

BAB II

TINJAUAN LITERATUR

A. Konsep Dekubitus

1. Pengertian

Luka tekan atau ulkus dekubitus adalah kerusakan jaringan lokal pada kulit dan/atau jaringan di bawahnya, biasanya terjadi di atas tonjolan tulang akibat tekanan yang berkepanjangan dan/atau gesekan. Tekanan ini dapat menyebabkan iskemia (penurunan aliran darah) dan nekrosis (kematian jaringan) pada area yang terkena (Tim Pokja Dekubitus PPNI, 2020).

2. Etiologi

Menurut Buku Ajar Dekubitus oleh Tim Pokja Dekubitus PPNI (2020) dibagi menjadi dua faktor utama, yaitu:

a. Tekanan

Tekanan yang berkepanjangan pada area tubuh tertentu dapat menyebabkan iskemia (penurunan aliran darah) dan nekrosis (kematian jaringan) pada area yang terkena. Tekanan ini dapat terjadi akibat berbaring atau duduk dalam waktu lama, penggunaan alat bantu medis karena penggunaan alat bantu medis seperti kursi roda, gips, atau traksi dapat menyebabkan tekanan pada area tubuh tertentu dan permukaan yang keras seperti saat berbaring atau duduk di permukaan yang keras dapat meningkatkan risiko dekubitus.

b. Gesekan

Gesekan antara kulit dan permukaan lain dapat menyebabkan kerusakan kulit. Gesekan ini dapat terjadi akibat pergerakan tubuh seperti saat berada di atas permukaan tempat tidur atau kursi roda dapat menyebabkan gesekan pada kulit. Pakaian yang ketat karena pakaian yang ketat dapat menggesek kulit dan meningkatkan risiko dekubitus, dan kulit yang lembab karena lebih mudah rusak akibat gesekan.

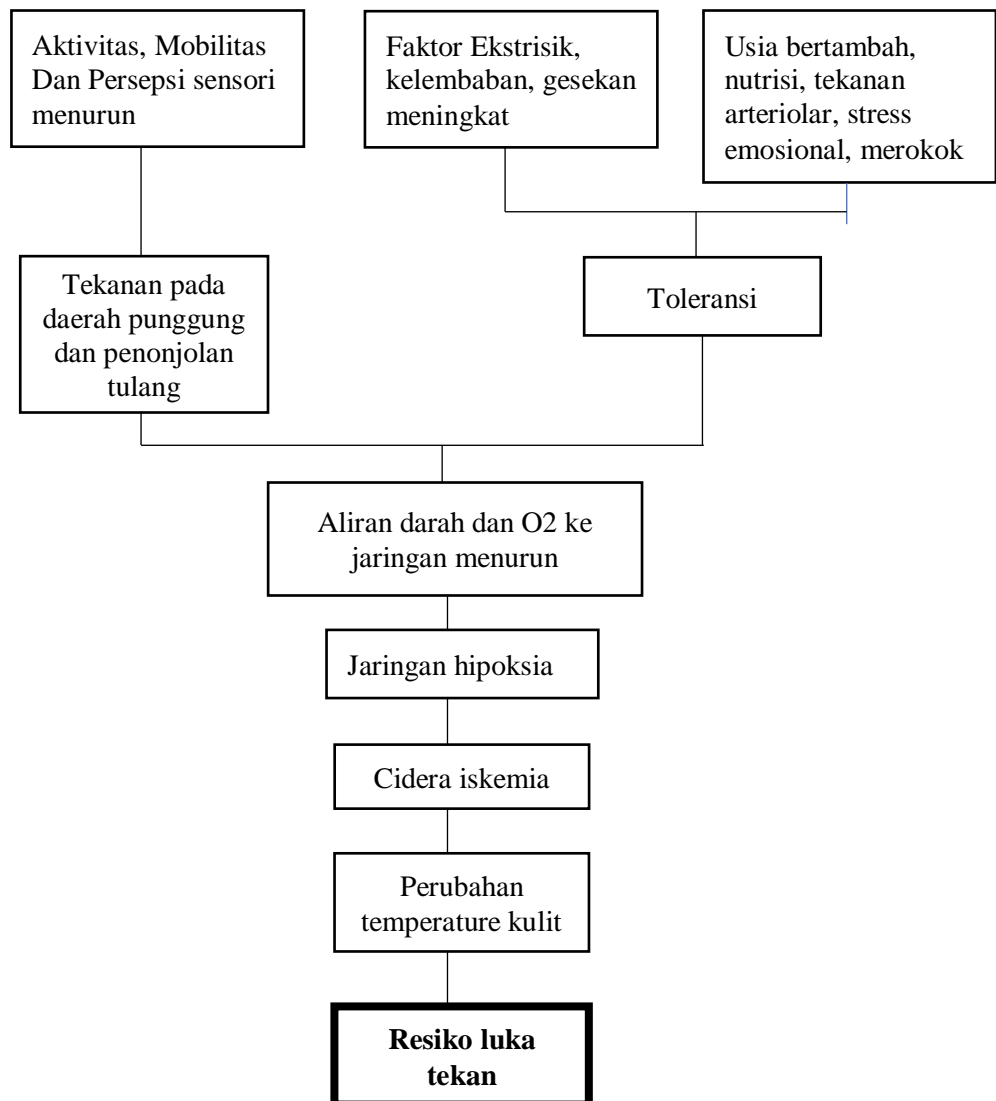
Adapun faktor-faktor lain yang dapat meningkatkan risiko dekubitus seperti :

- a. Usia: Lansia lebih berisiko mengalami dekubitus karena kulitnya lebih tipis dan rapuh.
- b. Malnutrisi: Malnutrisi dapat memperlambat penyembuhan luka dan meningkatkan risiko dekubitus.
- c. Penyakit kronis: Beberapa penyakit kronis, seperti diabetes dan penyakit jantung, dapat meningkatkan risiko dekubitus.
- d. Penurunan sensasi: Orang yang mengalami penurunan sensasi, seperti pasien diabetes atau neuropati, mungkin tidak menyadari adanya tekanan atau gesekan pada kulitnya (Tim Pokja Dekubitus PPNI, 2020).

3. Patofisiologi

Luka tekan terjadi akibat adanya tekanan antara penonjolan tulang dan permukaan luar yang melebihi tekanan kapiler yaitu sebesar 32 mmHg yang dapat menyebabkan iskemi. Kulit, jaringan lunak dan otot mendapat tekanan berat badan penderita melebihi tekanan *capillary filling* dalam waktu lama yang biasanya diakibatkan oleh immobilisasi, menyebabkan terjadinya oklusi pada mikrosirkulasi, iskemia, peradangan dan anoksia jaringan, sehingga menyebabkan nekrosis pada jaringan. Keadaan diperberat oleh adanya *friction* (gesekan) dan *shear force* (gesek tekan) pada daerah tersebut. Beberapa hal penting yang berperan dalam terjadinya luka tekan dihubungkan dengan tekanan dan waktu. Cedera jaringan lunak dapat terjadi dalam waktu 2 jam pada tekanan 500 mmHg, sementara pada tekanan 100 mmHg terjadinya cedera memerlukan waktu 10 jam. Selain itu jenis jaringan lunak juga menentukan ketahanan terhadap penekanan otot, misalnya lebih rentan terhadap cedera dibandingkan kulit. Hasil akhir proses ini dapat kita lihat bahwa nekrosis pada kulit biasanya lebih kecil dibandingkan area nekrosis dekat tulang, yang tampak seperti corong terbalik. Hal ini menyebabkan fenomena “gunung es”, dimana bagian yang mengalami kerusakan yang paling luas terletak di bagian dalam, yang lebih dekat dengan tulang. Ulkus tekanan terjadi pada tempat dengan tulang menonjol yang menekan kulit dan jaringan dibawahnya.

