PENERAPAN *MASSAGE EFFLEURAGE* MENGGUNAKAN *VIRGIN COCONUT OIL (VCO)* DENGAN GANGGUAN INTEGRITAS KULIT TERHADAP PENCEGAHAN DEKUBITUS PADA PENDERITA *STROKE NON HEMORAGIK*

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Menyusun Karya Tulis Ilmiah

Program Studi D3 Keperawatan

Disusun Oleh :

Anisah Kusuma Ningrum

NPM : 2206010044

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG

2025

BAB 4
HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Studi Kasus

Pelaksanaan asuhan keperawatan pada dua pasien lansia dengan gangguan mobilitas akibat *Stroke Non Hemoragik* (SNH) menunjukkan hasil yang signifikan terhadap peningkatan kondisi kulit dan koping keluarga melalui intervensi *Massage Effleurage* menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO) (Priastuti&Haryanti, 2021). Kedua pasien, Ny. M dan Ny. S, memiliki latar belakang yang berbeda dalam konteks sosial dan dukungan keluarga, namun mengalami masalah utama yang serupa, yaitu risiko tinggi terhadap luka tekan akibat imobilisasi dan kondisi kulit kering.

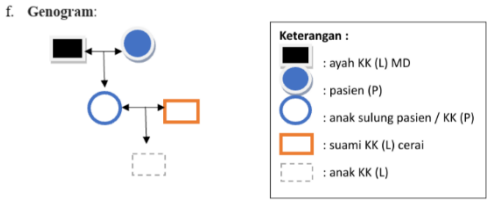
1.1.1 Hasil Studi Kasus Ny. M

1.1.1.1 Pengkajian Klien 1 (Ny. M)

a. Data Umum

Keluarga Ny. M merupakan keluarga besar yang terdiri dari tiga generasi, yaitu Ny. W (ibu pasien dan lansia yang sedang sakit), Ny. M (anak perempuan sekaligus kepala keluarga dan pengambil keputusan), serta An. E (anak dari Ny. M atau cucu pasien). Saat ini mereka tinggal di Ambartawang, Mungkid, dalam kondisi sosial ekonomi menengah ke bawah dengan sumber penghasilan utama berasal dari gaji Ny. M sebagai Aparatur Sipil Negara (ASN). Struktur keluarga menunjukkan hubungan yang erat namun memiliki keterbatasan dalam peran fungsional karena hanya satu anggota dewasa yang aktif bekerja dan sekaligus bertanggung jawab terhadap perawatan pasien lansia.

b. Genogram



Genogram keluarga Ny. M menggambarkan struktur keluarga multi-generasi yang terdiri dari tiga individu inti yang masih tinggal dalam satu rumah. Kepala keluarga saat ini adalah Ny. W, perempuan berusia 45 tahun, berstatus sebagai anak dari pasien lansia. Ny. W memiliki satu anak laki-laki berusia 10 tahun bernama An. E, yang saat ini duduk di bangku sekolah dasar dan dalam kondisi sehat. Ibu dari Ny. W yaitu Ny. M, seorang perempuan lansia berusia 72 tahun, merupakan pasien utama dalam asuhan keperawatan ini. Ny. M mengalami stroke non-hemoragik sejak 8 bulan lalu dan menderita hipertensi kronis, dengan kondisi mobilitas terbatas dan risiko tinggi mengalami luka tekan. Ayah dari Ny. W telah meninggal dunia, dan Ny. W telah bercerai dari suaminya, sehingga ia menjadi tulang punggung keluarga sekaligus caregiver utama bagi ibunya. Genogram ini menunjukkan bahwa dalam rumah tersebut tidak ada lagi figur laki-laki dewasa, sehingga seluruh tanggung jawab ekonomi dan perawatan tertumpu pada Ny. W, sementara An. E sesekali membantu saat berada di rumah. Struktur ini memperlihatkan beban peran ganda yang cukup berat pada Ny. W, sekaligus pentingnya dukungan eksternal dalam manajemen perawatan lansia di lingkungan keluarga.

