

**INOVASI *NIGELLA SATIVA OIL* (NSO) DENGAN TEKNIK *MASSAGE*
KULIT UNTUK MENCEGAH DEKUBITUS PADA PASIEN DENGAN
RESIKO KERUSAKAN INTEGRITAS KULIT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Salah Satu Persyaratan Mencapai
Gelar Ahli Madya Keperawatan Pada Prodi D3 Keperawatan
Fakultas Ilmu Kesehatan
Univrsitas Muhammadiyah Magelang



Disusun Oleh :
Resti Dwi Lhutfi Anggraini
16.0601.0079

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG**

2019

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Stroke merupakan salah satu penyebab utama kematian dan kecacatan di dunia. Stroke merupakan penyebab kematian terbesar di dunia, sebesar 51% disebabkan karena tekanan darah yang tinggi dan sebesar 16% disebabkan karena kadar glukosa darah yang tinggi (Astutik, 2016). Stroke terjadi secara mendadak, progresif dan cepat.

Jumlah penyakit stroke di Indonesia setiap tahun mengalami peningkatan. Prevalensi kasus stroke di Indonesia meningkat dari angka 7% pada tahun 2013 menjadi 10,9% pada tahun 2018 (Riskesdas, 2018). Angka kejadian stroke di Jawa Tengah meningkat dari angka 7,35% pada tahun 2013 menjadi 11,7% pada tahun 2018 (Riskesdas, 2018). Sedangkan prevalensi stroke di Kabupaten Magelang pada tahun 2018 sebesar 0,23% dengan jumlah kasus sebanyak 137 kasus di RSUD Kabupaten Magelang (Profil Kesehatan RSUD Muntilan Kabupaten Magelang, 2018).

Salah satu komplikasi penyakit stroke yang biasa muncul adalah dekubitus. Frekuensi dekubitus diberbagai negara masih cukup tinggi. Di Amerika Serikat, dalam beberapa penelitian menunjukkan bahwa 2-40% pasien yang dirawat di rumah sakit menderita dekubitus. Angka kejadian dekubitus di Indonesia 15,8%-35% (Okatiranti, Eviyanti Sitorus, & Tsuawabeh, 2017). Prevalensi kejadian stroke di RSUD Kabupaten Magelang sebanyak 137 kasus, dari angka tersebut 2,7% (4 orang) beresiko terjadi luka tekan (Profil Kesehatan RSUD Muntilan Kabupaten Magelang, 2018). Dekubitus biasanya dijumpai pada orang-orang yang dirawat di tempat tidur atau mengalami penurunan mobilitas. Dekubitus atau *pressure sore* atau *bed sore* dapat bersifat superfisial, disebabkan karena iritasi kulit lokal. Luka dekubitus disebabkan oleh beberapa faktor yaitu immobilisasi, gaya gesek, dan kelembaban kulit (Kozier & Synder SB, 2010).

Penanganan luka tekan dapat diatasi dengan beberapa cara, salah satunya yaitu dengan memperbaiki sirkulasi, metabolisme dan melancarkan peredaran darah terutama pada daerah yang tertekan dengan cara pemijatan atau *massage* (Andani, 2016). *Massage* adalah pemijatan yang menstimulasi sirkulasi darah serta metabolisme dalam jaringan. *Massage* memiliki banyak manfaat bagi semua sistem organ tubuh, antara lain: meningkatkan fungsi kulit, meningkatkan fungsi jaringan otot, meningkatkan pertumbuhan tulang dan gerak persendian, dan meningkatkan fungsi jaringan syaraf. Kelebihan *massage* punggung dari pada terapi lain adalah *massage* punggung selama 3-5 menit dapat memberikan efek relaksasi dan mengurangi tekanan pada tubuh (Andani, 2016).

Penelitian yang dilakukan oleh Syapitri pada tahun 2017 menunjukkan bahwa pemberian *nigella sativa oil* memberikan efek yang signifikan pada luka dekubitus dengan aplikasi topikal asam lemak esensial yang terbukti efektif dalam meningkatkan hidrasi dan elastisitas kulit serta membantu mencegah terjadinya ulkus dekubitus. Penelitian tersebut dibuktikan dengan adanya perbedaan derajat luka dekubitus sebelum dan sesudah diberikan *nigella sativa oil*. *Nigella sativa oil* diaplikasikan dengan cara *massage*. *Nigella sativa oil* mengandung karbohidrat rendah gula, protein, berbagai asam amino, asam lemak, vitamin, mineral dan serat. Minyak *Nigella sativa* secara farmakologi memiliki kandungan zat aktif *thymoquinone*, *dithymoquinone*, *thymohydroquinone*, dan *thymol*. *Thymoquinone* berfungsi sebagai anti-inflamasi dengan cara menghambat jalur siklo-oksigenase dan lipooksigenase yang berfungsi sebagai mediator alergi dan peradangan. Saponin diketahui juga terkandung dalam *nigella sativa* yang berperan dalam membantu proses penyembuhan luka. Selain sebagai antiinflamasi, saponin juga dapat mempercepat pembentukan pembuluh darah baru dalam proses penyembuhan luka (Aprilia, 2012). Selain itu minyak *nigella sativa* juga mempunyai manfaat sebagai anti-inflamasi dan menghambat edema serta berfungsi sebagai antioksidan, pertahanan imunitas, analgesik, antipiretik, antihipertensi, bronkodilator, anti-bakteri, anti-jamur, antitumor, antidiabetik, efek

menurunkan kadar lemak, serta mempunyai efek yang berpengaruh terhadap sistem saraf (Utomo, Dewi, & T. Abdurrasyid, 2012).

Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik untuk menerapkan inovasi *Nigella Sativa Oil* (NSO) dengan teknik *massage* kulit untuk mencegah resiko kerusakan integritas kulit pada pasien dekubitus di wilayah Kabupaten Magelang.

1.2 Tujuan Karya Tulis Ilmiah

1.2.1 Tujuan Umum

Mampu mengaplikasikan dalam menangani dan mencegah dekubitus dengan menggunakan teknik *massage* kulit menggunakan *nigella sativa oil* pada resiko kerusakan integritas kulit pasien dengan dekubitus.

1.2.2 Tujuan Khusus

- a. Mampu mengidentifikasi dan melakukan pengkajian keperawatan yang tepat terhadap kejadian dekubitus.
- b. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan terhadap kejadian dekubitus.
- c. Mampu merumuskan rencana tindakan asuhan keperawatan yang tepat dan sesuai dengan diagnosa yang muncul pada pasien.
- d. Mampu merumuskan tindakan keperawatan yang sesuai dengan rencana asuhan keperawatan yang telah disusun pada kejadian dekubitus.
- e. Mampu melakukan evaluasi tindakan keperawatan terhadap tindakan yang telah dilakukan sesuai dengan rencana tindakan asuhan keperawatan terhadap kejadian.
- f. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan yang telah dilakukan terhadap kejadian dekubitus di wilayah kabupaten Magelang.

1.3 Pengumpulan Data

1.3.1 Observasi Partisipatif

Metode pengumpulan data yang digunakan untuk menghimpun data penelitian melalui pengamatan dan penginderaan di mana peneliti benar-benar terlibat dalam keseharian responden. Observasi yang dilakukan meliputi pengkajian 13 Domain NANDA dan Skala Braden.

1.3.2 Interview

Interview dilakukan dengan mengadakan tanya jawab dengan pasien dan keluarga pasien yang berhubungan dengan kasus yang penulis ambil untuk mendapatkan data yang lengkap meliputi identitas klien, riwayat penyakit, riwayat kesehatan keluarga, dan pengobatan yang telah dilakukan.

1.3.3 Studi Literatur

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

1.3.4 Aplikatif

Aplikasi yang dilakukan pada pasien dengan resiko luka tekan dilakukan selama 7 hari dengan 5 kali kunjungan yang meliputi pengkajian NANDA 13 disertai pengukuran resiko luka tekan dengan Skala *Braden*, rencana keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi Pelayanan Kesehatan

Hasil karya tulis ilmiah ini dapat sebagai pengetahuan dan masukan dalam pengembangan ilmu keperawatan di masa yang akan datang pada pencegahan luka dekubitus dengan masalah resiko kerusakan integritas kulit.

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan

Dapat sebagai sumber informasi bagaimana memberikan asuhan keperawatan dengan luka dekubitus.

1.4.3 Bagi Masyarakat

Hasil penulisan ini dapat dijadikan sumber informasi di masyarakat dan mengetahui sejak dini tentang tanda gejala dekubitus dan cara untuk mencegah

terjadinya luka dekubitus pada pasien tirah baring dan melakukan perawatan luka dekubitus.

1.4.4 Bagi Penulis

Hasil karya tulis ilmiah ini dapat meningkatkan pengetahuan bagi penulis dalam melakukan penanganan dan mencegah dekubitus pada pasien stroke atau tirah baring.

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Luka Dekubitus

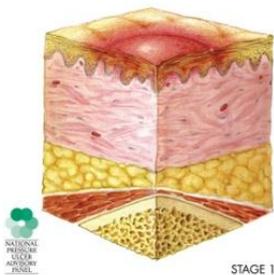
2.1.1 Definisi

Dekubitus merupakan kerusakan kulit pada suatu area dan dasar jaringan yang disebabkan oleh tulang yang menonjol, sebagai akibat dari tekanan, pergeseran, gesekan atau kombinasi dari beberapa hal tersebut (NPUAP, 2014). Dekubitus merupakan lesi yang disebabkan oleh adanya tekanan (kekuatan yang menekan permukaan tubuh) yang terjadi secara terus menerus sehingga merusak jaringan yang berada di bawahnya (Kozier & Synder SB, 2010).