Pathways luka tekan



Sumber : Shandi Cesar Anugrah (2022)

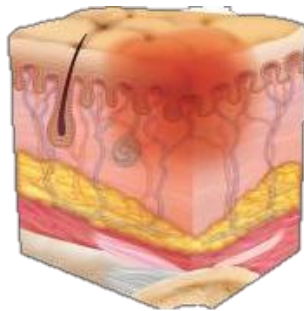
4. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis pada dekubitus untuk pertama kali ditandai dengan kulit *eritema* atau kemerahan. Terdapat ciri khas bila ditekan dengan jari, tanda *eritema* akan lama kembali lagi atau persisten. Kulit mengalami edema, dan temperature di area kulit meningkat atau bila diraba akan terasa hangat. Tanda pada luka dekubitus ini akan dapat berkembang, sehingga sampai ke jaringan otot dan tulang.

5. Klasifikasi Dekubitus

Penilaian ulkus dekubitus tidak hanya derajat ulkusnya tetapi juga ukuran, letak ulkus, derajat infeksi, dengan nyeri atau tidak (Mahmuda, 2020). *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)* membagi derajat dekubitus menjadi enam dengan karakteristik sebagai berikut :

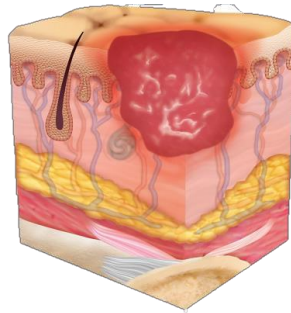
a. Derajat 1: *Pressurre Injury*



Gambar 2.1 Dekubitus derajat 1 (Sumber : NPUAP, 2016)

Derajat 1 ditunjukkan dengan adanya kulit yang masih utuh dengan tanda-tanda akan terjadi luka. Apabila dibandingkan dengan kulit yang normal, maka akan tampak salah satu tanda sebagai berikut : perubahan temperatur kulit (lebih dingin atau lebih hangat), perubahan konsistensi jaringan (lebih keras atau lunak), dan perubahan sensasi (gatal atau nyeri). Pada orang yang berkulit putih luka akan kelihatan sebagai kemerahan yang menetap, sedangkan pada orang kulit gelap, luka akan kelihatan sebagai warna merah yang menetap, biru atau ungu. Cara untuk menentukan derajat 1 adalah dengan menekan daerah kulit yang merah (*erytema*) dengan jari selama tiga detik, apabila kulitnya tetap berwarna merah dan apabila jari diangkat juga kulitnya tetap berwarna merah.

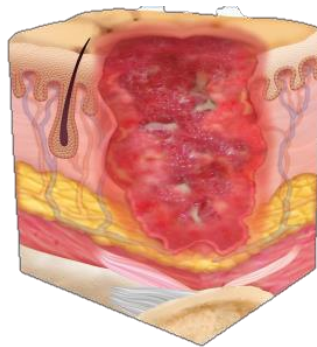
b. Derajat 2: *Partial Thickness Skin Loss With Exposed Dermis*



Gambar 2.2 Dekubitus derajat 2 (Sumber : NPUAP, 2016)

Hilangnya sebagian lapisan kulit yaitu epidermis atau dermis, atau keduanya. Cirinya adalah lukanya superfisial dengan warna dasar luka merah-pink, abrasi, melepuh, atau membentuk lubang yang dangkal. Derajat 1 dan 2 masih bersifat refersibel.

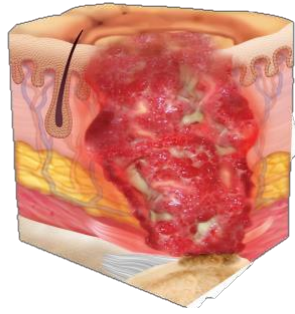
c. Derajat 3: *Full Thickness Skin Loss*



Gambar 2.3 Dekubitus derajat 3 (Sumber : NPUAP, 2016)

Hilangnya lapisan kulit secara lengkap, meliputi kerusakan atau nekrosis dari jaringan subkutan atau lebih dalam, tapi tidak sampai pada fasia. Luka terlihat seperti lubang yang dalam. Disebut sebagai “*typical decubitus*” yang ditunjukkan dengan adanya kehilangan bagian dalam kulit hingga subkutan, namun tidak termasuk tendon dan tulang. *Slough* mungkin tampak dan mungkin meliputi *undermining* dan *tunneling*.

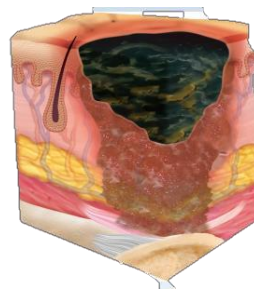
d. Derajat 4: *Full Thickness Skin and Tissue Loss*



Gambar 2.4 Dekubitus derajat 4 (Sumber : NPUAP, 2016)

Kehilangan jaringan secara penuh sampai dengan terkena tulang, tendon atau otot. *Slough* atau jaringan mati (*eschar*) mungkin ditemukan pada beberapa bagian dasar luka (*wound bed*) dan sering juga ada *undermining* dan *tunneling*. Kedalaman derajat IV dekubitus bervariasi berdasarkan lokasi anatomi, rongga hidung, telinga, oksiput dan malleolar tidak memiliki jaringan subkutan dan lukanya dangkal. Derajat IV dapat meluas ke dalam otot dan atau struktur yang mendukung (misalnya pada fascia, tendon atau sendi) dan memungkinkan terjadinya *osteomyelitis*. Tulang dan tendon yang terkena bisa terlihat atau teraba langsung (NPUAP, 2016).

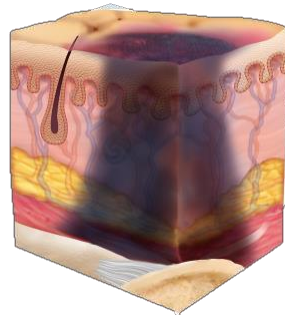
e. *Unstageable: Full-Thickness Pressure Injury: Obscured Full-Thickness Skin and Tissue Loss*



Gambar 2.5 Dekubitus *Unstageable* (Sumber NPUAP,2016)

Kehilangan jaringan secara penuh dimana dasar luka (*wound bed*) ditutupi oleh *slough* dengan warna kuning, coklat, abu-abu, hijau, dan atau jaringan mati (*eschar*) yang berwarna coklat atau hitam didasar luka. *slough* dan atau *eschar* dihilangkan sampai cukup untuk melihat dasar luka, kedalaman luka yang benar, dan oleh karena itu derajat ini tidak dapat ditentukan.