c. Tahap Perkembangan Keluarga

Keluarga ini berada pada tahap perkembangan yang menuntut adaptasi terhadap perawatan anggota keluarga lansia yang sakit. Tahap ini belum sepenuhnya terpenuhi karena Ny. W mengalami kesulitan dalam menyesuaikan waktu dan energi antara bekerja sebagai ASN dan menjalankan peran caregiver utama bagi ibunya. Perubahan peran dalam keluarga ini mengharuskan adanya pembagian tanggung jawab dan penyesuaian pola kehidupan sehari-hari, namun masih terdapat hambatan emosional dan fisik yang belum terselesaikan secara optimal.

d. Pengkajian Lingkungan

Lingkungan tempat tinggal keluarga Ny. M berupa rumah semi permanen yang memiliki pencahayaan dan ventilasi yang kurang memadai. Rumah tersebut

terdiri dari dua kamar tidur, satu ruang tamu, satu ruang keluarga, dapur, dan kamar mandi. Dari segi sosial, lingkungan sekitar termasuk RW setempat kurang aktif, namun beberapa tetangga sesekali memberikan bantuan. Mobilitas keluarga bersifat menetap dan tidak ada rencana untuk pindah dalam waktu dekat. Kegiatan sosial keluarga terbatas karena fokus utama mereka saat ini adalah pada perawatan lansia, dan belum ada dukungan optimal dari petugas kesehatan atau sistem komunitas keluarga.

b. Struktur Keluarga

Struktur kekuatan keluarga menunjukkan bahwa Ny. W sebagai anak sekaligus kepala keluarga memegang tanggung jawab utama dalam pengambilan keputusan dan perawatan harian ibunya. Pola komunikasi tergolong cukup terbuka, namun sering terjadi miskomunikasi terutama antara generasi yang berbeda. Peran dalam keluarga dibagi sesuai kemampuan; anak sebagai caregiver utama, dan cucu memberikan bantuan ringan ketika berada di rumah. Nilai yang dijunjung tinggi dalam keluarga ini adalah bakti kepada orang tua, namun pelaksanaannya masih perlu dukungan teknis dan emosional yang berkesinambungan.

c. Fungsi dan Tugas Perawatan Keluarga

Dari sisi fungsi keluarga, fungsi afektif terlihat cukup kuat karena Ny. W menunjukkan perhatian yang tinggi kepada ibunya, walaupun sering mengalami kelelahan emosional. Fungsi sosial berlangsung baik antaranggota keluarga namun kurang berkembang dalam konteks masyarakat sekitar. Fungsi perawatan kesehatan belum berjalan optimal karena masih mengandalkan intuisi tanpa pemahaman komprehensif terkait perawatan luka tekan. Fungsi ekonomi tergantung sepenuhnya pada pendapatan Ny. W, sementara fungsi edukatif belum sepenuhnya dimanfaatkan karena keluarga belum mendapat edukasi rutin dari tenaga kesehatan.

d. Stres dan Koping Keluarga

Keluarga mengalami stres jangka pendek yang timbul dari kelelahan fisik dan emosional akibat tanggung jawab ganda yang dipikul oleh Ny. W. Di sisi lain, stres jangka panjang muncul dari ketidakmampuan menyeimbangkan pekerjaan dan perawatan lansia, serta keterbatasan sumber daya. Strategi koping keluarga belum terstruktur dengan baik, mereka belum terbiasa melibatkan tenaga kesehatan secara aktif. Namun, terdapat kesiapan dari pihak keluarga untuk belajar, menerima edukasi, dan menjalankan strategi baru seperti penerapan *massage effleurage* dengan *Virgin Coconut Oil* (VCO) sebagai bagian dari perawatan lansia.

e. Pemeriksaan Fisik Anggota Keluarga

1) Ny. M (72 tahun) – Pasien (Lansia)