2.1.2 Klasifikasi

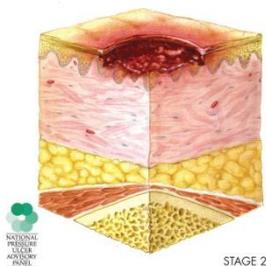
Menurut M.Robinson & Saputra (2014), menyebutkan klasifikasi luka dekubitus yang terbagi menjadi 4 stadium, yaitu:

2.1.2.1 Stadium 1



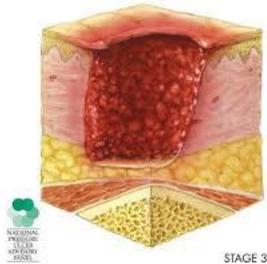
Stadium 1 ditunjukkan dengan kulit masih utuh dengan tanda-tanda akan terjadi luka. Dibandingkan dengan kulit yang normal akan tampak salah satu tanda sebagai berikut: perubahan temperature kulit (lebih dingin atau lebih hangat), perubahan konsistensi jaringan (lebih keras atau lebih lunak), perubahan sensasi (gatal atau nyeri). Kulit yang memiliki pigmentasi gelap tidak bertambah muda warnanya (warna tidak memudar), namun memiliki perbedaan warna dengan area sekitarnya.

2.1.2.2 Stadium 2



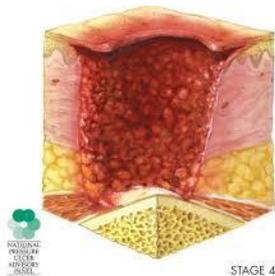
Stadium 2 ditunjukkan dengan hilangnya permukaan kulit epidermis atau dermis, atau keduanya yang terlihat sebagai luka terbuka, dangkal, tanpa cairan dengan dasar luka berwarna merah atau merah muda.

2.1.2.3 Stadium 3



Stadium 3 ditunjukkan dengan hilangnya lapisan kulit secara lengkap meliputi kerusakan atau nekrosis dari jaringan subkutan atau lebih dalam, namun otot dan tendon atau tulang tidak tampak. Luka terlihat seperti lubang yang dalam. Terbentuk slough atau jaringan berwarna kuning/ putih pada dasar luka, dan dapat terbentuk terowongan.

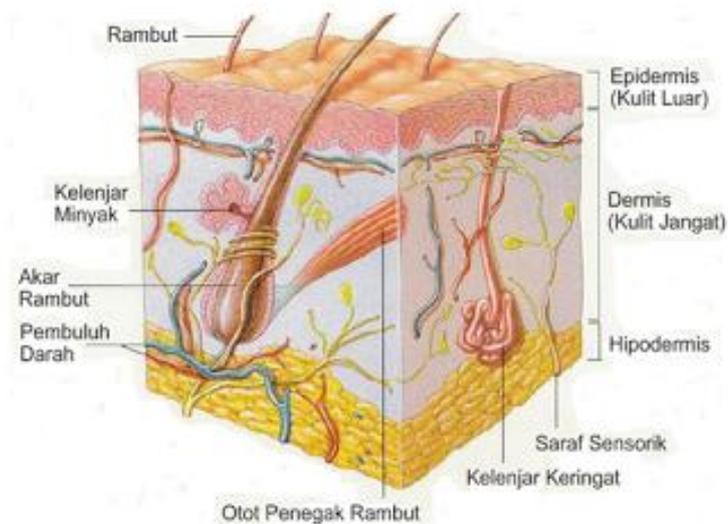
2.1.2.4 Stadium 4



Stadium 4 ditunjukkan dengan hilangnya lapisan kulit secara lengkap dengan kerusakan yang luas, nekrosis jaringan, kerusakan pada otot, tulang atau tendon dan adanya lubang yang dalam.

2.1.3 Anatomi Fisiologi

2.1.3.1 Anatomi Kulit



Gambar 2.1 Struktur Kulit

a. Epidermis

Epidermis adalah lapisan paling luar dan paling tipis dari kulit. Epidermis tidak memiliki pembuluh darah dan sistem persyarafan. Fungsi epidermis adalah sebagai sistem imun yang pertama dari tubuh manusia. Epidermis terdiri atas lima lapisan (dari lapisan kulit paling atas), berikut ini adalah gambaran setiap lapisan epidermis dari lapisan paling bawah menurut Arisanty (2013), sebagai berikut:

- 1) *Stratum germinativum* atau disebut juga startum basale adalah lapisan paling dalam dari epidermis yang berlokasi dekat dermis. Sel ini merupakan sel hidup berinti kerana mendapatkan difusi oksigen dan nutrisi dari dermis.
- 2) *Stratum spinosum* adalah lapisan setelah startum germinativum dan memiliki inti sel keratinosit besar. Lapisan ini merupakan hasil pembelahan sel yang berkaitan dan melakukan migrasi sel ke arah atas.
- 3) *Stratum granulosum* mengandung sel granular (granula lamelar) dan keratin. Pada lapisan ini, sel berinti mulai mati dan terus terdorong ke atas.
- 4) *Stratum lusidum* hanya ditemukan di telapak tangan dan telapak kaki. Pada lapisan ini, terdapat sel mati yang tidak memiliki inti.
- 5) *Stratum korneum* adalah lapisan paling atas dari epidermis yang merupakan sel keratin mati, tipis, tidak berinti, dan sebagai *waterproof* (anti-air).

b. Dermis

Dermis adalah lapisan kedua dari kulit yang merupakan jaringan ikat (*connective tissue*), memiliki banyak pembuluh darah, dan memiliki sistem persyarafan dan kelenjar tubuh. Dermis memiliki dua lapisan utama, yaitu papilare dan retikulare. Papilare berfungsi sebagai penguat dari epidermis dalam satu ikatan membran. Flexus pembuluh darah dari papilare memberikan asupan nutrisi dan oksigen ke epidermis melalui BMZ yang disebut *papillary loops/flexus*. Retikulare memiliki pembuluh darah perifer yang banyak dan berikatan yang disebut cutaneus flexus. Kolagen di sekresi oleh fibroblas dan berfungsi sebagai protein pemberi kekuatan dan fleksibilitas (*tensile and strength*).

c. Hipodermis

Hipodermis atau lapisan subkutan adalah lapisan paling tebal dari kulit, terdiri atas jaringan lemak (paling besar), jaringan ikat, dan pembuluh darah. Hipodermis

memiliki fungsi sebagai penyimpanan lemak, kontrol temperatur, dan penyangga organ disekitarnya (Arisanty 2013).

2.1.3.2 Fisiologi Kulit

Menurut Syaifuddin pada tahun 2010, fisiologi kulit meliputi:

a. Fungsi Termoregulasi

Dalam pengaturan suhu tubuh kulit berperan mengeluarkan keringat dan kontraksi otot dengan pembuluh darah kulit. Pengeluaran panas melalui kulit berlangsung melalui proses evaporasi air (perubahan molekul air) yang disekresikan oleh kelenjar keringat dan juga melalui sekresi keringat.

b. Fungsi Proteksi

Kulit menjaga bagian dalam tubuh terhadap gangguan fisis (gesekan, tarikan atau gangguan kimiawi) yang dapat menimbulkan iritasi, gangguan panas (radiasi, sinar *UV*, dan infeksi jamur atau bakteri). Bantalan lemak di bawah kulit berperan sebagai pelindung terhadap gangguan fisis. Melanosit melindungi kulit dari sinar matahari.

c. Fungsi Ekskresi

Kelenjar kulit mengeluarkan zat yang tidak berguna (zat sisa metabolisme) dalam tubuh berupa NaCl, urea, asam urat, dan ammonia. Lapisan *sebum* berguna untuk melindungi kulit karena lapisan sebum mengandung minyak untuk melindungi kulit, menahan air yang berlebih sehingga kulit tidak kering.

d. Fungsi Absorpsi

Kemampuan absorpsi kulit mempengaruhi tebal atau tipisnya kulit, hidrasi, kelembapan, dan metabolisme. Penyerapan terjadi melalui celah anatar sel, menembus sel-sel epidermis, dan saluran kelenjar.

e. Fungsi Persepsi

Kulit mengandung ujung-ujung saraf sensorik di dermis dan subkutis untuk merangsang panas yang diterima oleh dermis dan subkutis. Sedangkan untuk rangsang dingin terjadi di dermis. Perbedaan dirasakan oleh *papilla* dermis *markel reinver* yang terletak pada dermis, sedangkan tekanan dirasakan oleh epidermis serabut saraf sensorik yang lebih banyak jumlahnya di daerah erotic.

f. Fungsi Pembentukan Vitamin D

Pembentukan vitamin D berlangsung dengan mengubah dihidrokolesterol dengan pertolongan sinar matahari.

