringan.</p>	1/1/1
Total Score		10/10/10

Keterangan :

1. <9 : Resiko sangat tinggi

2. 10-12 : Resiko tinggi

3. 13-14 : Resiko menengah

4. 15-18 : Resiko rendah

(Sesudah – 26 januari 2024)

26/01/2024
(Tn.5)
Sesudah

SKALA BRADEN UNTUK MEMPREDIKSI RESIKO DEKUBITUS

Faktor	Deskripsi	Score 0 = baik / 1 = normal / 2 = buruk
Persepsi Sensori Kemampuan untuk merespon secara tepat terhadap rasa tidak nyaman yang berhubungan dengan tekanan	<p>1. Keterbatasan Penuh Tidak ada respon (tidak mengering, menyentak atau menggenggam) terhadap rangsangan nyeri karena menurunnya tingkat kesadaran atau sedasi, atau terbatasnya kemampuan untuk merasakan nyeri yang sebagian besar pada permukaan tubuh.</p> <p>2. Sangat Terbatas Hanya dapat merespon terhadap rangsangan nyeri. Namun tidak dapat menyampaikan rasa tidak nyaman kecuali dengan mengengring atau gelisah, atau mempunyai gangguan sensorial yang menyebabkan terbatasnya kemampuan untuk merasakan nyeri atau tidak nyaman pada lebih dari 1/2 bagian tubuh.</p> <p>3. Keterbatasan Ringan Dapat merespon panggilan tetapi tidak selalu dapat menyampaikan reapi-rasa tidak nyaman atau keinginan untuk merubah posisi badan. Memiliki beberapa gangguan sensorial yang membatasinya untuk dapat merasakan nyeri atau tidak nyaman pada satu atau kedua ekstremitas.</p> <p>4. Tidak Ada Gangguan Dapat merespon panggilan. Tidak memiliki penurunan sensorial sehingga dapat menyatakan rasa nyeri atau rasa tidak nyaman.</p>	1 / 1 / 1
Kelembaban Tingkat keadaan dimana kulit menjadi lembab/terpapar kelembaban	<p>1. Selalu Lembab Kulit selalu dalam keadaan lembab oleh keringat, urine dan lainnya, keadaan lembab dapat dilihat pada saat pasien di gerakkan atau dibalik.</p> <p>2. Umumnya Lembab Kulit sering terlihat lembab akan tetapi tidak selalu. Pakaian pasien dan atau alas tempat tidur harus di ganti setidaknya setiap kali setiap pergantian diinas.</p> <p>3. Kadang-Kadang Lembab Kulit kadang-kadang lembab. Penggantian pakaian pasien dan atau alas tempat tidur, perlu di ganti minimal satu kali sehari.</p> <p>4. Jarang Lembab Kulit biasanya dalam keadaan kering, pakaian dan atau alas tempat tidur di ganti sesuai dengan jadwal rutin penggantian.</p>	4 / 4 / 4
Mobilitas Kemampuan untuk merubah dan mengatur posisi	<p>1. Tidak Mampu Bergerak Sama Sekali Tidak dapat merubah posisi badan atau ekstremitas 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 aktif (merubah posisi badan terhadap tekanan) secara mandiri.</p> <p>3. Tidak Ada Masalah/Keterbatasan Ringan Bergerak secara mandiri baik di kursi maupun di atas tempat tidur dan memiliki kekuatan otot yang cukup untuk menjaga posisi badan sepenuhnya selama bergerak. Dapat mengatur posisi yang baik di tempat tidur ataupun di kursi kapan saja</p>	1 / 1 / 1

	<p>4. Tampa Keterbatasan Dapat merubah posisi badan secara tepat dan sering mengatur posisi badannya adanya bantuan.</p>	
Aktivitas Tingkat aktivitas	<p>1. Total Di Tempat Tidur Hanya terbaring di tempat tidur.</p> <p>2. Dapat Duduk Kemampuan untuk berjalan sangat terbatas atau tidak bisa sama sekali dan tidak mampu menahan berat badan dan 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 dengan atau tanpa bantuan. Lebih banyak menghabiskan waktunya ditempat tidur atau dikursi pada setiap pergantian diinas.</p> <p>4. Dapat Berjalan Berjalan keluar ruangan sedikitnya 2 (dua) kali sehari dan berjalan di dalam ruangan sedikitnya sekali setiap 2 jam selama waktu terjaga.</p>	1 / 1 / 1
Nutrisi Pola kebiasaan makan	<p>1. Sangat Buruk Tidak pernah menghabiskan makanan. Jarang makan lebih dari 1/3 dari makanan yang diberikan. Makan mengandung protein sebanyak 2 porsi atau kurang setiap harinya. Kurang mengkonsumsi cairan. Tidak mengkonsumsi cairan suplemen atau pasien di pusingkan, dan atau mengkonsumsi makanan cairan atau mendapatkan cairan infuse melalui intra vena lebih dari lima hari.</p> <p>2. Kurang Mencukupi Jarang sekali menghabiskan makanan dan biasanya hanya menghabiskan kira-kira 1/2 porsi makanan yang diberikan. Pemasaan makanan yang mengandung protein hanya tiga porsi setiap harinya. Kadang-kadang mengkonsumsi makanan suplemen atau mendapatkan makanan cairan atau selang NGT dengan jumlah yang kurang dari kebutuhan optimum per hari.</p> <p>3. Mencukupi Satu hari makan 3 (tiga) kali. Setiap makan mengkonsumsi lebih dari setengah porsi. Mengkonsumsi sebanyak 4 porsi makanan yang mengandung protein setiap harinya. Kadang menolak untuk makan, tapi biasanya mengkonsumsi makanan suplemen bila diberikan atau mendapatkan makanan melalui selang NGT atau cairan infus berkali tinggi yang dapat memenuhi kebutuhan nutrisi.</p> <p>4. Sangat Baik Menghabiskan setiap makanan yang diberikan. Tidak pernah menolak. Mengkonsumsi 4 porsi atau lebih menu protein. Kadang mengemil, tidak memerlukan makanan suplemen.</p>	3 / 3 / 3