- f. *Deep Tissue Injury : Persistent Nonblanchable Deep Red, Maroon or Purple Discoloration*



Gambar 2.6 Dekubitus *Deep Tissue Injury*
Persistent Nonblanchable Deep Red, Maroon or
Purple Discoloration (Sumber : NPUAP, 2016)

Berubah warna menjadi ungu atau merah pada bagian yang terkena luka secara terlokalisir atau kulit tetap utuh atau adanya blister (melepuh) yang berisi darah karena kerusakan yang mendasari jaringan lunak dari tekanan dan atau adanya gaya geser. Lokasi atau tempat luka mungkin didahului oleh jaringan yang terasa sakit, tegas, lembek, berisi cairan, hangat atau lebih dingin dibandingkan dengan jaringan yang ada di dekatnya. Cidera pada jaringan dalam mungkin sulit untuk di deteksi pada individu dengan warna kulit gelap. Perkembangan dapat mencakup blister tipis diatas dasar luka (*wound bed*) yang berkulit gelap. Luka mungkin terus berkembang tertutup oleh eschar yang tipis. Dari derajat dekubitus diatas, dekubitus berkembang dari permukaan luar kulit ke lapisan dalam (*top-down*), namun menurut hasil penelitian saat ini, dekubitus juga dapat berkembang dari jaringan bagian dalam seperti fascia dan otot walaupun tanpa adanya kerusakan pada permukaan kulit. Ini dikenal dengan istilah injury jaringan bagian dalam (*Deep Tissue Injury*). Hal ini disebabkan karena jaringan otot dan jaringan subkutan lebih sensitif terhadap iskemia daripada permukaan kulit (NPUAP, 2016).

6. Faktor Risiko Dekubitus

Menurut (Mahmuda, 2020) faktor risiko terjadinya dekubitus antara lain, yaitu:

a. Tirah Baring

Pasien yang berbaring terus menerus ditempat tidur dalam waktu lama tanpa mampu untuk merubah posisi berisiko tinggi untuk terkena luka tekan. Pada pasien dengan imobilisasi terdapat penurunan kemampuan untuk mengubah dan mengontrol posisi tubuh dan beraktivitas atau berpindah. Imobilitas merupakan faktor yang paling signifikan dalam kejadian luka tekan.

b. Penurunan sensori persepsi

Pasien dengan penurunan sensori persepsi akan mengalami penurunan untuk merasakan sensasi nyeri akibat tekanan di atas tulang yang menonjol. Bila ini terjadi dalam durasi yang lama, pasien akan mudah terkena luka tekan.

c. Kelembaban

Kelembaban yang disebabkan karena tirah baring dalam waktu lama dapat mengakibatkan terjadinya maserasi pada jaringan kulit. Jaringan yang mengalami maserasi akan mudah mengalami erosi. Selain itu kelembaban juga mengakibatkan kulit mudah terkena gesekan (*friction*) dan perobekan jaringan (*shear*).

d. Tenaga yang merobek (*shear*)

Merupakan kekuatan mekanis yang meregangkan dan merobek jaringan, pembuluh darah serta struktur jaringan yang lebih dalam yang berdekatan dengan tulang yang menonjol.

e. Gesekan (*friction*)

Gesekan terjadi ketika dua permukaan bergerak dengan arah yang berlawanan. Gesekan dapat mengakibatkan abrasi dan merusak permukaan epidermis kulit. Gesekan bisa terjadi pada saat penggantian sprei pasien yang tidak berhati-hati.

f. Nutrisi

Hipoalbuminemia, kehilangan berat badan, dan malnutrisi umumnya diidentifikasi sebagai faktor predisposisi untuk terjadinya luka tekan. Menurut penelitian Guenter (2000) stadium tiga dan empat dari luka tekan pada orangtua berhubungan dengan penurunan berat badan, rendahnya kadar albumin, dan intake makanan yang tidak mencukupi.

g. Usia

Pasien yang sudah tua memiliki risiko yang tinggi untuk terkena luka tekan karena kulit dan jaringan akan berubah seiring dengan penuaan. Perubahan ini berkombinasi dengan faktor penuaan lain akan membuat kulit menjadi berkurang toleransinya terhadap tekanan, gesekan, dan tenaga yang merobek.

h. Tekanan arteriolar yang rendah

Tekanan arteriolar yang rendah akan mengurangi toleransi kulit terhadap tekanan sehingga dengan aplikasi tekanan yang rendah sudah mampu mengakibatkan jaringan menjadi iskemia. Studi yang dilakukan menemukan bahwa tekanan sistolik dan tekanan diastolik yang rendah berkontribusi pada perkembangan luka tekan.

i. Stress emosional

Depresi dan stress emosional kronik misalnya pada pasien psikiatrik juga merupakan faktor risiko untuk perkembangan dari luka tekan.

j. Merokok

Nikotin yang terdapat pada rokok dapat menurunkan aliran darah dan memiliki efek toksik terhadap endotelium pembuluh. Beberapa penelitian menunjukkan adahubungan yang signifikan antara merokok dengan perkembangan terhadap luka tekan.

k. Temperatur kulit

Peningkatan temperatur merupakan faktor yang signifikan dengan risiko terjadinya luka tekan.

7. Komplikasi

Subandar (2021) membagi komplikasi dekubitus dibagi menjadi 4 yaitu:

a. Infeksi

Infeksi umumnya bersifat multibakterial baik *aerobic* maupun *anaerobic*.

b. Anemia

Penurunan hemoglobin mengurangi kapasitas darah membawa oksigen dan mengurangi jumlah oksigen yang tersedia untuk jaringan. Anemia juga mengganggu metabolisme sel dan mengganggu penyembuhan luka.

c. *Hipoalbuminemia*

Nutrisi yang buruk khususnya kekurangan protein mengakibatkan jaringan lunak mudah sekali rusak. Kehilangan protein yang parah hingga *hypoalbuminemia* (kadar albumin serum <3g/100 ml) menyebabkan perpindahan cairan dari ekstraseluler ke jaringan sehingga mengakibatkan edema. Edema ini akan menurunkan sirkulasi darah ke jaringan, meningkatkan akumulasi sampah metabolik, sehingga meningkatkan resiko dekubitus.

d. Kematian

Luka dekubitus yang tidak ditangani dengan tepat dapat menyebabkan komplikasi yang berujung pada kematian