2.1.4 Etiologi

Penyebab luka dekubitus menurut Huda & Kusuma (2015) yaitu sebagai berikut:

2.1.4.1 Faktor Intrinsik

Usia/penuaan (regenerasi sel yang lemah) yang mempengaruhi elastisitas kulit, sejumlah penyakit yang menimbulkan seperti DM, status gizi dan nutrisi (*underweight* atau sebaliknya *overweight*), temperatur anemia, hipoalbuminemia, penyakit-penyakit neurologi dan penyakit-penyakit yang merusak pembuluh darah, keadaan hidrasi atau cairan tubuh.

2.1.4.2 Faktor Ekstrinsik

Tekanan dalam jangka waktu yang lama, gesekan, pergeseran, kelembapan, kebersihan tempat tidur, kelembapan, gesekan, alat-alat tenun yang kusut dan kotor, atau peralatan medik yang menyebabkan penderita terfiksasi pada suatu sikap tertentu, duduk yang buruk, posisi yang tidak tepat, perubahan posisi yang kurang.

2.1.5 Patofisiologi

Dekubitus merupakan masalah serius yang terjadi pada pasien dengan keterbatasan gerak, seperti pasien stroke, injuri tulang belakang, dan penyakit degeneratif. Dekubitus diakibatkan oleh tekanan antar muka atau kekuatan per unit area antara tubuh dengan matras/ tempat tidur yang mengakibatkan jaringan menjadi iskemia dan dapat berlanjut menjadi injuri dan nekrosis. Apabila tekanan antar muka lebih besar dari pada tekanan kapiler rata rata, maka pembuluh darah kapiler akan mudah kolaps dan akan mengakibatkan aliran darah terhenti yang lama kelamaan menjadi eritema. Tekanan kapiler rata rata adalah 32mmHg. Daerah tersebut akan mudah mengalami hipoksia, iskemia dan akan berkembang menjadi nekrotik (Suriadi, 2015). Jika tekanan didaerah tidak dihilangkan maka akan timbul eritema yang tidak memudar bila ditekan. Eritema terjadi akibat

pembuluh darah, jika terjadi kerusakan jaringan yang lebih dalam maka menggelembung saat dipalpasi.

Gaya gesekan dapat merusak struktur kapiler kulit. Robekan merupakan gaya mekanik yang terjadi saat kulit digeser pada permukaan kasar seperti tenun tempat tidur. Robekan mempengaruhi pada epidermis kulit atau lapisan bagian atasnya yang akan terkelupas ketika klien merubah posisinya. Gaya gesek dan robekan juga factor terjadinya luka tekan.

Luka dekubitus merupakan dampak dari tekanan, pergesekan, pergeseran, kelembapan, immobilisasi, dan status gizi. Gambaran umum mekanisme luka tekan adalah kerusakan jaringan yang terlokalisir, disebabkan karena adanya tekanan yang meningkat antara anggota badan dengan tempat tidur, yang merusak jaringan lunak terutama pada bagian yang menonjol (*bony prominence*), dan adanya faktor gesekan dan pergeseran dari dalam jangka waktu lama. Pasien yang mengalami dekubitus yang tidak ditangani dengan baik dapat mengakibatkan masa perawatan pasien menjadi lebih lama (Suriadi, 2015).

2.1.6 Manifestasi Klinis

- a. Tanda cedera awal adalah kemerahan yang tidak menghilang apabila ditekan dengan ibu jari.
- b. Pada cedera yang lebih berat dijumpai ulkus dikulit
- c. Dapat timbul rasa nyeri dan tanda-tanda sistemik peradangan, termasuk demam dan peningkatan hitungan sel darah putih.
- d. Dapat terjadi infeksi sebagai akibat dari kelemahan dan perawatan di rumah sakit yang berkepanjangan, bahkan pada ulkus kecil (Sudoyo, 2009).

2.1.7 Fase Penyembuhan Luka

Fase penyembuhan luka menurut Suriadi (2015) yaitu:

2.1.7.1 Tahap Hemostasis

Fase pertama penyembuhan luka dimulai dengan penyempitan otonom pembuluh darah sebagai respon terhadap cedera, spasme kemudian diikuti relaksasi otot

pembuluh darah dan pelepasan platelet atau trombosit. Trombosit bekerja sebagai faktor pembekuan darah. Hemostasis berlangsung beberapa menit setelah cedera, kecuali terdapat masalah pembekuan.

2.1.7.2 Tahap Inflamasi

Tahap kedua penyembuhan luka muncul dengan tanda eritema, pembengkakan, dan panas, sering dikaitkan dengan nyeri, terdapat tanda seperti *rubor, tumor, kolor, dolor*. Tahap inflamasi berlangsung selama 4 hari pasca cedera.

2.1.7.3 Tahap Proliferasi (Granulasi)

Tahap ini dimulai sekitar empat hari setelah cedera dan biasanya sampai hari ke 21 pada luka akut dan bergantung ukuran luka. Hal ini ditandai dengan adanya jaringan merah berkrak di dasar luka dan melibatkan penggantian jaringan kulit dan jaringan subdermal pada luka dalam, serta kontraksi luka. Fibroblast mengeluarkan kolagen untuk regenerasi. Defisit luka diisi dengan jaringan granulasi atau jaringan parut. Jaringan berisi pembuluh darah baru, kolagen, dan fibroblast dengan tampilan granular merah. Kreatinisit juga berperan dalam pembentukan lapisan luar pelindung atau stratum korneum.

2.1.7.4 Tahap *Remodelling* (Pematangan)

Tahap ini berlangsung menurut umur, jenis luka, kedalaman, lokasi luka dan tahap inflamasi yang dapat berlangsung selama 1-2 tahun. *Remodelling* berlangsung setelah luka tertutup pada bagian atas dan jaringan parut mengisi luka yang kemudian di restrukturisasi.

2.2 Inovasi *Nigella Sativa Oil* dengan Teknik *Massage Kulit*

Nigella Sativa Oil (NSO) merupakan salah satu terapi obat tradisional dalam penyembuhan luka. *Nigella Sativa Oil* (NSO) atau minyak jintan hitam adalah minyak yang diperoleh dari hasil penyulingan biji jintan hitam yang banyak mengandung asam lemak esensial. Minyak esensial memiliki manfaat dalam melindungi kulit terhadap penekanan dan gesekan, memberikan hidrasi yang optimal. *Nigella sativa oil* mengandung berbagai karbohidrat rendah gula, protein, berbagai asam amino, vitamin, mineral dan serat. *Nigella sativa oil* juga mengandung unsur aktif secara farmakologi yaitu *thymoquinone, ditymoquinone,*

thymohydroquinone dan *thymol* yang berguna untuk memberantas berbagai penyakit pada kondisi akut dan kronis (Syapitri, 2017).

Selain asam lemak esensial yang berfungsi melindungi kulit terhadap penekanan dan gesekan, *nigella sativa oil* juga mengandung zat aktif yaitu *thymoquinone* sebesar 27,8%-57% yang mempunyai efek antiinflamasi dan menghambat edema. *Massage* adalah suatu pemijatan atau ditepuk tepuk pada bagian tubuh tertentu dengan tangan atau alat-alat khusus untuk memperbaiki sirkulasi, metabolisme, melepaskan pelekatan dan melancarkan peredaran darah sebagai cara pengobatan (Andani, 2016). *Massage* memiliki efek terhadap kulit maupun jaringan. Efek *massage* terhadap kulit diantaranya untuk melonggrakan pelekatan dan menghilangkan penebalan-penebalan yang terjadi pada jaringan di bawah kulit dan kulit menjadi lunak dan elastis. Efek *massage* terhadap jaringan diantaranya dapat membantu memperlancar proses penyerapan sisa-sisa pembakaran yang ada dalam jaringan (Carolina & Margareth, 2013). Aplikasi topikal asam lemak esensial efektif dalam meningkatkan hidrasi dan elastisitas kulit serta membantu mencegah terjadinya ulkus dekubitus.

Tabel 2.1 SOP Pemberian *Massage*

SOP MASSAGE		
1	Pengertian	<i>Massage</i> adalah suatu pemijatan atau ditepuk tepuk pada bagian tubuh tertentu dengan tangan atau alat-alat khusus untuk memperbaiki sirkulasi, metabolisme, melepaskan pelekatan dan melancarkan peredaran darah sebagai cara pengobatan (Andani, 2016)
2	Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melancarkan sirkulasi darah pada daerah yang akan di <i>massage</i>. 2. Meningkatkan relaksasi dan menurunkan stress. 3. Menjaga keadaan kondisi kulit 4. Mengurangi rasa nyeri dan kelelahan
3	Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dengan gangguan mobilisasi 2. Pasien dengan kondisi kulit kering 3. Pasien dengan resiko luka tekan
4	Kontraindikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri pada daerah yang akan di <i>massage</i> 2. Jangan melakukan <i>massage</i> langsung pada daerah tumor