Pergeseran dan gesekan	<p>1. Bermasalah Memerlukan bantuan sedang sampai maksimal untuk bergerak. Tidak mungkin memindahkan badan tanpa pergesekan dengan alas tempat tidur. Sering merosot kebawah di atas tempat tidur atau kursi, dan sering sekali memerlukan bantuan yang maksimal untuk pengembalian posisi semula. Kekakuan pada otot, kontraktur atau gelisah yang sering menimbulkan terjadinya gesekan yang terus menerus.</p> <p>2. Potensi Bermasalah Bergerak lemah atau memerlukan bantuan minimal. Selama bergerak kulit kemungkinan bergesekan dengan alas tempat tidur, kursi, sabuk pengkangan atau alat bantu lain. Hampir selalu menjaga badan dengan cukup baik di kursi ataupun di tempat tidur, namun kadang-kadang merosot kebawah.</p> <p>3. Keterbatasan Ringan Dapat merubah posisi badan atau ekstremitas secara mandiri meskipun dengan gerakan ringan.</p>	1 / 1 / 1
Total Score		11 / 11 / 11

Keterangan :

1. <9 : Resiko sangat tinggi
2. 10-12 : Resiko tinggi
3. 13-14 : Resiko menengah
4. 15-18 : Resiko rendah

Lampiran 7. Skala Braden Tn.L

(Sebelum – 24 Januari 2024)

24 / 01 / 2024
(Tn.L)
Sebelum

SKALA BRADEN UNTUK MEMPREDIKSI RESIKO DEKUBITUS

Faktor	Deskripsi	Score Setiap Item/Item
Persepsi Sensori Kemampuan untuk merespon secara tepat terhadap rasa tidak nyaman yang berhubungan dengan tekanan	<p>1. Keterbatasan Penuh Tidak ada respon (tidak menggerak, menyentak atau mengenggan) terhadap rangsangan nyeri karena menurunnya tingkat kesadaran atau disosiasi, atau terbatasnya kemampuan untuk merasakan nyeri yang sebagian besar pada permukaan tubuh.</p> <p>2. Sangat Terbatas Hanya dapat merespon terhadap rangsangan nyeri. Namun tidak dapat menyampaikan rasa tidak nyaman kecuali dengan menggerak atau gelisah, atau mempunyai gangguan sensoris yang menyebabkan terbatasnya kemampuan untuk merasakan nyeri atau tidak nyaman pada lebih dari 1/3 bagian tubuh.</p> <p>3. Keterbatasan Ringan Dapat merespon panggilan tetapi tidak selalu dapat menyampaikan responnya tidak nyaman atau keinginan untuk merubah posisi badan. Memiliki beberapa gangguan sensoris yang membatasinya untuk dapat merasakan nyeri atau tidak nyaman pada satu atau kedua ekstremitas.</p> <p>4. Tidak Ada Gangguan Dapat merespon panggilan. Tidak memiliki penurunan sensoris sehingga dapat menyatakan rasa nyeri atau rasa tidak nyaman.</p>	2 / 2 / 2
Kelambahan Tingkat keadaan dimana kulit menjadi lembab/terpapar kelembaban	<p>1. Selalu Lembab Kulit selalu dalam keadaan lembab oleh keringat, urine dan lainnya, keadaan lembab dapat dilihat pada saat pasien di gerakkan atau dibalik.</p> <p>2. Umumnya Lembab Kulit sering terlihat lembab akan tetapi tidak selalu. Pakaian pasien dan atau alas tempat tidur harus di ganti setidaknya setiap kali setiap pergantian dinas.</p> <p>3. Kadang-Kadang Lembab Kulit kadang-kadang lembab. Pergantian pakaian pasien dan atau alas tempat tidur, perlu di ganti minimal satu kali sehari.</p> <p>4. Jarang Lembab Kulit biasanya dalam keadaan kering, pakaian dan atau alas tempat tidur di ganti sesuai dengan jadwal rutin pergantian.</p>	2 / 2 / 2
Mobilitas Kemampuan untuk merubah dan mengatur posisi	<p>1. Tidak Mampu Bergerak Sama Sekali Tidak dapat merubah posisi badan atau ekstremitas bahkan posisi yang ringan sekaligus 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 aktif (merubah posisi badan terhadap tekanan) secara mandiri.</p> <p>3. Tidak Ada Masalah/Keterbatasan Ringan Bergerak secara mandiri baik di kursi maupun di atas tempat tidur dan memiliki kekuatan otot yang cukup untuk menjaga posisi badan sepenuhnya selama bergerak. Dapat mengatur posisi yang baik di tempat tidur ataupun di kursi kapan saja.</p>	2 / 2 / 2

	4. Tanpa Keterbatasan Dapat merubah posisi badan secara tepat dan sering mengatur posisi badannya adanya bantuan.	
Aktivitas Tingkat aktivitas	<p>1. Total Di Tempat Tidur Hanya terbaring di tempat tidur.</p> <p>2. Dapat Duduk Kemampuan untuk berjalan sangat terbatas atau tidak bisa sama sekali dan tidak mampu menahan berat badan dan 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 dengan atau tanpa bantuan. Lebih banyak menghabiskan waktunya ditempat tidur atau dikursi pada setiap pergantian dinas.</p> <p>4. Dapat Berjalan Berjalan keluar ruangan sedikitnya 2 (dua) kali sehari dan berjalan di dalam ruangan sedikitnya sekali setiap 2 jam selama waktu terjaga.</p>	1 / 1 / 1
Nutrisi Pola kebiasaan makan	<p>1. Sangat Buruk Tidak pernah menghabiskan makanan. Jarang makan lebih dari 1/2 dari makanan yang diberikan. Makan mengandung protein sebanyak 2 porsi atau kurang setiap harinya. Kurang mengonsumsi cairan. Tidak mengonsumsi cairan suplemen atau pasien di puasa, dan atau mengonsumsi makanan cairan atau mendapatkan cairan infus melalui intra vena lebih dari lima hari.</p> <p>2. Kurang Mencukupi Jarang sekali menghabiskan makanan dan biasanya hanya menghabiskan kira-kira 1/2 porsi makanan yang diberikan. Pemakaian makanan yang mengandung protein hanya tiga porsi setiap harinya. Kadang-kadang mengonsumsi makanan suplemen atau mendapatkan makanan cairan atau selang NGT dengan jumlah yang kurang dari kebutuhan optimum per hari.</p> <p>3. Mencukupi Satu hari makan 3 (tiga) kali. Setiap makan mengonsumsi lebih dari setengah porsi. Mengonsumsi sebanyak 4 porsi makanan yang mengandung protein setiap harinya. Kadang menolak untuk makan, tapi biasanya mengonsumsi makanan suplemen bila diberikan atau mendapatkan makanan melalui selang NGT atau cairan infus berkali-kali tinggi yang dapat memenuhi kebutuhan nutrisi.</p> <p>4. Sangat Baik Menghabiskan setiap makanan yang diberikan. Tidak pernah menolak. Mengonsumsi 4 porsi atau lebih menu protein. Kadang mengemil, tidak memerlukan makanan suplemen.</p>	2 / 2 / 2