8. Penilaian Derajat Luka Tekan Pada Penderita Dekubitus

Penilaian dekubitus dapat dilakukan dengan menggunakan indikator gangguan integritas kulit dengan pengambilan data sesudah dilakukan perlakuan perhari berupa mengkaji dan memonitor kerusakan integritas kulit berupa nyeri, perdarahan, kemerahan, hematoma, pigmentasi abnormal, jaringan parut, dan nekrosis yang terdapat pada SLKI dalam (PPNI, 2020) dan observasi derajat luka berdasarkan karakteristik *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP, 2016) serta menggunakan pengukuran skala braden yaitu skala yang terdiri dari 6 subskala, yaitu persepsi sensoris untuk menilai kemampuan pasien untuk merasakan

sensasi tekanan, nyeri, dan suhu. Kelembaban kulit yaitu untuk menilai apakah keadaan kulit pasien, apakah lembab, kering, atau basah. Aktivitas yaitu untuk menilai Kemampuan pasien untuk bergerak dan mengubah posisi. Mobilitas yaitu penilaian terhadap kemampuan pasien untuk berpindah dari satu tempat ke tempat lain. Nutrisi yaitu penilaian terhadap status nutrisi pasien, apakah adekuat atau malnutrisi. Gesekan dan geser yaitu penilaian terhadap risiko pasien mengalami gesekan dan geser. Setiap subskala diberi skor 1-4, dengan skor 1 menunjukkan risiko paling tinggi dan skor 4 menunjukkan risiko paling rendah. Total skor Braden berkisar antara 6-24 dengan interpretasi (6-9) merupakan risiko dekubitus sangat tinggi, (10-12) tinggi, (13-14) sedang, (15-18) rendah dan (19-24) sangat rendah. Menurut *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)* skala Braden banyak digunakan untuk menilai risiko terjadinya dekubitus pada pasien karena mudah dihitung, valid dan reliabel dalam memprediksi risiko dekubitus pada berbagai populasi pasien, sensitif untuk mendeteksi pasien dengan risiko tinggi dekubitus, dan komprehensif karena mencakup berbagai faktor risiko dekubitus yang penting dengan sensitifitas berkisar antara 83-100% dan spesifitas antara 64-90%, tergantung pada *cut off score* yang digunakan (NPUAP, 2019).

B. Konsep Tirah Baring

1. Pengertian

Pada Tirah baring atau dapat disebut dengan 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 2021).

C. Konsep Mobilisasi

1. Pengertian

Mobilisasi atau alih posisi merupakan salah satu tindakan yang sering dilakukan dalam usaha mencegah risiko luka tekan dan menjadi prosedur tetap pada pasien di ICU yang mengalami tirah baring lama atau penurunan kesadaran. Mobilisasi pada pasien yang mengalami tirah baring lama dapat dilakukan dengan frekuensi tiap 2 sampai 4 jam sekali untuk mencegah terjadinya tekanan pada kulit yang akan meningkatkan kelembaban dan risiko gesekan dengan kain atau pakaian. Mobilisasi pada pasien di ICU merupakan salah satu intervensi yang dapat memperpendek masa rawat dan juga memperbaiki mobilitas pasien pasca rawat, sehingga dapat mencegah terjadinya risiko luka tekan (Badrujamaludin et al., 2021).

2. Tujuan

Tujuan dilakukan mobilisasi adalah untuk mencegah komplikasi postoperasi, meningkatkan kapasitas fungsional organ dan mengurangi lama rawat inap pasien yang menjalani operasi (Zhang L. et al, 2019).

3. Mekanisme Mobilisasi Terhadap Derajat Luka Dekubitus

Mekanisme mobilisasi adalah dengan mendistribusikan tekanan baik dalam posisi duduk atau berbaring serta memberikan kenyamanan pada pasien. Pada dasarnya mobilisasi dilakukan sebagai bagian dari prosedur baku dalam intervensi keperawatan untuk mengurangi resiko dekubitus pada pasien dengan imobilisasi. Mobilisasi pada pasien yang mengalami tirah baring lama dapat dilakukan dengan frekuensi tiap 2 sampai 4 jam sekali untuk mencegah terjadinya tekanan pada kulit yang akan meningkatkan kelembaban dan risiko gesekan dengan kain atau pakaian (Badrujamaludin et al., 2021).

4. Langkah Pelaksanaan Mobilisasi

Langkah satuan operasional prosedur (SOP) pada lampiran 2. Pelaksanaan pemberian mobilisasi dapat dilakukan dengan memposisikan 30 derajat untuk kepala dan miring kanan dan kiri setiap 2 jam dilakukan 2 kali sehari selama 3 hari. (Badrujamaludin et al., 2021).

5. Pengaruh Pemberian Mobilisasi

Mobilisasi dapat meningkatkan sirkulasi darah yang akan memicu penurunan nyeri, penyembuhan luka lebih cepat dan mengurangi nyeri tekan pada tubuh bagian bawah yang beresiko menyebabkan luka tekan atau dekubitus. Mobilisasi dapat mencegah kekakuan otot dan sendi sehingga dapat mengurangi nyeri, memperlancar peredaran darah, mengembalikan kerja fisiologi organ-organ vital. Dengan melakukan gerakan miring kanan dan kiri, otot-otot perut dan panggul akan kembali normal, sehingga otot perut menjadi kuat kembali dan dapat mengurangi rasa sakit (Nurfazatie et al., 2020). Mobilisasi juga merupakan tindakan yang dilakukan untuk mengubah posisi pasien yang mengalami tirah baring untuk mencegah kejadian luka tekan pada kulit pasien. Tujuan mobilisasi adalah untuk mendistribusikan tekanan baik dalam posisi duduk atau berbaring serta memberikan kenyamanan pada pasien. Pada dasarnya mobilisasi dilakukan sebagai bagian dari prosedur baku dalam intervensi keperawatan untuk mengurangi resiko dekubitus pada pasien dengan imobilisasi. Alih baring memiliki manfaat mengganti titik tumpu berat badan yang tertekan pada area tubuh yang lain, mempertahankan sirkulasi darah pada daerah yang tertekan, dan dapat menurunkan tekanan pada tonjolan tulang (Badrujamaludin et al., 2021).

D. Konsep *Massage Effleurage*

1. Pengertian

Massage Effleurage adalah teknik pijatan yang dilakukan untuk membantu mempercepat proses pemulihan nyeri dengan menggunakan sentuhan tangan untuk menimbulkan efek relaksasi. *Effleurage* merupakan manipulasi gosokan yang halus dengan tekanan relatif ringan sampai kuat, gosokan ini mempergunakan seluruh permukaan tangan satu atau permukaan kedua belah tangan, sentuhan yang sempurna dan arah gosokan selalu menuju ke jantung atau searah dengan jalannya aliran pembuluh darah balik yang mempunyai pengaruh terhadap peredaran darah atau membantu mengalirnya pembuluh darah balik kembali ke jantung karena adanya tekanan dan dorongan gosokan tersebut (Putri & Juliarti, 2022).