		<p>3. Jangan melakukan <i>massage</i> pada daerah yang mengalami ekimosis atau lebam\</p> <p>4. Fraktur tulang</p>
5	Persiapan Pasien	<p>1. Berikan salam terapeutik, memperkenalkan diri dan identifikasi pasien</p> <p>2. Jelaskan tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan, berikan kesempatan pasien dan keluarga untuk bertanya</p> <p>3. Siapkan peralatan yang akan di perlukan</p> <p>4. Atur ventilasi dan sirkulasi udara yang baik</p> <p>5. Atur posisi pasien sehingga merasa aman dan nyaman</p>
6	Persiapan Alat	<p>1. <i>Nigella Sativa Oil</i> (NSO)</p> <p>2. <i>Handscioen</i> 1 pasang</p> <p>3. Tissue</p> <p>4. Handuk mandi besar</p> <p>5. Handuk mandi kecil</p> <p>6. <i>Sput</i> 3cc</p> <p>7. Selimut</p> <p>8. Bantal dan Guling</p> <p>9. Kom atau wadah kecil</p>
7	Prosedur Pelaksanaan	<p>FASE ORIENTASI</p> <p>1. Memberi salam dan memperkenalkan diri</p> <p>2. Menjelaskan tujuan tindakan</p> <p>3. Menjelaskan prosedur tindakan</p> <p>4. Menjaga privasi klien</p> <p>5. Mengontrak waktu dengan pasien</p> <p>6. Menanyakan kesiapan klien</p> <p>FASE KERJA</p> <p>1. Mencuci tangan</p> <p>2. Memakai <i>handscooen</i> bersih</p> <p>3. Berikan posisi yang nyaman (miring kanan atau kiri)</p> <p>4. Instruksikan klien untuk menarik nafas dalam melalui hidung dan mengeluarkan lewat mulut secara perlahan sampai klien merasa rileks.</p> <p>5. Perawat berada di sebelah kanan pasien saat pasien di miringkan ke sebelah kiri dan begitu sebaliknya</p> <p>6. Membebaskan area yang akan di rawat dengan membuka baju</p> <p>7. Ambil <i>Nigella Sativa Oil</i> (NSO) menggunakan <i>sput</i> 3cc kemudian letakkan pada wadah kecil</p>

		8. Oleskan <i>Nigella Sativa Oil</i> menggunakan telapak tangan dengan merata dan lembut diamkan hingga kulit tidak terlalu basah 9. Lakukan <i>massage</i> pada punggung atau area yang beresiko terkena dekubitus dengan cara menggosok dan mengusap dari arah bawah ke atas, kedua dari atas ke bawah dengan gerakan sirkuler 10. <i>Massage</i> dilakukan selama 4-5menit 11. Merapikan pasien kembali FASE TERMINASI 1. Mengevaluasi tindakan 2. Lakukan rencana tindak lanjut 3. Cuci tangan 4. Mendoakan pasien
8	Hal yang Perlu Diperhatikan	1. Kenyamanan dan kekuatan kondisi fisik pasien harus selalu dikaji untuk mengetahui keadaan pasien selama prosedur 2. Istirahatkan pasien setelah dilakukan <i>massage</i> 3. Perhatikan kontraindikasi dilakukannya tindakan

(Sumber: Carolina & Margareth, 2013)

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Menurut NANDA tahun 2018 pengkajian merupakan pengumpulan informasi subjektif dan objektif, peninjauan informasi riwayat pasien yang diberikan oleh pasien/ keluarga, atau ditemukan dalam rekam medik. Pengkajian 13 domain NANDA meliputi:

- a. **Health promotion** terdiri dari kesehatan umum, riwayat penyakit sekarang, riwayat masa lalu, riwayat pengobatan, kemampuan mengontrol kesehatan, faktor social ekonomi, dan pengobatan sekarang.
- b. **Nutrition** terdiri dari pengukuran ABCDEF (*Antropometri, Biochemical, Clinical, Diet, Energy, Factor*), cairan masuk, cairan keluar, dan pemeriksaan abdomen.
- c. **Elimination** terdiri dari pola pembuangan urine dan pola eliminasi serta integritas kulit.

- d. **Activity** terdiri dari pola istirahat dan tidur, *ADL*, *cardio respon*, *pulmonary respon*.
- e. **Perception/cognitive** terdiri dari orientasi/ kognitif, sensasi/ persepsi dan komunikasi.
- f. **Self perception** terdiri dari kesadaran akan diri sendiri dan harga diri.
- g. **Role relationship** mengenai peranan hubungan.
- h. **Sexuality** terdiri dari identitas seksual.
- i. **Coping/stres tolerance** terdiri dari *coping respon* atau ungkapan perasaan dan cara mengatasinya.
- j. **Life principles** terdiri dari nilai kepercayaan, keagamaan dan kemampuan mengatasi masalah.
- k. **Safety/protection** terdiri dari alergi, penyakit autoimmune, tanda infeksi, gangguan termoregulasi, dan gangguan/ resiko (komplikasi, immobilisasi, jatuh, aspirasi, disfungsi neurovaskuler peripheral, kondisi hipertensi, perdarahan, hipoglikemi, *syndrome disuse* dan gaya hidup tetap).
- l. **Comfort** terdiri dari rasa ketidaknyamanan/ nyeri, rasa tidak nyaman lainnya, dan gejala yang menyertai.
- m. **Growth/ Development** terdiri dai pertumbuhan dan perkembangan, DDST dan terapi bermain.

Pengkajian dengan skala Braden terdiri dari enam indikator dengan masing-masing indikator memiliki skor maksimal bernilai empat.

Tabel 2.2 Skala Braden

Parameter	Deskripsi
Persepsi sensori	1. Keterbatasan Penuh Tidak merasakan atau respon terhadap stimulus nyeri, kesadaran menurun. 2. Sangat Terbatas Gangguan sensori pada bagian ½ permukaan tubuh atau hanya berespon pada stimuli nyeri. 3. Keterbatasan Ringan Gangguan sensori pada 1 atau 2 ekstremitas atau berespon pada perintah verbal tapi tidak selalu mampu

	<p>mengatakan ketidaknyamanan.</p> <p>4. Tidak ada gangguan Tidak ada gangguan sensori, berespon penuh terhadap perintah verbal.</p>
Kelembapan	<p>1. Selalu Lembab Selalu terpapar oleh keringat atau urine basah</p> <p>2. Umumnya Lembab Kulit kering terlihat lembab akan tetapi tidak selalu kering. Pakaian pasien dan alas tidur harus diganti sedikitnya satu hari sekali.</p> <p>3. Kadang Lembab</p> <p>4. Jarang Lembab atau Kulit Kering</p>
Aktivitas	<p>1. Berbaring ditempat tidur</p> <p>2. Dapat Duduk Kemampuan untuk berjalan sangat terbatas atau tidak bisa sama sekali dan tidak mampu menahan berat badan atau harus dibantu.</p> <p>3. Berjalan kadang – kadang Berjalan dengan jarak yang sangat dekat dengan atau tanpa bantuan</p> <p>4. Dapat berjalan di sekitar ruangan</p>
Mobilitas	<p>1. Tidak mampu bergerak Tidak mampu merubah posisi badan atau ekstremitas bahkan posisi yang ringan sekalipun tanpa adanya bantuan.</p> <p>2. Sangat terbatas Kadang-kadang merubah posisi badan dan 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 Dapat membuat perubahan posisi tubuh atau ekstremitas secara mandiri dengan kekuatan otot yang cukup.</p> <p>4. Tanpa ketebatasan Dapat merubah posisi badan secara tepat dan sering mengatur posisi badan tanpa bantuan.</p>
Nutrisi Pola	<p>1. Sangat Buruk Tidak dapat menghabiskan 1/3 porsi makannya, sedikit</p>

<p>Kebiasaan Makan</p>	<p>minum, puasa atau minum air putih, atau mendapat infus lebih dari 5 hari.</p> <p>2. Kurang mencukupi Jarang sekali mampu menghabiskan ½ porsi makanannya atau intake cairan kurang dari jumlah optimum</p> <p>3. Mencukupi Mampu menghabiskan lebih dari ½ porsi makannya</p> <p>4. Sangat baik Dapat menghabiskan porsi makannya, tidak memerlukan suplementasi nutrisi.</p>
<p>Pergeseran dan Pergerakan</p>	<p>1. Bermasalah Tidak mampu mengangkat badannya sendiri, atau spastik, kontraktur. Memerlukan bantuan sedang sampai maksimal untuk bergerak. Tidak mungkin memindahkan badan tanpa bergesekan dengan tempat tidur atau kursi atau sering kali memerlukan bantuan yang maksimal untuk pengambilan posisi semula. Kekuatan otot, kontraktur atau gelisah.</p> <p>2. Potensi Bermasalah Memerlukan bantuan minimal mengangkat tubuhnya. Hampir selalu mampu untuk menjaga badannya dengan cukup baik dikursi roda atau tempat tidur, namun kadang-kadang merosot kebawah.</p> <p>3. Keterbatasan ringan Sering merubah posisi badan atau ekstremitas secara mandiri meskipun hanya dengan gerakan ringan.</p>

Analisa skor skala *Braden* menurut Morton, Patricia, & Fontaine (2012) dengan kriteria sebagai berikut:

- a. Resiko ringan jika skor bernilai 15-23
- b. Resiko sedang jika skor bernilai 13-14
- c. Resiko berat jika skor bernilai 10-12
- d. Resiko sangat berat jika skor bernilai kurang dari 10

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Pada kasus terjadinya luka dekubitus berdasarkan (Herdman & Kamitsuru, 2018) muncul masalah keperawatan yaitu resiko kerusakan integritas kulit. Definisi

resiko kerusakan integritas kulit yaitu rentan mengalami kerusakan epidermis/dermis yang dapat mengganggu kesehatan. Faktor berhubungan yang sesuai dengan kasus yaitu faktor eksternal adanya tonjolan pada tulang, dan imobilisasi fisik dengan kondisi terkait adanya gangguan turgor kulit (Herdman & Kamitsuru, 2018).