Pergeseran dan gesekan	<p>1. Bermasalah Memerlukan bantuan sedang sampai maksimal untuk bergerak. Tidak mungkin memindahkan badan tanpa pergeseran dengan alas tempat tidur. Sering merosot kebawah di atas tempat tidur atau kursi, dan sering sekali memerlukan bantuan yang maksimal untuk pengembalian posisi semula. Kekakuan pada otot, kontraktur atau gelisah yang sering menimbulkan terjadinya gesekan yang terus menerus.</p> <p>2. Potensi Bermasalah Bergerak lemah atau memerlukan bantuan minimal. Selama bergerak kulit kemungkinan bergesekan dengan alas tempat tidur, kursi, sabuk pengkangan atau alat bantu lain. Hampir selalu menjaga badan dengan cukup baik di kursi ataupun di tempat tidur, namun kadang-kadang merosot kebawah.</p> <p>3. Keterbatasan Ringan Dapat merubah posisi badan atau ekstremitas secara mandiri meskipun dengan gerakan ringan.</p>	2 / 2 / 2
Total Score		11 / 11 / 11

Keterangan :

- 1. <9 : Resiko sangat tinggi
- 2. 10-12 : Resiko tinggi
- 3. 13-14 : Resiko menengah
- 4. 15-18 : Resiko rendah

(Sesudah – 24 januari 2024)

24/01/2024
(Tn L)
Sesudah

SKALA BRADEN UNTUK MEMPREDIKSI RESIKO DEKUBITUS

Faktor	Deskripsi	Score 0/1/2/3/4
Persepsi Sensori Kemampuan untuk merespon secara tepat terhadap rasa tidak nyaman yang berhubungan dengan tekanan	<p>1. Keterbatasan Penuh Tidak ada respon (tidak mengering, menyentak atau menggenggam) terhadap rangsangan nyeri karena menurunnya tingkat kesadaran atau sedasi, atau terbatasnya kemampuan untuk merasakan nyeri yang sebagian besar pada permukaan tubuh.</p> <p>2. Sangat Terbatas Hanya dapat merespon terhadap rangsangan nyeri. Namun tidak dapat menyampaikan rasa tidak nyaman kecuali dengan mengering atau gelisah, atau mempunyai gangguan sensoris yang menyebabkan terbatasnya kemampuan untuk merasakan nyeri atau tidak nyaman pada lebih dari 1/2 bagian tubuh.</p> <p>3. Keterbatasan Ringan Dapat merespon panggilan tetapi tidak selalu dapat menyampaikan responnya tidak nyaman atau keinginan untuk merubah posisi badan. Memiliki beberapa gangguan sensoris yang membuatnya untuk dapat merasakan nyeri atau tidak nyaman pada satu atau kedua ekstremitas.</p> <p>4. Tidak Ada Gangguan Dapat merespon panggilan. Tidak memiliki penurunan sensoris sehingga dapat menyatakan rasa nyeri atau rasa tidak nyaman.</p>	2 / 2
Kelambaban Tingkat keadaan dimana kulit menjadi lembab/terpapar kelambaban	<p>1. Selalu Lembab Kulit selalu dalam keadaan lembab oleh keringat, urine dan lainnya, keadaan lembab dapat dilihat pada saat pasien di gerakkan atau dibalik.</p> <p>2. Umumnya Lembab Kulit sering terlihat lembab akan tetapi tidak selalu. Pakaian pasien dan atau alas tempat tidur harus di ganti setidaknya setiap kali setiap pergantian diadasi.</p> <p>3. Kadang-Kadang Lembab Kulit kadang-kadang lembab. Penggantian pakaian pasien dan atau alas tempat tidur, perlu di ganti minimal satu kali sehari.</p> <p>4. Jarang Lembab Kulit biasanya dalam keadaan kering, pakaian dan atau alas tempat tidur di ganti sesuai dengan jadwal rutin penggantian.</p>	2 / 2
Mobilitas Kemampuan untuk merubah dan mengatur posisi	<p>1. Tidak Mampu Bergerak Sama Sekali Tidak dapat merubah posisi badan atau ekstremitas bahkan posisi yang ringan sekaligus 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 aktif (merubah posisi badan terhadap tekanan) secara mandiri.</p> <p>3. Tidak Ada Masalah/Keterbatasan Ringan Bergerak secara mandiri baik di kursi maupun di atas tempat tidur dan memiliki kekuatan otot yang cukup untuk menjaga posisi badan sepenuhnya selama bergerak. Dapat mengatur posisi yang baik di tempat tidur ataupun di kursi kapan saja</p>	2 / 2