2. Tujuan

Tujuan *massage effleurage* menurut (Sholihah et al., 2021) diantaranya :

a. Memperlancar peredaran darah

Massage effleurage dapat memperlancar peredaran darah sebab menggunakan tekanan lembut yang menggerakkan kulit dan menggerakkan pembuluh darah. Tekanan lembut ini dapat membuka pembuluh darah dan membantu mengendalikan ketegangan pada pembuluh darah. Selain itu, *massage effleurage* juga dapat mengurangi stres oksidatif dan mengurangi peradangan, yang semuanya dapat membantu meningkatkan aliran darah sehat. Hal ini karena tekanan lembut dapat membantu mengurangi ketegangan pada pembuluh darah dan mengurangi kesulitan dalam aliran darah.

b. Membantu memperbaiki proses metabolisme

Metabolisme menghasilkan produk sampingan seperti asam laktat dan karbon dioksida. Produk sampingan ini perlu diangkut ke organ ekskresi untuk dikeluarkan dari tubuh. *Massage effleurage* membantu meningkatkan aliran darah dan limfatik, yang membantu membawa produk sampingan metabolisme ke organ ekskresi untuk dibuang.

c. Membantu penyerapan (absorpsi) oedema akibat peradangan

Massage effleurage dapat membantu penyerapan (absorpsi) edema akibat peradangan dengan meningkatkan aliran darah dan limfatik, meningkatkan re-absorpsi cairan, meredakan nyeri dan ketegangan otot, dan meningkatkan pelepasan histamin.

d. Relaksasi

Massage effleurage menciptakan efek relaksasi yang menyeluruh dengan sentuhan lembut, pelepasan endorfin, relaksasi otot, peningkatan sirkulasi darah, dan pengalihan perhatian semuanya berkontribusi pada perasaan tenang dan rileks setelah *massage*.

e. Mengurangi nyeri

Massage effleurage menghasilkan relaksasi dengan cara

memperbaiki sirkulasi dan selanjutnya memberi rangsangan taktil dan perasaan positif, yang apabila dilakukan dengan sentuhan yang penuh perhatian dan empatik akan memperkuat efek *massage* dalam meningkatkan relaksasi otot, menenangkan ujung-ujung syaraf dan menghilangkan nyeri.

3. Mekanisme *Massage Effleurage* Terhadap Derajat Luka Dekubitus

Mekanisme penurunan luka tekan dengan kombinasi alih baring dengan *massage* punggung dapat memperlancar oksigen pada aliran darah atau limfe dari jantung ke organ perifer dan sebaliknya dengan tujuan mengembalikan fungsi sensorik dan motorik. Teknik *massage* ini harus dikerjakan secara lembut dan mantap. Prosedur *massage* diawali pada daerah utama atau pusat (thorax dan lumbal), diikuti daerah perifer (cervical, brachial, femoral, pedis dan lain-lain) tergantung pada keluhan pasien. Sebagai tanda lancarnya oksigen dan relaksasi otot adalah penderita merasa semakin nyaman dan hilang rasa sakit atau *pain free*. Biasanya pada awal prosedur *massage*, pasien akan merasakan kesakitan. Setelah 8 – 10 kali *massage*, rasa sakit akan berangsur-angsur hilang. Hal ini diduga karena asam laktat yang mulai mencair dan tidak menumpuk lagi (Badrujamaludin et al., 2021).

4. Langkah Pelaksanaan *Massage Effleurage*

Langkah satuan operasional prosedur (SOP) pada lampiran 3. Pelaksanaan pemberian *massage effleurage* dengan *virgin coconut oil* (VCO) di bagian punggung sampai dengan bokong, tumit kaki, lutut, dan siku tangan setelah dilakukan personal hygiene yang dilakukan 1 kali setiap hari (Badrujamaludin et al., 2021).

E. Konsep *Virgin Coconut Oil* (VCO)

1. Pengertian

Minyak kelapa murni atau *Virgin Coconut Oil* (VCO) adalah minyak kelapa murni yang dihasilkan dari pengolahan daging buah kelapa tanpa melakukan pemanasan sehingga menghasilkan minyak yang jernih, tidak tengik, terbebas dari radikal bebas akibat pemanasan (Sumah 2020). Minyak kelapa murni adalah produk olahan yang sering digunakan untuk

meningkatkan kesehatan masyarakat. kandungan yang terdapat dalam VCO yaitu 92% asam lemak jenuh yang terdiri dari 48-53 % asam laurat, 1,5-2,5 % asam oleat, asam lemak lainnya seperti 8% asam kaprilat, dan 7% asam kaprat dan 8 % vitamin E dan polifenol Sedangkan berdasarkan hasil penelitian Lab Universitas Gajah Mada, VCO mengandung 50,33% asam laurat, 14,32% asam kapriat, 10,25% asam kaproat, 12,91% asam mirisat dan 4,92% palmitate (Fatimah 2022).

2. Manfaat *Virgin Coconut Oil* (VCO) Terhadap Luka Tekan Dekubitus

Keuntungan penggunaan *virgin coconut oil* dapat melembutkan kulit, selain itu *virgin coconut oil* aman digunakan sebagai pelembab untuk meningkatkan hidrasi pada kulit, dan mempercepat proses penyembuhan luka pada kulit (Fatimah 2022). VCO memiliki manfaat lainnya yaitu mendukung dalam perbaikan dan penyembuhan jaringan, membunuh bakteri yang menyebabkan ulser, infeksi tenggorokan, infeksi saluran kemih, penyakit gusi dan rongga mulut, gonorhea dan membantu fungsi sistem imun. Manfaat dari VCO tersebut didukung oleh hasil penelitian dari Sumah (2020), dalam jurnalnya: “Keberhasilan Penggunaan VCO secara Topikal untuk Pencegahan Luka Tekan (Dekubitus) Pasien Stroke di Rumah Sakit Sumber Hidup Ambon”, menunjukkan bahwa penggunaan VCO mampu mencegah terjadinya luka tekan dekubitus.

F. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Identitas

Umur/usia perlu ditanyakan karena adanya hubungan dengan proses penyembuhan luka atau regenerasi sel. Ras dan suku bangsa perlu dikaji karena kulit yang tampak normal pada ras dan kebangsaan tertentu kadang tampak abnormal pada klien dengan ras dan kebangsaan lain.

b. Keluhan Utama

Merupakan keluhan yang paling dirasakan oleh klien sehingga ia mencari pertolongan. Keluhan yang diungkapkan klien pada umumnya yaitu adanya tanda-tanda risiko luka tekan yang sedang dikeluhkan,

seperti nyeri, panas, kemerahan, dan kulit kering. Lokasi luka biasanya terdapat pada daerah-daerah yang menonjol, misalnya pada daerah belakang kepala, daerah bokong, tumit, bahu, dan daerah pangkal paha yang mengalami ischemia sehingga terjadi ulkus dekubitus.

c. Riwayat keperawatan sekarang :

Hal-hal yang perlu dikaji adalah mulai kapan keluhan terjadi (seperti : adanya nyeri, panas, kemerahan, dan kulit kering). Kemudian, lokasi keluhan (seperti: di belakang kepala, daerah bokong, tumit, bahu, dan daerah pangkal paha), intensitas, lamanya atau frekuensi, faktor yang memperberat atau memperingan serangan, serta keluhan-keluhan lain yang menyertai dan upaya-upaya yang telah dilakukan perawat disini harus menghubungkan masalah kulit dengan gejalanya seperti: gatal, panas, mati rasa, immobilisasi, nyeri, demam, edema, dan neuropati.

d. Riwayat Penyakit Keturunan

Riwayat penyakit keluarga perlu ditanyakan karena penyembuhan luka dapat dipengaruhi oleh penyakit – penyakit yang diturunkan seperti : Diabetes Melitus, alergi, hipertensi. Riwayat penyakit kulit dan prosedur medis yang pernah dialami klien. Hal ini untuk memberikan informasi apakah perubahan pada kulit merupakan manifestasi dari penyakit sistemik seperti : infeksi kronis, kanker, Diabetes Melitus.