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7 hari perawatan, diharapkan masalah resiko kerusakan integritas kulit dapat teratasi dengan kriteria hasil integritas integritas kulit dan jaringan sedikit terganggu, eritema menunjukkan dari angka sedang ke angka ringan, tidak terdapat lesi pada kulit (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2016). Intervensi yang dilakukan yaitu manajemen tekanan dengan cara monitor sumber tekanan dan gesekan, monitor area kulit dan adanya kemerahan juga pecah – pecah, gunakan alat pengkajian resiko untuk memonitor faktor resiko pasien (skala *Braden*), monitor status nutrisi klien . Pencegahan luka tekan dengan cara monitor ketat area yang mengalami kemerahan, ubah posisi pasien setiap 1-2 jam sekali, jaga linen pasien agar tetap bersih kering dan bebas kerutan, hindarkan kulit dari kelembapan berlebihan yang berasal dari keringat, cairan luka, inkontinensia fekal atau BAB. Perawatan kulit: *massage* kulit dengan mengaplikasikan *nigella sativa oil* (NSO) pada daerah yang beresiko mengalami dekubitus, edukasi keluarga untuk mengaplikasikan *nigella sativa oil* sehari sekali setelah badan di bersihkan, kolaborasi dengan keluarga untuk mengaplikasikan *nigella sativa oil* (NSO) setiap hari pada pagi hari, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain jika terdapat alergi dalam menggunakan *nigella sativa oil* (NSO) (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2016).

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilaksanakan pada pasien dengan stroke yang terdapat luka tekan karena immobilisasi fisik yang ada di Kabupaten Magelang. Waktu yang dilakukan untuk menerapkan proses keperawatan selama 7 hari dengan 5 kali kunjungan, waktu kunjungan 20-30 menit. Penulis juga melakukan observasi

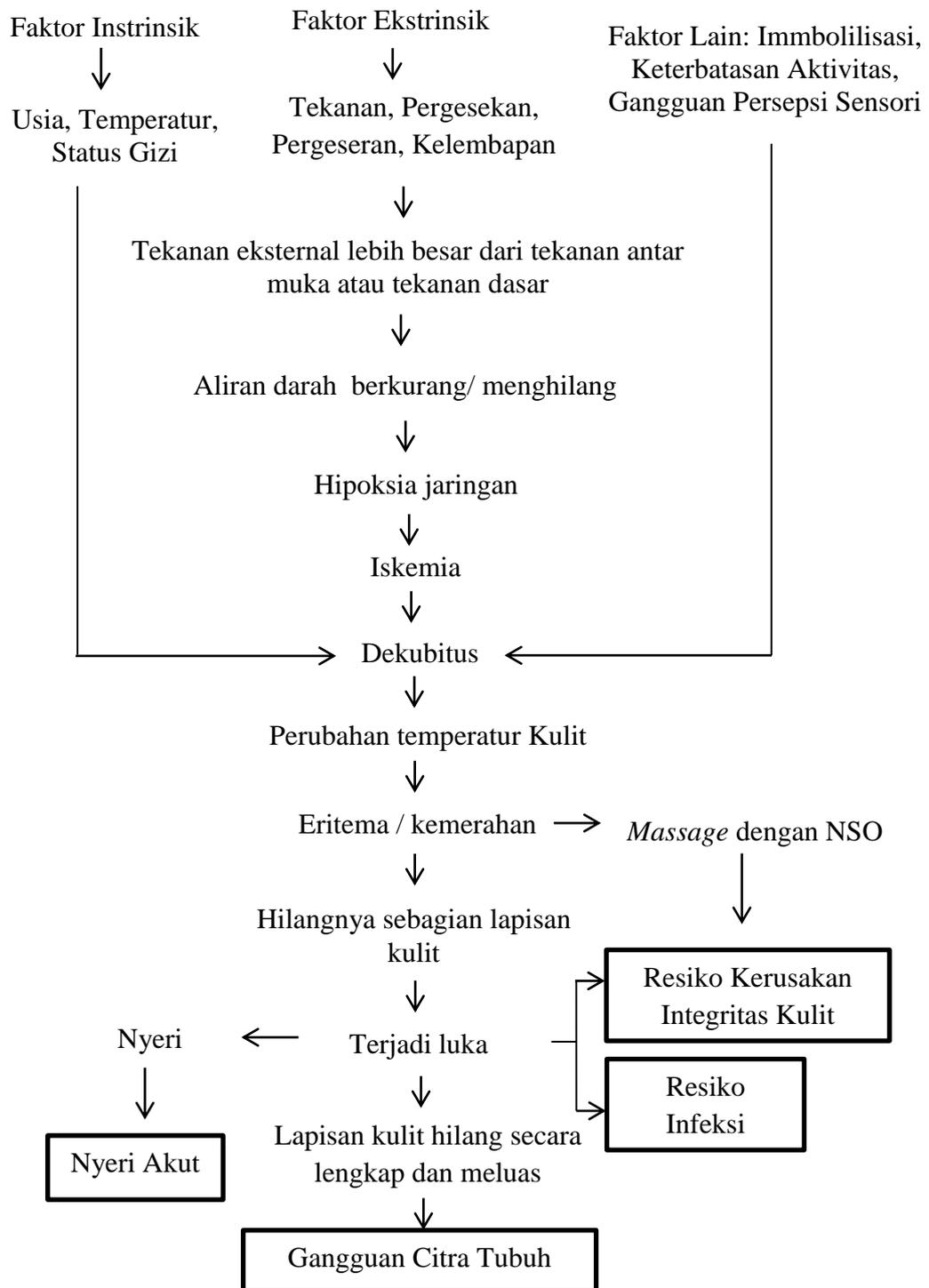
setiap kali melakukan kunjungan pada pasien segera setelah menerapkan inovasi *massage* kulit dengan *nigella sativa oil* (NSO). Adapaun peralatan yang digunakan antara lain minyak NSO, *handscooen*, *sputit* 3cc untuk mengambil minyak *nigella sativa* dan kom kecil. Minyak NSO didapatkan di apotek terdekat dengan memperhatikan BPOM, *expired date*, dan kemasan produk yang tidak rusak.

Implementasi dilakukan setiap pagi hari selama 7 hari dengan kunjungan 5 kali pada pagi hari agar mendapatkan manfaat yang maksimal. *Massage* melibatkan remasan dan gosokan yang akan menghasilkan panas pada permukaan kulit. Hal ini menyebabkan dilatasi pembuluh-pembuluh darah sehingga akan meningkatkan suplai darah ke daerah yang tertekan. *Massage* dilakukan dengan menggosokkan minyak *nigella sativa* pada kulit yang di indikasi mengalami resiko dekubitus dengan menggunakan telapak tangan dengan pijatan yang *soft*, dangkal dan *gentle*.

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7 hari mengaplikasikan *nigella sativa oil* dengan *massage* kulit dilakukan evaluasi terhadap perkembangan luka pasien. Evaluasi dilakukan dengan melihat skor dari skala Braden setelah dilakukan inovasi yang dilakukan oleh penulis.

2.4 Pathways



(Suriadi, 2015; Corwin, 2009)

Gambar 2.2 Pathway

BAB 3

LAPORAN KASUS

Pada bab ini akan menyajikan kasus “Inovasi *Nigella Sativa Oil (NSO)* dengan Teknik Massage Kulit untuk Mencegah Resiko Kerusakan Integritas Kulit pada Pasien Dekubitus” yang telah dilakukan pada tanggal 22 Juni 2019 pukul 16.00 WIB. Dalam melakukan asuhan keperawatan pada Tn. Y dengan resiko decubitus, dilakukan tahapan proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian dan pengumpulan data, merumuskan diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan dan mengevaluasi tindakan keperawatan. Proses keperawatan dimulai pada tanggal 22 Juni 2019 sampai tanggal 29 Juni 2019.

3.1 Pengkajian

3.1.1 Data Umum

Pengkajian dilakukan pada tanggal 22 Juni 2019 pukul 16.00 WIB di Kliwonan, Grabag, Kabupaten Magelang, dengan data yang diperoleh yaitu Tn.Y berusia 65 tahun dengan kelemahan ekstremitas kanan dan gastritis. Keluarga mengatakan Tn.Y tirah baring sejak 3 bulan yang lalu, klien dapat menggerakkan ekstremitas secara perlahan, kadang memerlukan bantuan keluarganya. Keluarga mengatakan jika terdapat kemerahan pada tonjolan tulang panggul Tn.Y sekitar 3 minggu yang lalu sejak menjalani *bedrest*. Tn.Y saat ini tidak bekerja, beragama islam. Pengganggu jawab Tn.Y yaitu anak kandung Tn.Y yang bernama Ny.N yang berusia 47 tahun, nomor telepon 08586310xxxx.