	<p>4. Tanpa Keterbatasan Dapat merubah posisi badan secara tepat dan sering mengatur posisi badannya adanya bantuan.</p>	
Aktivitas Tingkat aktivitas	<p>1. Total Di Tempat Tidur Hanya terbaring di tempat tidur.</p> <p>2. Dapat Duduk Kemampuan untuk berjalan sangat terbatas atau tidak bisa sama sekali dan tidak mampu meletakkan berat badan dan 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 dengan atau tanpa bantuan. Lebih banyak menghabiskan waktunya ditempat tidur atau dikursi pada setiap pergantian dinas.</p> <p>4. Dapat Berjalan Berjalan keluar ruangan sedikitnya 2 (dua) kali sehari dan berjalan di dalam ruangan sedikitnya sekali setiap 2 jam selama waktu terjaga.</p>	1 / 1
Nutrisi Pola kebiasaan makan	<p>1. Sangat Buruk Tidak pernah menghabiskan makanan. Jarak makan lebih dari 1/3 dari makanan yang diberikan. Makan mengandung protein sebanyak 2 porsi atau kurang setiap harinya. Kurang mengkonsumsi cairan. Tidak mengkonsumsi cairan suplemen atau pasien di puasakan, dan atau mengkonsumsi makanan cairan atau mendapatkan cairan infuse melalui intra vena lebih dari lima hari.</p> <p>2. Kurang Mencukupi Jarang sekali menghabiskan makanan dan biasanya hanya menghabiskan kira-kira 1/2 porsi makanan yang diberikan. Pemakaian makanan yang mengandung protein hanya tiga porsi setiap harinya. Kadang-kadang mengkonsumsi makanan suplemen atau mendapatkan makanan cairan atau selang NGT dengan jumlah yang kurang dari kebutuhan optimum per hari.</p> <p>3. Mencukupi Satu hari makan 3 (tiga) kali. Setiap makan mengkonsumsi lebih dari setengah porsi. Mengkonsumsi sebanyak 4 porsi makanan yang mengandung protein setiap harinya. Kadang menolak untuk makan, tapi biasanya mengkonsumsi makanan suplemen bila diberikan atau mendapatkan makanan melalui selang NGT atau cairan infus berkali-kali yang dapat memenuhi kebutuhan nutrisi.</p> <p>4. Sangat Baik Menghabiskan setiap makanan yang diberikan. Tidak pernah menolak. Mengkonsumsi 4 porsi atau lebih menu protein. Kadang mengemil, tidak memerlukan makanan suplemen.</p>	3 / 3

Pergeseran dan gesekan	<p>1. Bermasalah Memerlukan bantuan sedang sampai maksimal untuk bergerak. Tidak mungkin memindahkan badan tanpa pergesekan dengan alas tempat tidur. Sering merosot kebawah di atas tempat tidur atau kursi, dan sering sekali memerlukan bantuan yang maksimal untuk pengembalian posisi semula. Kekakuan pada otot, kontraktur atau gelisah yang sering menimbulkan terjadinya gesekan yang terus menerus.</p> <p>2. Potensi Bermasalah Bergerak lemah atau memerlukan bantuan minimal. Selama bergerak kulit kemungkinan bergesekan dengan alas tempat tidur, kursi, sabuk pengkangan atau alat bantu lain. Hampir selalu menjaga badan dengan cukup baik di kursi ataupun di tempat tidur, namun kadang-kadang merosot kebawah.</p> <p>3. Keterbatasan Ringan Dapat merubah posisi badan atau ekstremitas secara mandiri meskipun dengan gerakan ringan.</p>	2 / 2
Total Score		12 / 12

Keterangan :

1. <9 : Resiko sangat tinggi

2. 10-12 : Resiko tinggi

3. 13-14 : Resiko menengah

4. 15-18 : Resiko rendah

(Sebelum – 25 Januari 2024)

25 / 01 / 2024
(Tn.L)

SKALA BRADEN UNTUK MEMPREDIKSI RESIKO DEKUBITUS
Sebelum

Faktor	Deskripsi	Score 5 = Sangat Buruk / 1 = Sangat Baik
Persepsi Sensori Kemampuan untuk merespon secara tepat terhadap rasa tidak nyaman yang berhubungan dengan tekanan	1. Keterbatasan Pemih Tidak ada respon (tidak mengerang, menyentak atau mengenggang) terhadap rangsangan nyeri karena menurunnya tingkat kesadaran atau sedasi, atau terbatasnya kemampuan untuk merasakan nyeri yang sebagian besar pada permukaan tubuh.	2 / 2 / 2
	2. Sangat Terbatas Hanya dapat merespon terhadap rangsangan nyeri. Namun tidak dapat menyampaikan rasa tidak nyaman kecuali dengan mengerang atau gelisah, atau mempunyai ganggusensori yang menyebabkan terbatasnya kemampuan untuk merasakan nyeri atau tidak nyaman pada lebih dari 1/2 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.	
Kelembaban Tingkat keadaan dimana kulit menjadi lembab/terpapar kelembaban	1. Selalu Lembab Kulit selalu dalam keadaan lembab oleh keringat, urine dan lainnya, keadaan lembab dapat dilihat pada saat pasien di gerak/mati dibalik.	2 / 2 / 2
	2. Umumnya Lembab Kulit sering terlihat lembab akan tetapi tidak selalu. Pakaian pasien dan atau alas tempat tidur harus di ganti setidaknya setiap kali setiap pergantian dinas.	
	3. Kadang-Kadang Lembab Kulit kadang-kadang lembab. Penggantian pakaian pasien dan atau alas tempat tidur, perlu di ganti minimal satu kali sehari.	
	4. Jarang Lembab Kulit biasanya dalam keadaan kering, pakaian dan atau alas tempat tidur di ganti sesuai dengan jadwal rutin pergantian.	
Mobilitas Kemampuan untuk merubah dan mengatur posisi	1. Tidak Mampu Bergerak Sama Sekali Tidak dapat merubah posisi badan atau ekstremitas bahkan posisi yang ringan sekalipun tanpa adanya bantuan.	2 / 2 / 2
	2. Sangat Terbatas Kadang-kadang merubah posisi badan atau ekstremitas, akan tetapi tidak dapat merubah posisi sesering mungkin atau bergerak secara aktif (merubah posisi badan terhadap tekanan) secara mandiri.	
	3. Tidak Ada Masalah/Keterbatasan Ringan Bergerak secara mandiri baik di kursi maupun di atas tempat tidur dan memiliki kekuatan otot yang cukup untuk menjaga posisi badan sepenuhnya selama bergerak. Dapat mengatur posisi yang baik di tempat tidur ataupun di kursi kapan saja	