e. Riwayat Pengobatan

Yang perlu dikaji perawat yaitu : kapan pengobatan dimulai, dosis, frekuensi, waktu berakhirnya minum obat, ada alergi obat atau tidak.

f. Status Sosial Ekonomi

Untuk mengidentifikasi faktor lingkungan dan tingkat perekonomian yang dapat mempengaruhi pola hidup sehari-hari, karena hal ini memungkinkan dapat menyebabkan penyakit kulit.

g. Riwayat Kesehatan

- 1) *Bedrest* yang lama
- 2) Immobilisasi
- 3) Inkontinensia
- 4) Nutrisi atau hidrasi yang inadkuat

h. Pengkajian Psikososial

Kemungkinan hasil pemeriksaan psikososial yang tampak pada pasien yaitu: perasaan depresi, frustrasi, ansietas/kecemasan, keputusasaan.

i. Aktivitas Sehari- Hari

Pasien yang immobilisasi dalam waktu yang lama maka akan terjadi ulkus pada daerah yang menonjol karena berat badan bertumpu pada daerah kecil yang tidak banyak jaringan dibawah kulit untuk menahan kerusakan kulit. Sehingga diperlukan peningkatan latihan rentang gerak dan mengangkat berat badan.

j. Perubahan Pola Fungsi

1) Aktivitas/ istirahat

Tanda: penurunan kekuatan, ketahanan, keterbatasan rentang gerak pada area yang sakit gangguannya misalnya perubahan tonus otot.

2) Sirkulasi

Tanda: hipoksia, penurunan nadi perifer distal pada ekstremitas yang cedera, vasokonstriksi perifer umum dengan kehilangan nadi, kulit putih dan dingin, pembentukan edema jaringan.

3) Eliminasi

Tanda: keluaran urin menurun adalah tidak adanya pada fase darurat, warna mungkin hitam kemerahan, bila terjadi, mengidentifikasi kerusakan otot.

4) Makanan atau cairan

Tanda: edema jaringan umum, anoreksia, mual dan muntah.

5) Neurosensori

Gejala: area kebas/kesemutan

6) Pernapasan

Gejala: menurunnya fungsi medulla spinalis, edema medulla, kerusakan neurology, paralysis abdominal dan otot pernapasan.

7) Integritas ego

Gejala: masalah keluarga, pekerjaan, keuangan, kecacatan.
Tanda: ansietas, menangis, ketergantungan, menarik diri, marah.

8) Keamanan

Tanda: adanya fraktur akibat dilokasi (jatuh, kecelakaan, kontraksi otot tetanik, sampai dengan syok listrik).

k. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Umumnya penderita datang dengan keadaan sakit dan gelisah atau cemas akibat adanya kerusakan integritas kulit yang dialami.

2) Tanda Tanda Vital

Tekanan darah normal, nadi cepat, suhu meningkat dan respirasi rate meningkat.

3) Pemeriksaan Kepala Leher

a) Kepala Dan Rambut

Pemeriksaan meliputi bentuk kepala, penyebaran dan perubahan warna rambut serta pemeriksaan tentang luka. Jika ada luka pada daerah tersebut, menyebabkan timbulnya rasa nyeri dan kerusakan kulit.

b) Mata

Meliputi kesimetrisan, konjungtiva, reflek pupil terhadap cahaya dan gangguan penglihatan.

c) Hidung

Meliputi pemeriksaan mukosa hidung, kebersihan, tidak timbul pernafasan cuping hidung, tidak ada sekret.

- d) Mulut
Catat keadaan adanya sianosis atau bibir kering.
 - e) Telinga
Catat bentuk gangguan pendengaran karena benda asing, perdarahan dan serumen. Pada penderita yang *betrest* dengan posisi miring maka, kemungkinan akan terjadi ulkus didaerah daun telinga.
 - f) Leher
Mengetahui posisi trakea, denyut nadi karotis, ada tidaknya pembesaran vena jugularis dan kelenjar limfe.
- 4) Urogenital
Inspeksi adanya kelainan pada perinium. Biasanya klien dengan ulkus dan paraplegi terpasang kateter untuk buang air kecil.
- 5) Muskuloskeletal
Adanya fraktur pada tulang akan menyebabkan klien *bedrest* dalam waktu lama, sehingga terjadi penurunan kekuatan otot.
- 6) Neurologi
Tingkat kesadaran dikaji dengan sistem *Glasgow Coma Scale* (GCS). Nilainya bisa menurun bila terjadi nyeri hebat (syok neurogenik) dan panas atau demam tinggi, mual muntah, dan kaku kuduk.
- 7) Pengkajian Fisik Kulit
Pengkajian kulit melibatkan seluruh area kulit termasuk membrane mukosa, kulit kepala, rambut dan kuku. Tampilan kulit yang perlu dikaji yaitu warna, suhu, kelembban, kekeringan, tekstur kulit (kasar atau halus), lesi, vaskularitas. Yang harus diperhatikan oleh perawat yaitu :
- a) Warna, dipengaruhi oleh aliran darah, oksigenasi, suhu badan dan produksi pigmen.
 - b) Lesi, dapat dibagi menjadi dua yaitu Lesi primer, yang terjadi karena adanya perubahan pada salah satu komponen kulit dan lesi sekunder, adalah lesi yang muncul setelah adanya lesi

primer. Gambaran lesi yang harus diperhatikan oleh perawat yaitu warna, bentuk, dan lokasi.

c) Kelembaban

Normalnya, kelembaban meningkat karena peningkatan aktivitas atau suhu lingkungan yang tinggi kulit kering dapat disebabkan oleh beberapa faktor, seperti lingkungan kering atau lembab yang tidak cocok, intake cairan yang inadekuat, proses menua.

d) Integritas

Yang harus diperhatikan yaitu lokasi, bentuk, warna, distribusi, apakah ada drainase atau infeksi.

e) Kebersihan kulit

f) Vaskularisasi

Perdarahan dari pembuluh darah menghasilkan petechie dan echimosis.

g) Palpasi kulit

Yang perlu diperhatikan yaitu lesi pada kulit, kelembaban, suhu, tekstur atau elastisitas, turgor kulit.

8) Pengkajian Braden Score

Untuk menilai resiko terjadinya *Pressure Ulcer*/Luka Tekan.