3.1.2 Pengkajian 13 Domain NANDA

Data yang diperoleh saat pengkajian menggunakan 13 domain NANDA yaitu: *Health Promotion*, riwayat penyakit saat ini Tn.Y dirawat dirumah oleh anak dan menantunya dengan keadaan Tn.Y *bedrest*. Tn.Y *bedrest* sejak 3 bulan yang lalu karena kelemahan pada ekstremitas kanan. Keluhan utama Tn.Y mengatakan merasakan gatal dan pegal pada bagian kulit yang memerah terutama tulang yang menonjol. Keluarga mengatakan jika di bagian panggul Tn.Y terdapat kemerahan. Keluarga mengatakan jika aktivitas Tn.Y diatas tempat tidur dan dibantu oleh

keluarga. Pada bagian tulang SIAS sebelah kanan terbentuk luka. Bagian tulang SIAS sebelah kiri tampak kemerahan, juga teraba hangat dan lunak. Tanda – tanda vital klien saat diukur yaitu tekanan darah 140/80mmHg, nadi 88x/menit, suhu 36,5°C, *respirasi rate* 22x/menit.

Riwayat penyakit dahulu klien pernah jatuh dari sepeda. Klien memiliki riwayat penyakit gastritis sejak 4 bulan yang lalu. Sejak mempunyai gastritis, klien sulit untuk makan bahkan menolak jika diberi makan dengan alasan jika makan maka ia muntah. Gastritis mengakibatkan klien gemetar dan mengalami kelemahan anggota tubuh dan klien *bedrest*. Klien juga menjalankan aktivitas di atas tempat tidur. Klien memiliki riwayat diabetes mellitus sejak 6 tahun yang lalu. Klien juga pernah mempunyai hipertensi. Kemampuan keluarga dalam mengontrol kesehatan, jika ada anggota keluarga yang sakit di bawa ke klinik atau rumah sakit dengan memanfaatkan BPJS kesehatan. Pola hidup Tn.Y dahulu merokok, tetapi sejak *bedrest* sudah tidak merokok.

Pada domain *nutrition*, keluarga mengatakan kalau pasien jarang untuk menimbang berat badannya. Tiga bulan terakhir, keluarga mengatakan jika berat badan pasien mengalami penurunan. Saat control ke rumah sakit berat badan pasien ditimbang dengan berat 45kg. Tinggi badan Tn.Y 160cm. Diperoleh hasil IMT klien dengan nilai 17,57 dengan kategori kurang dari normal. Tanda-tanda klinis klien dengan rambut berwarna putih beruban dengan kondisi cukup bersih, konjungtiva tidak anemis, mukosa bibir kering, dan turgor kulit tidak elastis. Nafsu makan Tn.Y tidak baik, tidak mau makan nasi atau bubur sejenisnya. Jika makan hanya dua sendok makan dengan frekuensi satu kali perhari jenis bubur. Untuk penilaian status cairan klien dengan cairan masuk berupa air minum sebanyak 400 cc setiap hari. Cairan keluar pasien berupa urine sebanyak 200 cc. Pemeriksaan fisik abdomen didapatkan hasil tidak ada kelainan berupa tidak tampak luka bekas operasi atau lesi pada abdomen, tidak terdapat odema, bising usus 8x/menit, ada nyeri tekan ulu hati, tidak ada benjolan, dan terdengar timpani.

Domain *elimination* didapatkan data system urinary tidak ketidaknyamanan. Pada pola pembuangan urine Tn.Y menggunakan pispot dengan frekuensi 4x sehari dengan jumlah kurang lebih 200 cc. Urin berwarna kuning tidak terlalu pekat dan bau khas amoniak. Pada masalah system gastrointestinal keluarga mengatakan jika BAB klien 2-3 hari sekali karena asupan makan klien tidak teratur. System integument klien didapatkan data turgor kulit tidak elastis, kering dan mengelupas. Berwarna sawo matang, akril hangat. Pada bagian tulang SIAS terdapat kemerahan di sebelah kiri, ditekan dengan ibu jari kemerahan tidak hilang, teraba hangat, teraba lunak, terdapat lesi, pada kulit sekitar tonjolan tulang dan Tn.Y mengatakan terasa pegal. Pada sisi tulang SIAS sebelah kanan terbentuk luka. Pada bagian tulang menonjol sering digunakan klien untuk menjadi tumpuan saat akan berpindah atau bergeser.

Pada domain *activity/ rest* keluarga mengatakan jam tidur klien tidak mengalami masalah, saat malam hari klien juga tidak mengalami insomnia. Tn.Y juga tidak pernah berolahraga karena ia beristirahat di tempat tidur. *Activity Daily Living* (ADL) atau aktivitas sehari – hari klien dibantu sepenuhnya oleh keluarga seperti makan, toileting, kebersihan dan juga berpakaian. Kekuatan otot pada ekstremitas kanan atas dan bawah 3, kekuatan otot pada ekstremitas kiri atas dan bawah 4. Aktivitas *range of motion* (ROM) klien aktif dengan bantuan, saat berpindah posisi dari berbaring ke posisi duduk klien meminta tolong keluarganya atau dengan bantuan papan pada sisi tempat tidur. Pada pengkajian skala *braden* didapatkan data indikator aktivitas bernilai 1 (klien berbaring ditempat tidur) dan indikator mobilitas bernilai 2 (sangat terbatas). Tn.Y beresiko untuk cedera dan jatuh karena tempat tidur klien menggunakan dipan. Pada pengkajian *cardio respon* klien tidak memiliki riwayat penyakit jantung, tidak ada edema pada ekstremitas, tekanan darah dan nadi 140/80mmHg nadi 88x/menit. Pemeriksaan fisik jantung didapatkan hasil normal bentuk dada simetris, tidak tampak ada lesi ataupun luka, tidak tampak *ictus cordis*, tidak teraba krepitasi, suara jantung I dan II regular. Pada *pulmonary respon* klien tidak memiliki penyakit system nafas, kemampuan bernafas spontan, pemeriksaan fisik paru didapatkan dada simetris,

tidak ada lesi atau bekas luka, pengembangan dada simetris kanan kiri, teraba vocal femitus, tidak ada krepitasi atau nyeri tekan, suara pernapasan vesikuler sonor.

Pada domain *perception/ cognition* didapatkan data tingkat pendidikan klien sekolah dasar, klien tidak mengalami disorientasi, klien juga tidak memiliki riwayat penyakit jantung, penginderaan klien tidak mengalami gangguan. Sehari-hari klien menggunakan bahasa jawa.

Pada domain *self perception*, Tn.Y tidak mengalami masalah. *Role relationship* Tn.Y merupakan seorang ayah yang tinggal bersama dengan anak dan menantunya. Perubahan konflik Tn.Y yaitu semua aktivitas dibantu oleh anaknya.

Pada domain *safety/ protection* Tn.Y tidak mempunyai alergi, dan klien beresiko mengalami komplikasi immobilisasi karena kelemahan pada ekstremitasnya. Pada domain *comfort* keluarga mengatakan Tn.Y mengalami rasa tidak nyaman yaitu gatal pada daerah yang mengalami kemerahan dan menggaruk pada daerah yang kemerahan.

3.1.3 Pengkajian Skala Braden

Penulis menggunakan alat pengkajian resiko dekubitus dengan skala *braden*. Skala *braden* memiliki indikator – indikator, yaitu parameter persepsi sensorik bernilai 3 dengan temuan gangguan sensorik pada satu atau dua ekstremitas atau berespon pada perintah verbal tapi tidak selalu mampu mengatakan ketidaknyamanan, kelembapan bernilai 4 yaitu jarang lembab atau kulit kering, aktivitas bernilai 1 klien berbaring ditempat tidur, mobilitas bernilai 2 tidak dapat merubah posisi secara tepat dan teratur, nutrisi bernilai 2 klien jarang sekali menghabiskan 1/2 porsi makannya intake cairan kurang (makan dengan bubur kanji dan minum 1 gelas sedang ukurn 400 cc), pergeseran dan pergesekan bernilai 1 memerlukan bantuan mengikat tubuhnya untuk ubah posisi dan bila bergeser merosot. Total nilai skala *Braden* 13 atau kategori beresiko sedang terjadi dekubitus.

3.2 Analisa Data

Berdasarkan data-data yang diperoleh dari pengkajian diatas telah dilakukan pengelompokkan data. Hasil pengkajian pada Tn.Y dapat dirumuskan diagnose keperawatan berdasarkan NANDA (Heather, T., & Kamitsuru, 2018) yaitu: Resiko kerusakan integritas kulit dengan factor resiko tekanan pada tonjolan tulang dan imobilisasi fisik yang ditandai dengan data subyektif keluarga mengatakan ada kemerahan pada bagian panggul Tn.Y, klien mengatakan pegal pada daerah sekitar kulit tulang panggul dan terasa gatal. Data obyektif didapatkan jika tulang SIAS tampak kemerahan pada kedua sisi, dan pada sisi sebelah kanan sudah terbentuk luka. Pada sisi tulang SIAS sebelah kiri tampak kemerahan, ditekan dengan ibu jari kemerahan tidak hilang, teraba hangat, dan teraba lunak. Pengkajian resiko dengan skala *Braden* didapatkan nilai 13 dengan kategori resiko sedang terbentuk dekubitus. Kulit kering dan mengelupas dan terdapat lesi.

Diagnosa resiko kerusakan integritas kulit akan dijadikan diagnosa prioritas tunggal oleh penulis dalam melakukan asuhan keperawatan yang akan dilakukan.

3.3 Rencana Keperawatan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7 hari perawatan diharapkan tujuan keperawatan pada masalah resiko kerusakan integritas kulit dapat teratasi dengan kriteria hasil integritas kulit dan jaringan sedikit terganggu, eritema menunjukkan dari angka cukup berat ke angka ringan, tidak terdapat lesi pada kulit.