	4. Tanpa Keterbatasan Dapat merubah posisi badan secara tepat dan sering mengatur posisi badan tanpa adanya bantuan.	
Aktivitas Tingkat aktivitas	1. Total Di Tempat Tidur Hanya terbang di tempat tidur.	1 / 1 / 1
	2. Dapat Duduk Kemampuan untuk berjalan sangat terbatas atau tidak bisa sama sekali dan tidak mampu menahan berat badan dan atau harus dibantu untuk kembali ke kursi atau kursi roda.	
	3. Berjalan kadang-kadang Selama siang hari kadang-kadang dapat berjalan, tetapi jaraknya sangat dekat dengan atau tanpa bantuan. Lebih banyak menghabiskan waktunya ditempat tidur atau dikursi pada setiap pergantian dinas.	
	4. Dapat Berjalan Berjalan keluar ruangan sedikitnya 2 (dua) kali sehari dan berjalan di dalam ruangan sedikitnya sekali setiap 2 jam selama waktu terjaga.	
Nutrisi Pola kebiasaan makan	1. Sangat Buruk Tidak pernah menghabiskan makanan. Jarang makan lebih dari 1/3 dari makanan yang diberikan. Makan mengandung protein sebanyak 2 porsi atau kurang setiap harinya. Kurang mengonsumsi cairan. Tidak mengonsumsi cairan suplemen atau pasien di pusuakan, dan atau mengonsumsi makanan cair atau mendapatkan cairan infuse melalui intra vena lebih dari lima hari.	3 / 3 / 3
	2. Kurang Mencukupi Jarang sekali menghabiskan makanan dan biasanya hanya menghabiskan kira-kira 1/2 porsi makanan yang diberikan. Pemakaian makanan yang mengandung protein hanya tiga porsi setiap harinya. Kadang-kadang mengonsumsi makanan suplemen atau mendapatkan makanan cair atau selang NGT dengan jumlah yang kurang dari kebutuhan optimum per hari.	
	3. Mencukupi Satu hari makan 3 (tiga) kali. Setiap makan mengonsumsi lebih dari setengah porsi. Mengonsumsi sebanyak 4 porsi makanan yang mengandung protein setiap harinya. Kadang merolak untuk makan, tapi biasanya mengonsumsi makanan suplemen bila diberikan atau mendapatkan makanan melalui selang NGT atau cairan infus berkali-kali tinggi yang dapat memenuhi kebutuhan nutrisi.	
	4. Sangat Baik Menghabiskan setiap makanan yang diberikan. Tidak pernah merolak. Mengonsumsi 4 porsi atau lebih menu protein. Kadang mengemil, tidak memerlukan makanan suplemen.	

Pergeseran dan gesekan	1. Bermasalah Memerlukan bantuan sedang sampai maksimal untuk bergerak. Tidak mungkin memindahkan badan tanpa pergesekan dengan alas tempat tidur. Sering merosot ke bawah di atas tempat tidur atau kursi, dan sering sekali memerlukan bantuan yang maksimal untuk pengembalian posisi semula. Kekakuan pada otot, kontraktur atau gelisah yang sering menimbulkan terjadinya gesekan yang terus menerus.	2 / 2 / 2
	2. Potensi Bermasalah Bergerak lemah atau memerlukan bantuan minimal. Selama bergerak kulit kemungkinan bergesekan dengan alas tempat tidur, kursi, sabuk pengkangan atau alat bantu lain. Hampir selalu menjaga badan dengan cukup baik di kursi ataupun di tempat tidur, namun kadang-kadang merosot ke bawah.	
	3. Keterbatasan Ringan Dapat merubah posisi badan atau ekstremitas secara mandiri meskipun dengan gerakan ringan.	
Total Score		12 / 12 / 12

- Keterangan :
- 1. <9 : Resiko sangat tinggi
 - 2. 10-12 : Resiko tinggi
 - 3. 13-14 : Resiko menengah
 - 4. 15-18 : Resiko rendah

(Sesudah – 25 januari 2024)

25/01/2024
(Tn.L)
Sesudah

SKALA BRADEN UNTUK MEMPREDIKSI RESIKO DEKUBITUS

Faktor	Deskripsi	Score 1 2 3 4
Persepsi Sensori Kemampuan untuk merespon secara tepat terhadap rasa tidak nyaman yang berhubungan dengan tekanan	1. Keterbatasan Pemih Tidak ada respon (tidak mengengang, menyentak atau mengenggang) terhadap rangsangan nyeri karena menurunnya tingkat kesadaran atau sedasi, atau terbatasnya kemampuan untuk merasakan nyeri yang sebagian besar pada permukaan tubuh.	2 / 2
	2. Sangat Terbatas Hanya dapat merespon terhadap rangsangan nyeri. Namun tidak dapat menyampaikan rasa tidak nyaman kecuali dengan mengengang atau gelisah, atau mempunyai gangguan sensoris yang menyebabkan terbatasnya kemampuan untuk merasakan nyeri atau tidak nyaman pada lebih dari 1/2 bagian tubuh.	
	3. Keterbatasan Ringan Dapat mempon panggilan tetapi tidak selalu dapat menyampaikan respon rasa tidak nyaman atau keinginan untuk merubah posisi badan. Memiliki beberapa gangguan sensoris yang membatasinya untuk dapat merasakan nyeri atau tidak nyaman pada satu atau kedua ekstremitas.	
	4. Tidak Ada Gangguan Dapat merespon panggilan. Tidak memiliki penurunan sensoris sehingga dapat menyatakan rasa nyeri atau rasa tidak nyaman.	
Kelembaban Tingkat keadaan dimana kulit menjadi lembab/terpapar kelembaban	1. Selalu Lembab Kulit selalu dalam keadaan lembab oleh keringat, urine dan lainnya, keadaan lembab dapat dilihat pada saat pasien di gerakkan atau dibalik.	3 / 3
	2. Umumnya Lembab Kulit sering terlihat lembab akan tetapi tidak selalu. Pakaian pasien dan atau alas tempat tidur harus di ganti setidaknya setiap kali setiap pergantian dinas.	
	3. Kadang-Kadang Lembab Kulit kadang-kadang lembab. Penggantian pakaian pasien dan atau alas tempat tidur, perlu di ganti minimal satu kali sehari.	
	4. Jarang Lembab Kulit biasanya dalam keadaan kering, pakaian dan atau alas ganti sesuai dengan jadwal rutin pergantian.	
Mobilitas Kemampuan untuk merubah dan mengatur posisi	1. Tidak Mampu Bergerak Sama Sekali Tidak dapat merubah posisi badan atau ekstremitas bahkan posisi yang ringan sekaligus tanpa adanya bantuan.	2 / 2
	2. Sangat Terbatas Kadang-kadang merubah posisi badan atau ekstremitas, akan tetapi tidak dapat merubah posisi sesering mungkin atau bergerak secara aktif (merubah posisi badan terhadap tekanan) secara mandiri.	
	3. Tidak Ada Masalah/Keterbatasan Ringan Bergerak secara mandiri baik di kursi maupun di atas tempat tidur dan memiliki kekuatan otot yang cukup untuk menjaga posisi badan sepenuhnya selama bergerak. Dapat mengatur posisi yang baik di tempat tidur ataupun di kursi kapan saja	