SKALA BRADEN – Untuk Memprediksi Risiko Luka Dekubitus

RISIKO BERAT: Skor total 9 RISIKO TINGGI: Skor total 10-12		TANGGAL								
RISIKO SEDANG: Skor total 13-14 RISIKO RINGAN: Skor total 15-18		MENILAI y								
FAKTOR RISIKO	SKOR/DESKRIPSI					1	2	3	4	
INDRAWI PERSEPSI Kemampuan untuk merespon secara bermakna terhadap ketidaknyamanan akibat tekanan	1. SANGAT TERBATAS – Tidak responsif (tidak menggerak, tersentak, atau menggenggam) terhadap rangsangan nyeri, dikarenakan tingkat kesadaran yang menurun atau sedasi, ATAU kemampuan terbatas untuk merasakan nyeri pada sebagian besar permukaan tubuh.	2. SANGAT TERBATAS – Hanya merespon terhadap rangsangan yang menyakitkan. Tidak dapat mengomunikasikan ketidaknyamanan kecuali dengan menggerak atau gelisah, ATAU memiliki gangguan sensorik yang membatasi kemampuan untuk merasakan sakit atau ketidaknyamanan pada ½ bagian tubuh.	3. SEDIKIT TERBATAS – Merespons perintah verbal tetapi tidak selalu dapat mengomunikasikan ketidaknyamanan atau perlu dibalikkan, ATAU memiliki beberapa gangguan sensorik yang membatasi kemampuan untuk merasakan nyeri atau ketidaknyamanan pada 1 atau 2 ekstremitas.	4. TIDAK ADA GANGGUAN – Merespons perintah verbal. Tidak memiliki defisit sensorik yang dapat membatasi kemampuan untuk merasakan atau menyuarakan rasa sakit atau ketidaknyamanan.						
KELEMBAPAN Tingkat paparan kelembapan pada kulit	1. LEMBAB SECARA TERUS-MENERUS – Kulit selalu lembab karena keringat, urine, dll. Kelembapan terdeteksi setiap kali pasien dipindahkan atau dibalikkan.	2. SERING LEMBAB – Kulit sering kali lembab, tetapi tidak selalu. Sprei harus diganti setidaknya sekali setiap shift.	3. SEKALI LEMBAB – Kulit terkadang lembab, sehingga memerlukan penggantian sprei ekstra sekitar satu kali sehari.	4. JARANG LEMBAB – Kulit biasanya kering; linen hanya perlu diganti secara rutin.						
AKTIVITAS Tingkat aktivitas fisik	1. BEDFAST – Terbatang di tempat tidur.	2. CHARFAST – Kemampuan berjalan sangat terbatas atau tidak ada sama sekali. Tidak dapat menahan berat badan sendiri dan/atau harus dibantu untuk duduk di kursi roda atau kursi roda.	3. JALAN KAKI SESEKALI – Berjalan kaki sesekali di siang hari, tetapi untuk jarak yang sangat pendek, dengan atau tanpa bantuan. Menghabiskan sebagian besar waktu di tempat tidur atau kursi.	4. SERING BERJALAN KAKI – Berjalan di luar ruangan setidaknya dua kali sehari dan di dalam ruangan setidaknya sekali setiap 2 jam selama jam terjaga.						
MOBILITAS Kemampuan untuk berubah dan mengontrol posisi tubuh	1. TIDAK BISA BERGERAK SEPENUHNYA – Tidak dapat melakukan perubahan sekecil apa pun pada tubuh atau posisi ekstremitas tanpa bantuan.	2. SANGAT TERBATAS – Kadang-kadang membuat perubahan kecil pada posisi tubuh atau ekstremitas tetapi tidak mampu membuat perubahan yang sering atau signifikan secara mandiri.	3. SEDIKIT TERBATAS – Melakukan perubahan kecil namun sering pada posisi tubuh atau ekstremitas secara mandiri.	4. TANPA BATASAN – Membuat perubahan posisi yang besar dan sering tanpa bantuan.						
GIZI Pola asupan makanan yang biasa 1. NPO: Tidak ada apa-apa mulut. 2. IV: Secara intravena. 3. TPN: Pemberian parenteral total nutrisi.	1. SANGAT MISKIN – Tidak pernah menghabiskan makanan secara lengkap. Jarang makan lebih dari 1/3 dari makanan yang ditawarkan. Makan 2 porsi atau kurang protein (daging atau produk susu) per hari. Tidak minum cairan dengan baik. Tidak mengonsumsi suplemen makanan cair, ATAU adalah NPO 1 dan/atau dipertahankan pada yang jelas cairan atau IV2 selama lebih dari 5 hari.	2. KEMUNGKINAN TIDAK MEMADAI – Jarang makan makanan lengkap dan biasanya hanya makan sekitar ½ dari makanan yang disajikan. Asupan protein hanya mencakup 3 porsi daging atau produk susu per hari. Kadang-kadang akan mengonsumsi suplemen makanan ATAU menerima jumlah makanan cair atau makanan lewat selang yang kurang optimal.	3. CUKUP – Makan lebih dari setengah dari sebagian besar makanan. Makan total 4 porsi protein (daging, produk susu) setiap hari. Kadang-kadang menolak makan, tetapi biasanya akan minum suplemen jika ditawarkan, ATAU menjalani pemberian makanan melalui selang atau regimen TPN3, yang mungkin memenuhi sebagian besar kebutuhan nutrisi.	4. SANGAT BAIK – Makan hampir setiap kali makan. Tidak pernah menolak makan. Biasanya makan total 4 atau lebih porsi daging dan produk susu. Kadang-kadang makan di sela waktu makan. Tidak memerlukan suplemen.						
GESEKAN DAN MENCUKUR	1. MASALAH – Memerlukan bantuan sedang hingga maksimal untuk bergerak. Tidak mungkin mengangkat beban sepenuhnya tanpa tergelincir di atas seprai. Sering tergelincir di tempat tidur atau kursi, sehingga perlu sering mengubah posisi dengan bantuan maksimal. Kekejangan, kontraktur, atau agitasi menyebabkan gesekan yang hampir konstan.	2. MASALAH POTENSIAL – Bergerak lemah atau memerlukan bantuan minimal. Selama bergerak, kulit mungkin bergeser sedikit terhadap seprai, kursi, alat penahan, atau perangkat lain. Mempertahankan posisi yang relatif baik di kursi atau tempat tidur hampir sepanjang waktu, tetapi terkadang bergeser ke bawah.	3. TIDAK ADA MASALAH YANG JELAS – Bergerak di tempat tidur dan di kursi secara mandiri dan memiliki kekuatan otot yang cukup untuk mengangkat tubuh sepenuhnya saat bergerak. Mempertahankan posisi yang baik di tempat tidur atau kursi setiap saat.							
TOTAL SKOR	Skor total 12 atau kurang merupakan RISIKO TINGGI									
MENILAI	TANGGAL	TANDA TANGAN/JABATAN EVALUATOR			MENILAI	TANGGAL	TANDA TANGAN/JABATAN EVALUATOR			
1	/ /				3	/ /				
2	/ /				4	/ /				
NAMA-Terakhir		Pafama		Tengah		Dokter yang hadir		Rekam No.		Kamar/Tempat Tidur

Formulir 3166P BRIGGS, Des Moines, IA 50306 (800) 247-2343 www.BriggsCorp.com
R304 DICETAK DI AS

Sumber: Barbara Braden dan Nancy Bergstrom. Hak cipta, 1988.
Dicetak ulang dengan izin. Izin harus diminta untuk menggunakan alat ini di
www.bradenscale.com

SKALA BRADEN

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah proses menganalisa data subjektif dan objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosis keperawatan (Amin, 2020). Diagnosis keperawatan melibatkan proses berfikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medik dan pemberian pelayanan kesehatan yang lain. Komponen komponen dalam pernyataan diagnosis keperawatan meliputi masalah (problem), penyebab (etiologi), tanda dan gejala (sign and symptom) (Asmadi, 2020).

Diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien kritis yang mengalami tiras baring lama adalah Risiko Luka Tekan, yaitu berisiko mengalami cedera local pada kulit dan/jaringan, biasanya pada tonjolan tulang akibat tekanan dan/atau gesekan (SDKI, 2020).

Dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2020) risiko luka tekan termasuk ke dalam sub kategori keamanan. Faktor risiko yang dapat menyebabkan luka tekan yaitu *Braden Score* $Q \leq 16$ (anak) atau skor skala Braden < 18 (dewasa), perubahan fungsi kognitif, perubahan sensasi, anemia, penurunan mobilisasi, penurunan kadar albumin, penurunan oksigenasi jaringan, penurunan perfusi jaringan, dehidrasi, kulit kering, edema, peningkatan suhu kulit, usia diatas 65 tahun, berat badan lebih, fraktur tungkai, riwayat stroke, riwayat luka tekan, riwayat trauma, hipertermi, inkontinensia, ketidakadekuatan nutrisi, imobilisasi fisik, penekanan diatas tonjolan tulang, gesekan permukaan kulit.

3. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan/ Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
1	<p>Risiko Luka Tekan(D. 0143) Definisi : Berisiko menanggapi cedera lokal pada kulit/atau jaringan, biasanya pada tonjolan tulang akibat tekanan dan/atau gesekan. Faktor Risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Braden Score $Q \leq 16$ (anak) atau skor skala Braden < 18 (dewasa) 2. Perubahan Fungsi Kognitif 3. Perubahan Sensasi 4. Anemia 5. Penurunan Mobilisasi 6. Penurunan Kadar Albumin 7. Penurunan Oksigenasi Jaringan 8. Penurunan Perfusi Jaringan 9. Dehidrasi 10. Kulit Kering 11. Edema 12. Peningkatan Suhu Kulit 13. Usia Diatas 65 Tahun 14. Berat Badan Lebih 15. Fraktur Tungkai 16. Riwayat Stroke 17. Riwayat Luka Tekan 	<p>Integritas kulit dan jaringan (L.14125) setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Nyeri menurun 4. Kemerahan menurun 5. Perdarahan menurun 6. Pigmentasi abnormal menurun 7. Jaringan parut menurun 8. Nekrosis menurun 9. Suhu kulit membaik 10. Sensasi membaik 11. Tekstur membaik 	<p>Pencegahan luka tekan (I.14543) Obsevasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Periksa luka tekan dengan menggunakan skala(mis. Skala noton, skala braden) - Periksa adanya luka tekan sebelumnya - Monitor suhu yang tertekan - Monitor ketat area kemerahan - Monitor kulit diatas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi - Monitor sumber tekanan dan gesekan - Monitor mobilitas dan aktivitas individu <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontenensi a fekal atau urine 	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala norton dan braden metode yang digunakan dalam menilai resiko terjadinya luka tekan pada pasien dengan tirah baring lama - Riwayat pasien menderita luka tekan sebelumnya dapat berisiko menyebabkan pasien mengalami luka tekan Kembali - Peningkatan suhu dapat menjadikan terjadinya luka kemerahan dan luka lecet saat tertekan - Untuk mencegah terjadinya luka lecet, kemerahan merupakan tanda awal adanya masalah pada kulit - Penekanan pada kulit diatas tonjolan tulang dalam jangka waktu yang lama dapat menyebabkan tehamatnya sirkulasi pada kulit dan jaringan - Meminimalkan mungkin adanya tekanan dan

	<p>18. Riwayat Trauma</p> <p>19. Hipertermia</p> <p>20. Inkontinensi</p> <p>21. Ketidakadekuatan Nutrisi</p> <p>22. Imobilisasi Fisik</p> <p>23. Penekanan Diatas Tonjolan Tulang,</p> <p>24. Gesekan Permukaan Kulit</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Gunakan lotion - Ubah posisi dengan hati-hati setiap 2 jam - Berikan <i>massage</i>, sesuai indikasi - Buat jadwal perubahan posisi - Jaga sprai tetap kering, bersih, dan tidak ada kerutan - Hindari pemberian lotion pada daerah luka atau kemerahan - Hindari penggunaan air hangat dan sabun keras saat mandi - Pastikan asupan makanan yang cukup terutama protein, vitamin B dan C, zat besi, dan kalori. <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tanda-tanda kerusakan kulit - Anjurkan melapor jika ada tanda-tanda kerusakan kulit - Ajarkan cara merawat kulit 	<p>gesekan pada kulit pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan pasien dalam mobilisasi dan aktivitas dapat menjadi factor utama terjadinya dekubitus. <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kelembaban karena keringat, cairan luka, feses atau urine yang bersifat tidak bersih dapat memperberat terjadinya luka tekan - Pemberi <i>Lotion</i> dapat memberikan kelembaban pada kulit, sehingga mencegah kulit kering yang berisiko lecet. - Mengubah posisi setiap 2 jam dapat memperbaiki sirkulasi pada daerah punggung pasien - Dapat melancarkan aliran darah, dan memberikan efek relaksasi, menjaga keelastisan dan kelembaban kulit - Menjadwalkan perubahan posisi dapat mencegah terjadinya luka tekan akibat tirah baring yang lama
--	---	--	---	---

				<ul style="list-style-type: none"> - Sebagai upaya mencegah kulit pasien agar tidak terjadi lecet akibat sprai tempat tidur - Pemberian <i>lotion</i> pada daerah luka atau kemerahan, dapat menyebabkan luka hipersensitif dan memperberat keadaan - Penggunaan sabun mandi yang mengandung bahan yang sensitive pada kulit dapat menyebabkan kulit menjadi iritasi - Konsumsi protein, vitamin, zat besi, dan kalori yang adekuat dapat mempercepat proses penyembuhan luka. <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dan keluarga mendapatkan informasi terkait tanda kerusakan kulit (seperti kemerahan, iritasi, gatal, dan luka) - Agar diberikan penanganan yang maksimal pada kerusakan kulit - Agar keluarga dapat merawat kulit dengan prinsip yang telah diajarkan perawat
--	--	--	--	---

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2020).

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan sesuai kriteria hasil yang ditetapkan. Kriteria pengimplementasian tindakan meliputi melibatkan klien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan, berkerjasama dengan tim kesehatan lain, melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi kesehatan klien, memberikan edukasi pada klien dan keluarga tentang konsep keterampilan asuhan diri (Suwignjo et al., 2022).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses asuhan keperawatan yang menjelaskan bahwa tujuan dari tindakan keperawatan telah tercapai atau memerlukan pendekatan lain (Suwignjo et al., 2022). Dokumentasi evaluasi keperawatan merupakan catatan tentang indikasi kemajuan pasien terhadap tujuan yang akan dicapai. Evaluasi keperawatan menilai keefektifan perawatan dan mengkomunikasikan status kesehatan klien setelah diberikan tindakan keperawatan serta memberikan informasi yang memungkinkan adanya revisi perawatan sesuai keadaan pasien setelah dievaluasi (Hutahean, 2010 dalam Tokan & Sekunda, 2020).