Intervensi yang dilakukan pada Tn.Y yaitu manajemen tekanan dengan cara monitor sumber tekanan dan gesekan, monitor area kulit dan adanya kemerahan juga pecah – pecah, gunakan alat pengkajian resiko untuk memonitor faktor resiko pasien (skala *Braden*), monitor status nutrisi pasien. Pencegahan luka tekan dengan cara monitor ketat area yang mengalami kemerahan, edukasi keluarga dan klien untuk merubah posisi pasien setiap 1-2 jam sekali, jaga linen pasien agar tetap bersih kering dan bebas kerutan, hindarkan kulit dari kelembapan berlebihan yang berasal dari keringat, cairan luka, inkontinensia fekal atau BAB. Perawatan

kulit: *massage* kulit dengan mengaplikasikan *nigella sativa oil* (NSO) pada daerah yang beresiko mengalami dekubitus, edukasi keluarga untuk mengaplikasikan *nigella sativa oil* sehari sekali setelah badan di bersihkan, kolaborasi dengan keluarga untuk mengaplikasikan *nigella sativa oil* (NSO) setiap hari pada pagi hari, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain jika terdapat alergi dalam menggunakan *nigella sativa oil* (NSO).

3.4 Implementasi Keperawatan

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi resiko kerusakan integritas kulit selama 7 hari dengan 5 kali kunjungan. Kunjungan pertama pada tanggal 22 Juni 2019 pukul 16.00 WIB tindakan pertama yaitu memonitor sumber tekanan dan gesekan dengan respon klien mengatakan tidurnya kurang nyaman, tampak beralaskan perlak dan kasur lantai. Tindakan kedua memonitor area kulit dan adanya kemerahan dengan respon klien mengatakan terasa gatal dan pegal pada kulitnya terutama pada tonjolan tulang, tampak kemerahan pada tonjolan tulang dan teraba hangat, tindakan ketiga yaitu menggunakan alat pengkajian resiko untuk memonitor faktor resiko pasien (skala *Braden*) dengan respon klien mengatakan jika miring dibantu oleh keluarganya, tampak nilai hasil pengkajian dengan skala *Braden* yaitu persepsi sensori bernilai 3 (temuan gangguan sensori pada satu atau dua ekstremitas atau berespon pada perintah verbal tapi tidak selalu mampu mengatakan ketidaknyamanan), kelembapan nilai 4 (jarang lembab atau kulit kering), aktivitas bernilai 1 (berbaring di tempat tidur), mobilitas bernilai 2 (sangat terbatas), nutrisi bernilai 2 (klien jarang sekali menghabiskan 1/2 porsi makannya intake cairan kurang), pergesekan 1 (bermasalah). Total nilai skala *Braden* 13 atau kategori beresiko sedang terjadi dekubitus.

Kunjungan kedua yaitu pada tanggal 24 Juni 2019 pukul 08.00 WIB tindakan pertama memeriksa area yang mengalami kemerahan dengan respon klien mengatakan gatal pada area tonjolan tulang, tampak kemerahan pada tonjolan tulang dan saat ditekan warna merah muda. Tindakan kedua yaitu mengaplikasikan *nigella sativa oil* (NSO) sebanyak 1 cc oleh penulis di daerah tonjolan tulang yang beresiko terbentuk dekubitus dengan cara *memassage* kulit

dengan respon klien mengatakan nyaman, Tn.Y tampak rileks saat di pijat dan kooperatif. Tindakan ke tiga yaitu mengedukasi keluarga dan klien untuk merubah posisi pasien setiap 1-2 jam sekali dengan respon keluarga dan klien bersedia untuk merubah posisi Tn.Y, keluarga dan Tn.Y tampak bersedia dan kooperatif.

Kunjungan ketiga yaitu pada tanggal 26 Juni 2019 pukul 10.00 WIB tindakan pertama yaitu memeriksa area yang mengalami kemerahan dengan respon klien mengatakan gatal saat malam hari saja pada area tonjolan tulang, tampak kemerahan warnanya tidak semerah hari pertama pada tonjolan tulang dan saat ditekan warna merah muda, lesi berkurang. Tindakan kedua yaitu mengaplikasikan *nigella sativa oil (NSO)* sebanyak 1 cc oleh penulis di daerah tonjolan tulang yang beresiko terbentuk dekubitus dengan cara *memassage* kulit dengan respon klien mengatakan nyaman, saat dipijat dengan *NSO* merasa hangat. Tn.Y tampak rileks saat di pijat dan kooperatif. Tindakan ketiga memonitor status nutrisi pasien dengan mengedukasi untuk memberi asupan nutrisi dengan bubur nasi dengan respon klien mengatakan jika makan bubur nasi klien muntah, klien tampak bersedia jika mengkonsumsi bubur kanji.

Kunjungan keempat yaitu pada 28 Juni 2019 puku 13.00 tindakan pertama yaitu memeriksa area yang mengalami kemerahan dengan respon klien mengatakan masih merasakan gatal saat malam hari saja pada area tonjolan tulang, tampak kemerahan memudar, kulit tidak kering dan mengelupas. Tindakan kedua yaitu mengaplikasikan *nigella sativa oil (NSO)* sebanyak 1 cc oleh penulis di daerah tonjolan tulang yang beresiko terbentuk dekubitus dengan cara *memassage* kulit dengan respon klien mengatakan nyaman, saat dipijat dengan *NSO* merasa hangat. Tindakan ketiga memonitor status nutrisi pasien dengan mengedukasi untuk memberi asupan nutrisi dengan respon klien mengatakan jika hari ini hanya sekali makan dengan bubur kanji.

Kunjungan ke lima yaitu pada tanggal 29 Juni 2019 pukul 13.00 tindakan pertama yaitu menggunakan alat pengkajian resiko untuk memonitor faktor resiko pasien (skala *Braden*) dengan respon klien mengatakan jika miring berpegangan dengan

sisi tempat tidur, tidak terlalu sering jika meminta bantuan keluarga, nilai hasil pengkajian dengan skala *Braden* yaitu persepsi sensori bernilai 4 (tidak ada gangguan), kelembapan nilai 4 (jarang lembab atau kulit kering), aktivitas bernilai 2 (dapat duduk) dengan sesekali dengan bantuan keluarga, mobilitas bernilai 2 (sangat terbatas), nutrisi pola kebiasaan makan bernilai 2 (jarang mampu menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi), pergeseran dan pergesekan bernilai 2 (potensi bermasalah) kadang merosot kebawah dan membutuhkan bantuan minimal. Total nilai skala *Braden* 16 atau kategori beresiko ringan terjadi luka tekan.

3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yang diperoleh untuk diagnosa resiko kerusakan integritas kulit dilakukan pada tanggal 22 Juni – 29 Juni 2019 didapatkan hasil pada hari pertama kunjungan 22 Juni 2019 pada masalah resiko kerusakan integritas kulit yaitu hasil subyektif yaitu keluarga dan klien mengatakan terdapat kemerahan di tonjolan tulang panggul, klien untuk miring dibantu oleh keluarga atau merosot. Data objektif tampak kemerahan pada tonjolan tulang SIAS dan sebelah kanan terbentuk luka, teraba hangat pada sekitar kemerahan, dan lunak. Nilai skor skala *Braden* 13 dengan kategori sedang terjadi luka decubitus dengan interpretasi persepsi sensori bernilai 3 (temuan gangguan sensori pada satu atau dua ekstremitas atau berespon pada perintah verbal tapi tidak selalu mampu mengatakan ketidaknyamanan), kelembapan nilai 4 (jarang lembab atau kulit kering), aktivitas bernilai 1 (berbaring di tempat tidur), mobilitas bernilai 2 (sangat terbatas), nutrisi bernilai 2 (klien jarang sekali menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makannya intake cairan kurang), pergesekan bernilai 1 (bermasalah). Total nilai skala *Braden* 13 atau kategori beresiko sedang terjadi dekubitus.

Pada tanggal 24 Juni 2019 didapatkan hasil evaluasi keperawatan yaitu klien mengatakan nyaman setelah di massage dengan NSO di area tonjolan tulang, keluarga bersedia untuk mengaplikasikan NSO setiap pagi atau saat kemerahan. Tampak kulit tidak kering dan mengelupas, keluarga tampak mampu menerapkan NSO sesuai dengan SOP, klien dan keluarga kooperatif untuk merubah poisisi Tn.Y.

Pada tanggal 26 Juni 2019 didapatkan hasil evaluasi keperawatan yaitu keluarga mengatakan Tn.Y sulit makan, jika makan bubur nasi/makanan cemilan klien muntah. Klien mengatakan gatal pada daerah kemerahan tonjolan tulang. Tampak kulit lembut setelah diaplikasikan NSO, lembab dan klien kooperatif, warna kemerahan tidak semerah hari pertama.

Pada tanggal 28 Juni 2019 didapatkan hasil evaluasi keperawatan yaitu klien mengatakan masih merasakan gatal pada malam hari saja, klien mengatakan makan dengan bubur kanji. Tampak kemerahan memudar, kulit lembut dan tidak mengelupas, kulit lembut dan klien kooperatif.