	4. Tanpa Keterbatasan Dapat merubah posisi badan secara tepat dan sering mengatur posisi badannya adanya bantuan.	
Aktivitas Tingkat aktivitas	1. Total Di Tempat Tidur Hanya terbahing di tempat tidur. 2. Dapat Duduk Kemampuan untuk berjalan sangat terbatas atau tidak bisa sama sekali dan tidak mampu menahar berat badan dan atau harus dibantu untuk kembali ke kursi atau kursi roda. 3. Berjalan kadang-kadang Selama siang hari kadang-kadang dapat berjalan, tetapi jaraknya sangat dekat dengan atau tanpa bantuan. Lebih banyak menghabiskan waktunya ditempat tidur atau dikursi pada setiap pergantian dinas. 4. Dapat Berjalan Berjalan keluar ruangan sedikitnya 2 (dua) kali sehari dan berjalan di dalam ruangan sedikitnya sekali setiap 2 jam selama waktu terjaga.	1 / 1
Nutrisi Pola kebiasaan makan	1. Sangat Buruk Tidak pernah menghabiskan makanan. Jarang makan lebih dari 1/3 dari makanan yang diberikan. Makan mengandung protein sebanyak 2 porsi atau kurang setiap harinya. Kurang mengkonsumsi cairan. Tidak mengkonsumsi cairan suplemen atau pasien di puasakan, dan atau mengkonsumsi makanan cairan atau mendapatkan cairan infuse melalui intra vena lebih dari lima hari. 2. Kurang Mencukupi Jarang sekali menghabiskan makanan dan biasanya hanya menghabiskan kira-kira 1/2 porsi makanan yang diberikan. Pemasukan makanan yang mengandung protein hanya tiga porsi setiap harinya. Kadang-kadang mengkonsumsi makanan suplemen atau mendapatkan makanan cairan atau selang NGT dengan jumlah yang kurang dari kebutuhan optimum per hari. 3. Mencukupi Satu hari makan 3 (tiga) kali. Setiap makan mengkonsumsi lebih dari setengah porsi. Mengkonsumsi sebanyak 4 porsi makanan yang mengandung protein setiap harinya. Kadang menolok untuk makan, tapi biasanya mengkonsumsi makanan suplemen bila diberikan atau mendapatkan makanan melalui selang NGT atau cairan infus berkali-kali tinggi yang dapat memenuhi kebutuhan nutrisi. 4. Sangat Baik Menghabiskan setiap makanan yang diberikan. Tidak pernah menolok. Mengkonsumsi 4 porsi atau lebih menu protein. Kadang mengemil, tidak memerlukan makanan suplemen.	3 / 3

Pergeseran dan gesekan	1. Bermasalah Memerlukan bantuan sedang sampai maksimal untuk bergerak. Tidak mungkin memindahkan badan tanpa pergeseran dengan kursi, dan sering sekali memerlukan bantuan yang maksimal untuk pengembalian posisi semula. Kekakuan pada otot, kontraktur atau gelisah yang sering menimbulkan terjadinya gesek yang terus menerus.	2 / 2
	2. Potensi Bermasalah Bergerak lemah atau memerlukan bantuan minimal. Selama bergerak kulit kemungkinan bergesekan dengan alas tempat tidur, kursi, sabuk pengkangan atau alat bantu lain. Hampir selalu menjaga badan dengan cukup baik di kursi ataupun di tempat tidur, namun kadang-kadang merosot ke bawah.	
	3. Keterbatasan Ringan Dapat merubah posisi badan atau ekstremitas secara mandiri meskipun dengan gerakan ringan.	
Total Score		13 / 13

Keterangan :

- 1. <9 : Resiko sangat tinggi
- 2. 10-12 : Resiko tinggi
- 3. 13-14 : Resiko menengah
- 4. 15-18 : Resiko rendah

(Sebelum – 26 januari 2024)