Ny. M adalah lansia yang menderita *Stroke Non-Hemoragik* (SNH) sejak 8 bulan yang lalu dan memiliki riwayat hipertensi kronik. Hasil pemeriksaan menunjukkan tekanan darah 154/89 mmHg, yang termasuk dalam kategori hipertensi derajat I. Secara fisik, pasien tidak mampu melakukan mobilisasi mandiri dan hampir sepanjang hari berbaring di tempat tidur. Hal ini menyebabkan risiko tinggi terhadap luka tekan, yang terbukti dari adanya kemerahan di area punggung serta skor Braden sebesar 13, yang menunjukkan risiko sedang untuk dekubitus. Kulit pasien tampak kering, tipis, dan menunjukkan bekas gesekan, terutama pada area yang mengalami tekanan. Pasien juga tampak pasif dan jarang mengubah posisi tidur secara mandiri.

2) Ny.W (45 tahun) – Anak/Pengambil Keputusan

Ny. W adalah anak dari Ny. W dan juga merupakan caregiver utama di rumah. Hasil pemeriksaan fisik menunjukkan bahwa tekanan darahnya adalah 129/79 mmHg, yang masih dalam batas normal. Secara umum, tidak ada keluhan fisik yang dialami oleh Ny. M, dan kondisi kesehatannya tergolong baik. Panca indera berfungsi normal dan tidak memerlukan alat bantu. Meskipun demikian, secara psikis dan emosional, Ny. M mengalami kelelahan dan stres karena

harus membagi waktu antara pekerjaan sebagai ASN dan merawat ibunya yang sakit. Kondisi fisik yang baik ini menjadi modal penting dalam menjalankan peran perawatan, meski dukungan tambahan sangat dibutuhkan.

3) An. E (10 tahun) – Cucu Pasien

An. E adalah anak dari Ny. M yang masih duduk di sekolah dasar. Pemeriksaan fisik menunjukkan tekanan darah 100/81 mmHg, yang tergolong normal untuk anak usia 10 tahun. An. E dalam kondisi sehat, tidak memiliki riwayat penyakit, dan tidak memerlukan alat bantu untuk aktivitas sehari-hari. Sebagai anak-anak, peran An. E dalam perawatan lansia sangat terbatas, namun ia sesekali membantu dalam aktivitas ringan di rumah saat ibunya bekerja. Secara keseluruhan, kondisi fisik An. E sangat baik dan tidak menjadi fokus utama dalam intervensi keperawatan keluarga ini.

f. Harapan Keluarga

Keluarga berharap kondisi Ny. W tidak memburuk dan sebisa mungkin mencegah luka tekan yang kerap dialami oleh pasien imobilisasi. Mereka membutuhkan panduan teknis yang praktis dan edukasi mendalam dalam merawat pasien secara aman dan efektif di rumah. Harapan ini juga mencakup dukungan emosional yang dapat meringankan beban perawatan harian, serta keterlibatan lebih lanjut dari petugas kesehatan dalam membimbing mereka menjalankan perawatan berbasis evidence, seperti *massage effleurage* dengan VCO yang mulai diterapkan dan memberikan dampak positif terhadap kenyamanan pasien.

4.1.1.2 Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan

3 pengkajian keperawatan keluarga menunjukkan dua masalah utama yang diidentifikasi. Pertama, Risiko Luka Tekan (D.0144) pada Ny. M, lansia usia 72 tahun yang mengalami *Stroke Non-Hemoragik* dan hipertensi kronis. Pasien tidak mampu mobilisasi mandiri, hampir sepanjang hari berbaring, dan ditemukan kemerahan pada area punggung dengan skor Braden 11. Kedua,

Ketidakmampuan Koping Keluarga (D.0093) yang dialami Ny. M, anak sekaligus caregiver utama, yang menyampaikan kesulitan membagi waktu antara pekerjaan sebagai ASN dan perawatan intensif terhadap ibunya. Keluarga merasa bingung, lelah, dan belum memperoleh edukasi terkait perawatan luka tekan. Diagnosa ini diperkuat dengan data objektif: tekanan darah pasien tinggi, belum ada perubahan posisi rutin, minimnya alat bantu, dan belum pernah dilakukan edukasi sebelumnya.