Pada tanggal 29 Juni 2019 didapatkan hasil evaluasi keperawatan dengan klien mengatakan gatal pada area kemerahan hilang. Klien mengatakan mampu miring dengan berpegangan sisi tempat tidur. Keluarga mengatakan jika nutrisi Tn.Y dengan bubur kanji, keluarga mengatakan Tn.Y tidak sering meminta bantuan bila ingin rubah posisi/duduk, keluarga juga sudah paham untuk merawat kulit jika terdapat kemerahan dengan NSO dengan *massage* kulit. Tampak kemerahan di tulang menunjukkan perbaikan, keadaan luka pada tulang kanan mengering dan sisa kulit yang kering mengelupas dengan permukaan yang sudah halus, kulit tidak kering, lembut dan lembab, tidak ada lesi. Klien mampu miring kanan dan kiri secara mandiri. Skor skala *braden* menjadi 16 dengan kategori beresiko ringan, parameter persepsi sensori bernilai 4 (Tidak ada gangguan sensori), kelembapan bernilai 4 (Kulit kering), aktivitas bernilai 2 (dapat duduk), mobilitas bernilai (sangat terbatas), nutrisi bernilai 2 (klien jarang sekali menghabiskan 1/2 porsi makannya intake cairan kurang), pergesekan bernilai 2 (potensi bermasalah atau membutuhkan bantuan minimal). Assessment (A) masalah keperawatan dengan resiko kerusakan integritas kulit teratasi dan Discharge planning (P) yaitu monitor area kulit dan adanya kemerahan, edukasi keluarga dan klien untuk merubah posisi setiap 2 jam sekali, monitor status nutrisi klien, motivasi klien untuk memenuhi nutrisi pada tubuhnya, dan kolaborasi dengan keluarga untuk mengaplikasikan NSO jika terbentuk kemerahan baru.

BAB 5

PENUTUP

5.1 Simpulan

Dari pengkajian yang telah dilakukan pada tanggal 22 Juni 2019 dapat ditarik kesimpulan:

5.1.1 Pengkajian

Hasil pengkajian Skala Braden didapatkan skor 13 yang artinya beresiko sedang terjadi luka dekubitus. Skala *Braden* diperlukan dalam menentukan faktor resiko terjadi luka tekan dengan mengisi format dan melakukan wawancara dengan klien dan keluarga.

5.1.2 Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan

Penulis dalam melakukan analisa data dan menentukan diagnosa keperawatan prioritas yaitu resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan factor resiko tonjolan tulang dan imobilisasi.

5.1.3 Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan yang akan dilakukan adalah pencegahan luka tekan dan perawatan kulit dengan mengaplikasikan *Nigella Sativa Oil* (NSO) dengan teknik *massage* kulit.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan yaitu mengaplikasikan *Nigella Sativa Oil* (NSO) dengan teknik *massage* kulit. Implementasi dilakukan selama 7 hari perawatan 5 kali kunjungan sesuai dengan kesepakatan yang telah dibuat antar keluarga dan penulis.

5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Penulis dalam melakukan evaluasi dan pendokumentasian mengalami sedikit masalah dalam mengedukasi dalam pemenuhan nutrisi dan diet. Hasil evaluasi pada klien tirah baring ditunjukkan dengan perubahan pada skor Skala *Braden*.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil Karya Tulis Ilmiah ini, maka saran yang dapat diberikan penulis adalah sebagai berikut:

5.2.1 Profesi Keperawatan

Hasil Karya Tulis Ilmiah ini dapat dijadikan bahan dalam pemberian asuhan keperawatan pada dekubitus atau luka tekan pada pasien yang menjalani tirah baring yang berhubungan dengan diagnosa pada klien yaitu resiko kerusakan integritas kulit.

5.2.2 Institusi Pendidikan

Dapat sebagai sumber informasi dalam memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh sesuai dengan masalah terutama pada asuhan keperawatan dengan dekubitus atau luka tekan pada pasien yang menjalani tirah baring yang berhubungan dengan diagnose keperawatan pada klien yaitu resiko kerusakan integritas kulit.

5.2.3 Klien dan Keluarga

Dapat dijadikan sebagai pengetahuan dan memberikan motivasi klien beserta keluarga untuk perawatan dekubitus atau luka tekan.

5.2.4 Masyarakat

Dapat dijadikan pengetahuan bagi masyarakat bagaimana cara penanganan dan pencegahan luka tekan atau dekubitus pada pasien yang menjalani tirah baring lama.

5.2.5 Penulis

Karya tulis ini diharapkan dapat menambah wawasan bagi penulis untuk disebarluaskan agar ilmu yang diperoleh bermanfaat bagi masyarakat dan diharapkan dapat menambah pengalaman bagi penulis tentang penanganan klien dekubitus atau luka tekan pada pasien yang menjalani tirah baring lama.

DAFTAR PUSTAKA

- Andani, M. F. (2016). Efektifitas Alih Baring dengan Masase Punggung Terhadap Resiko Dekubitus pada Pasien Tirah Baring di RSUD Ambarawa. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan (JIKK)*.
- Aprilia, E. (2012). *Efektifitas Ekstrak Nigella Sativa untuk Mengurangi Bakteri Plak Subgingiva*. Surabaya: FKG Universitas Airlangga.
- Arisanty,P, I. (2013). *Manajemen Perawatan Luka*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Astutik, A. M. (2016). *Tingkat Resiko Pressure Ulcer dan Faktor Resikonya di Rumah Sakit Daerah Tidar Magelang*.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2016). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. (I. Nurjannah & R. D. Tumanggor, Eds.) (6th ed.). Indonesia: CV Mocomedia.
- Carolina, & Margareth. (2013). Pengaruh Merubah Posisi Dan Massase Kulit Pada Pasien Stroke Terhadap Terjadinya Luka Dekubitus di Zaal F RSUD HKBP Balige. *Jurnal Keperawatan HKBP Balige, Volume 1*(ISSN 2338-3690).
- EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel). (2014). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers : Quick Reference Guide. Clinical Practice Guideline*.
- Heather, T., & Kamitsuru, S. (2018). *NANDA International Nursing Diagnoses : Definitions & Classifications 2018-2020*. (H. (B. Anna, A. P. Dwi, & E. M. Arsyad, Eds.) (11th ed.). Jakarta: EGC.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2018). *NANDA-1 Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi*. (A. B. Keliat, H. S. Mediani, & T. Tahlil, Eds.) (11th ed.). Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Huda, N. A., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc*. Yogyakarta: mediacion.
- Jamiatul. (2018). Analisis Praktek Klinik Ke Efektifan Massage Punggung Menggunakan Nigella Sativa Oil Terhadap Pencegahan Resiko Dekubitus Pada Pasien Ich Post Craniotomi Di Ruang Intensive Care Unit (ICU) RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
- Kale, E. D. (2009). *Efektifitas Skala Braden dalam Memprediksi Kejadian Luka Tekan di Bangsal Bedah Dalam RSUD Prof. Dr. W Z Yohanes Kupang*. UI.
- Kozier, B., & Synder SB. (2010). *Buku Ajar Praktek Keperawatan Klinis* (5th ed.). Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

- M. Robinson, J., & Saputra, D. L. (2014). *Buku Ajar Visual Nursing (Medikal-Bedah) Jilid 2* (2nd ed.). Tangerang: Binarupa Aksara Publishing.
- Marison, M. J. (2003). *Manajemen Luka*. Jakarta: EGC.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2016). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. (I. Nurjannah & R. D. Tumanggor, Eds.) (5th ed.). Indonesia: CV Mocomedia.
- Morton, Patricia, & Fontaine. (2012). *Keperawatan Kritis Pendekatan Asuhan Holistik*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- NPUAP. (2014). NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel). Retrieved from <https://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/08/Updated-10-16-14-Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EPUAP-PPPIA-16Oct2014.pdf>
- Okatiranti, Eviyanti Sitorus, R., & Tsuawabeh, D. (2017). Risiko Terjadinya Dekubitus Berdasarkan Tingkat Ketergantungan Pasien di Ruang Perawatan Neurologi. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, *v1*(n3), 176–182. <https://doi.org/10.24198/jkp.v1n3.6>
- Potter. (2009). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep Proses dan Praktek*. Jakarta: EGC.
- Priharjo, R. (2012). *Pengkajian Fisik Keperawatan: konsep, proses dan praktek* (2nd ed.). Jakarta: EGC.
- Profil Kesehatan RSUD Muntilan Kabupaten Magelang. (2018). *Profil RSUD Muntilan Kabupaten Magelang*.
- Riskesdas. (2018). *Hasil Utama Riskesdas 2018*. Jakarta: Kemenkes Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Sudoyo, A., & Dkk. (2009). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam* (jilid 1,2.). Jakarta: Internal Publising.
- Suriadi. (2015). *Pengkajian Luka dan Penanganannya*. (A. Astrada, Ed.). Jakarta: Sagung Seto.
- Syaifuddin. (2010). *Anatomi & Fisiologi untuk Keperawatan dan Kebidanan* (4th ed.). Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Syapitri, D. (2017). Metode Pencegahan Luka Dekubitus Pada Pasien Bedrest Total Melalui Perawatan Kulit. *Idea Nursing Journal*, *VIII*(2), 15–22.
- Utomo, W., Dewi, Y. I., & T. Abdurrasyid. (2012). Efektifitas Nigella Sativa Oil Untuk Mencegah Terjadinya Ulkus Dekubitus Pada Pasien Tirah Baring Lama International,. *Jurnal Ners Indonesia*, *2*, 151–157.