26/01/2024
(Tn. L)
Sebelum

Faktor	Deskripsi	Score 1 2 3 4
Persepsi Sensori Kemampuan untuk merespon secara tepat terhadap rasa tidak nyaman yang berhubungan dengan tekanan	1. Keterbatasan Penuh Tidak ada respon (tidak mengering, menyentak atau mengenggang) terhadap rangsangan nyeri karena menurunnya tingkat kesadaran atau sedasi, atau terbatasnya kemampuan untuk merasakan nyeri yang sebagian besar pada permukaan tubuh.	3/3/3
	2. Sangat Terbatas Hanya dapat merespon terhadap rangsangan nyeri. Namun tidak dapat menyampaikan rasa tidak nyaman kecuali dengan mengering atau gelisah, atau mempunyai gangguan sensoris yang menyebabkan terbatasnya kemampuan untuk merasakan nyeri atau tidak nyaman pada lebih dari 1/2 bagian tubuh.	
	3. Keterbatasan Ringan Dapat merespon rangsangan tetapi tidak selalu dapat menyampaikan responnya tidak nyaman atau keinginan untuk merubah posisi badan. Memiliki beberapa gangguan sensoris yang membatasinya untuk dapat merasakan nyeri atau tidak nyaman pada satu atau kedua ekstremitas.	
	4. Tidak Ada Gangguan Dapat merespon rangsangan. Tidak memiliki penurunan sensoris sehingga dapat menyatakan rasa nyeri atau rasa tidak nyaman.	
Kelembaban Tingkat keadaan dimana kulit menjadi lembab/terpapar kelembaban	1. Selalu Lembab Kulit selalu dalam keadaan lembab oleh keringat, urine dan lainnya. Keadaan lembab dapat dilihat pada saat pasien di gerak/keatas di balik.	2/2/2
	2. Umumnya Lembab Kulit sering terlihat lembab akan tetapi tidak selalu. Pakaian pasien dan atau alas tempat tidur harus di ganti setidaknya setiap kali setiap pergantian/dinas.	
	3. Kadang-Kadang Lembab Kulit kadang-kadang lembab. Penggantian pakaian pasien dan atau alas tempat tidur, perlu di ganti minimal satu kali sehari.	
	4. Jarang Lembab Kulit biasanya dalam keadaan kering, pakaian dan atau alas ganti sesuai dengan jadwal rutin pergantian.	
Mobilitas Kemampuan untuk merubah dan mengatur posisi	1. Tidak Mampu Bergerak Sama Sekali Tidak dapat merubah posisi badan atau ekstremitas bahkan posisi yang ringan sekaligus tanpa adanya bantuan.	2/2/2
	2. Sangat Terbatas Kadang-kadang merubah posisi badan atau ekstremitas, akan tetapi tidak dapat merubah posisi / secering mungkin atau bergerak secara aktif (merubah posisi badan terhadap tekanan) secara mandiri.	
	3. Tidak Ada Masalah/Keterbatasan Ringan Bergerak secara mandiri baik di kursi maupun di atas tempat tidur dan memiliki kekuatan otot yang cukup untuk menjaga posisi badan sepenuhnya selama bergerak. Dapat mengatur posisi yang baik di tempat tidur ataupun di kursi kapan saja	

	4. Tanpa Keterbatasan Dapat merubah posisi badan secara tepat dan sering mengatur posisi badannya adanya bantuan.	
Aktivitas Tingkat aktivitas	1. Total Di Tempat Tidur Hanya terbang di tempat tidur.	1/1/1
	2. Dapat Duduk Kemampuan untuk berjalan sangat terbatas atau tidak bisa sama sekali dan tidak mampu menaruh berat badan dan atau harus dibantu untuk kembali ke kursi atau kursi roda.	
	3. Berjalan Kadang-Kadang Selama siang hari kadang-kadang dapat berjalan, tetapi jaraknya sangat dekat dengan atau tanpa bantuan. Lebih banyak menghabiskan waktunya ditempat tidur atau dikursi pada setiap pergantian dinas.	
	4. Dapat Berjalan Berjalan keluar ruangan sedikitnya 2 (dua) kali sehari dan berjalan di dalam ruangan sedikitnya sekali setiap 2 jam selama waktu terjaga.	
Nutrisi Pola kebiasaan makan	1. Sangat Buruk Tidak pernah menghabiskan makanan. Jarang makan lebih dari 1/3 dari makanan yang diberikan. Makan mengandung protein sebanyak 2 porsi atau kurang setiap harinya. Kurang mengonsumsi cairan. Tidak mengonsumsi cairan suplemen atau mendapatkan cairan infuse melalui intra vena lebih dari lima hari.	3/3/3
	2. Kurang Mencukupi Jarang sekali menghabiskan makanan dan biasanya hanya menghabiskan kira-kira 1/2 porsi makanan yang diberikan. Pemasaan makanan yang mengandung protein hanya tiga porsi setiap harinya. Kadang-kadang mengonsumsi makanan suplemen atau mendapatkan makanan cairan atau selang NGT dengan jumlah yang kurang dari kebutuhan optimum per hari.	
	3. Mencukupi Satu hari makan 3 (tiga) kali. Setiap makan mengonsumsi lebih dari setengah porsi. Mengonsumsi sebanyak 4 porsi makanan yang mengandung protein setiap harinya. Kadang menolah untuk makan, tapi biasanya mengonsumsi makanan suplemen bila diberikan atau mendapatkan makanan melalui selang NGT atau cairan infus berkali-kali tinggi yang dapat memenuhi kebutuhan nutrisi.	
	4. Sangat Baik Menghabiskan setiap makanan yang diberikan. Tidak pernah menolah. Mengonsumsi 4 porsi atau lebih menu protein. Kadang mengemil, tidak memerlukan makanan suplemen.	

Pergeseran dan gesekan	1. Bermasalah Memerlukan bantuan sedang sampai maksimal untuk bergerak. Tidak mungkin memindahkan badan tanpa pergeseran dengan alas tempat tidur. Sering merosot ke bawah di atas tempat tidur atau kursi, dan sering sekali memerlukan bantuan yang maksimal untuk pengembalian posisi semula. Kekakuan pada otot, kontraktur atau gelisah yang sering menimbulkan terjadinya gesekan yang terus menerus.	2/2/2
	2. Potensi Bermasalah Bergerak lemah atau memerlukan bantuan minimal. Selama bergerak kulit kemungkinan bergesekan dengan alas tempat tidur, kursi, atau pengkangan atau alat bantu lain. Hampir selalu menjaga badan dengan cukup baik di kursi ataupun di tempat tidur, namun kadang-kadang merosot ke bawah.	
	3. Keterbatasan Ringan Dapat merubah posisi badan atau ekstremitas secara mandiri meskipun dengan gerakan ringan.	
Total Score		14/14

Keterangan :

- 1. <9 : Resiko sangat tinggi
- 2. 10-12 : Resiko tinggi
- 3. 13-14 : Resiko menengah
- 4. 15-18 : Resiko rendah

(Sesudah – 26 januari 2024)

26/01/2024
(Tn L)
Sebelum

Faktor	Deskripsi	Score
Persepsi Sensori Kemampuan untuk merespon secara tepat terhadap rasa tidak nyaman yang berhubungan dengan tekanan	<p>1. Keterbatasan Pemah Tidak ada respon (tidak mengerang, menyentak atau menggenggam) terhadap rangsangan nyeri karena memurninya tingkat kesadaran atau sedasi, atau terbatasnya kemampuan untuk merasakan nyeri yang sebagian besar pada permukaan tubuh.</p> <p>2. Sangat Terbatas Hanya dapat merespon terhadap rangsangan nyeri. Namun tidak dapat menyampaikan rasa tidak nyaman kecuali dengan mengerang atau gelisah, atau mempunyai gangguan sensoris yang menyebabkan terbatasnya kemampuan untuk merasakan nyeri atau tidak nyaman pada lebih dari 1/2 bagian tubuh.</p> <p>3. Keterbatasan Ringan Dapat merespon panggilan tetapi tidak selalu dapat menyampaikan responnya tidak nyaman atau keinginan untuk merubah posisi badan. Memiliki beberapa gangguan sensoris yang membatasinya untuk dapat merasakan nyeri atau tidak nyaman pada satu atau kedua ekstremitas.</p> <p>4. Tidak Ada Gangguan Dapat merespon panggilan. Tidak memiliki penurunan sensoris sehingga dapat menyatakan rasa nyeri atau rasa tidak nyaman.</p>	3/3/3
Kelambaban Tingkat keadaan dimana kulit menjadi lembab/terpapar kelambaban	<p>1. Selalu Lembab Kulit selalu dalam keadaan lembab oleh keringat, urine dan lainnya, keadaan lembab dapat dilihat pada saat pasien di gerak/memutasi dibalik.</p> <p>2. Umumnya Lembab Kulit sering terlihat lembab akan tetapi tidak selalu. Pakainan pasien dan atau alas tempat tidur harus di ganti setidaknya setiap kali setiap pergantian diinas.</p> <p>3. Kadang-Kadang Lembab Kulit kadang-kadang lembab. Penggantian pakainan pasien dan atau alas tempat tidur, perlu di ganti minimal satu kali sehari.</p> <p>4. Jarang Lembab Kulit biasanya dalam keadaan kering, pakainan dan atau alas tempat tidur di ganti sesuai dengan jadwal rutin penggantian.</p>	2/2/2
Mobilitas Kemampuan untuk merubah dan mengatur posisi	<p>1. Tidak Mampu Bergerak Sama Sekali Tidak dapat merubah posisi badan atau ekstremitas 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 aktif (merubah posisi badan terhadap tekanan) secara mandiri.</p> <p>3. Tidak Ada Masalah/Keterbatasan Ringan Bergerak secara mandiri baik di kursi maupun di atas tempat tidur dan memiliki kekuatan otot yang cukup untuk menjaga posisi badan sepenuhnya selama bergerak. Dapat mengatur posisi yang baik di tempat tidur ataupun di kursi kapan saja</p>	2/2/2

	<p>4. Tanpa Keterbatasan Dapat merubah posisi badan secara tepat dan sering mengatur posisi badan tanpa adanya bantuan.</p>	
Aktivitas Tingkat aktivitas	<p>1. Total Di Tempat Tidur Hanya terbaring di tempat tidur.</p> <p>2. Dapat Duduk Kemampuan untuk berjalan sangat terbatas atau tidak bisa sama sekali dan tidak mampu menahan berat badan dan 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 dengan atau tanpa bantuan. Lebih banyak menghabiskan waktunya di tempat tidur atau dikursi pada setiap pergantian diinas.</p> <p>4. Dapat Berjalan Berjalan keluar ruangan sedikitnya 2 (dua) kali sehari dan berjalan di dalam ruangan sedikitnya sekali setiap 2 jam selama waktu terjaga.</p>	1/1/1
Nutrisi Pola kebiasaan makan	<p>1. Sangat Buruk Tidak pernah menghabiskan makanan. Jarang makan lebih dari 1/3 dari makanan yang diberikan. Makan mengandung protein sebanyak 2 porsi atau kurang setiap harinya. Kurang mengkonsumsi cairan. Tidak mengkonsumsi cairan suplemen atau pasien di puasakan, dan atau mengkonsumsi makanan cairan atau mendapatkan cairan infuse melalui intra vena lebih dari lima hari.</p> <p>2. Kurang Mencukupi Jarang sekali menghabiskan makanan dan biasanya hanya menghabiskan kira-kira 1/2 porsi makanan yang diberikan. Pemakaian makanan yang mengandung protein hanya tiga porsi setiap harinya. Kadang-kadang mengkonsumsi makanan suplemen atau mendapatkan makanan cairan atau selang NGT dengan jumlah yang kurang dari kebutuhan optimum per hari.</p> <p>3. Mencukupi Satu hari makan 3 (tiga) kali. Setiap makan mengkonsumsi lebih dari setengah porsi. Mengkonsumsi sebanyak 4 porsi makanan yang mengandung protein setiap harinya. Kadang menolak untuk makan, tapi biasanya mengkonsumsi makanan suplemen bila diberikan atau mendapatkan makanan melalui selang NGT atau cairan infus berkali-kali tinggi yang dapat memenuhi kebutuhan nutrisi.</p> <p>4. Sangat Baik Menghabiskan setiap makanan yang diberikan. Tidak pernah menolak. Mengkonsumsi 4 porsi atau lebih menu protein. Kadang mengemil, tidak memerlukan makanan suplemen.</p>	3/3/3

Pergeseran dan gesekan	<p>1. Bermasalah Memerlukan bantuan sedang sampai maksimal untuk bergerak. Tidak mungkin memindahkan badan tanpa pergesekan dengan alas tempat tidur. Sering merosot kebawah di atas tempat tidur atau kursi, dan sering sekali memerlukan bantuan yang maksimal untuk pengembalian posisi semula. Kekakuan pada otot, kontraktur atau gelisah yang sering menimbulkan terjadinya gesekan yang terus menerus.</p> <p>2. Potensi Bermasalah Bergerak lemah atau memerlukan bantuan minimal. Selama bergerak kulit kemungkinan bergesekan dengan alas tempat tidur, kursi, sabuk pengkangan atau alat bantu lain. Hampir selalu menjaga badan dengan cukup baik di kursi ataupun di tempat tidur, namun kadang-kadang merosot kebawah.</p> <p>3. Keterbatasan Ringan Dapat merubah posisi badan atau ekstremitas secara mandiri meskipun dengan gerakan ringan.</p>	2/2/2
Total Score		14/14/14

Keterangan :

1. <9 : Resiko sangat tinggi
2. 10-12 : Resiko tinggi
3. 13-14 : Resiko menengah
4. 15-18 : Resiko rendah