4.1.1.3 Intervensi Keperawatan

Skoring pada masalah Gangguan Integritas Kulit pada Ny. M berhubungan dengan imobilisasi dan tekanan terus menerus ditandai dengan punggung kemerahan dan kulit kering.

No	Kriteria	Nilai	Bobot	Skor	Pembenaran
1.	Sifat Masalah Skala : a.Aktual b.Resiko c.Potensial	(3) 2 1	1	3/3 x 1	Ny. M mengatakan merasa nyeri jika terlalu lama berbaring pada sisi kiri tubuhnya karna terlalu sering berbaring
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah Skala : a.Mudah b.Sebagian c.Tidak dapat	2 (1) 0	2	1/2x 2	Ny. M mengatakan apabila nyeri terasa sakit maka langsung istirahat untuk mengurangi rasa nyeri
3.	Potensi masalah untuk dicegah Skala : a.Tinggi b.Cukup c.Rendah	(3) 2 1	1	. 3/3 x 1	Ny. M mengatakan apabila kulit semakin kering maka dibawa ke puskesmas atau rs terdekat
4.	Menonjolnya masalah Skala : a.Masalah berat, harus segera ditangani	2 (1) 0	1	2/2 x 1	Keluarga menginginkan masalah segera diatasi agar Ny. M segera pulih dari sakitnya

	b.Ada masalah tapi tidak perlu ditangani c.Masalah tidak dirasa				
	Jumlah		**4**		

Skoring pada masalah ketidakmampuan koping keluarga Ny. M berhubungan dengan keterbatasan waktu dan sumber daya serta beban peran ganda.

No.	**Kriteria**	**Nilai**	**Bobot**	**Skor**	**Pembenaran**
1.	Sifat Masalah Skala : a.Aktual b.Resiko c.Potensial	(3) 2 1	1	3/3 x 1	Anak pasien menyatakan bingung dan lelah karena harus membagi waktu antara bekerja dan merawat ibu
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah Skala : a.Mudah b.Sebagian c.Tidak dapat	(2) 1 0	2	2/2x 1	Ny. M mengatakan apabila nyeri terasa sakit maka langsung istirahat untuk mengurangi rasa nyeri
3.	Potensi masalah untuk dicegah Skala : a.Tinggi b.Cukup c.Rendah	(3) 2 1	1	. 3/3 x 1	Ny. M mengatakan apabila kulit semakin kering maka dibawa ke puskesmas atau rs terdekat
4.	Menonjolnya masalah Skala : a.Masalah berat, harus segera ditangani b.Ada masalah tapi tidak perlu ditangani c.Masalah tidak dirasa	2 1 (0)	1	0/2x1	Keluarga menginginkan masalah segera diatasi agar Ny. M segera pulih dari sakitnya
	Jumlah		**3**		

Berdasarkan penghitungan total skor diatas didapatkan prioritas diagnosa yang muncul :

1. Gangguan Integritas Kulit (D.0129) berhubungan dengan imobilisasi dan tekanan terus menerus ditandai dengan punggung kemerahan dan kulit kering
2. Ketidakmampuan Koping Keluarga (D.0093) berhubungan dengan keterbatasan waktu dan sumber daya serta beban peran ganda

Intervensi keperawatan dilakukan dengan pendekatan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi terhadap dua diagnosa tersebut. Untuk risiko luka tekan, dilakukan pemantauan harian terhadap kulit pasien, perubahan posisi tiap 1–2 jam, penggunaan bantalan, dan *massage effleurage* dengan VCO untuk meningkatkan sirkulasi darah. Edukasi diberikan kepada keluarga mengenai tanda awal luka tekan, teknik *massage* yang aman, serta pentingnya asupan nutrisi. Untuk ketidakmampuan koping keluarga, dilakukan penggalian stresor, dukungan emosional, pelatihan teknik relaksasi dan manajemen waktu, serta kolaborasi dengan petugas kesehatan dan kader masyarakat untuk mendampingi keluarga dalam perawatan pasien lansia.

1.1.1.4 Implementasi Keperawatan

a. Terapi Pertama

Pada terapi pertama (12 Mei 2025, Pukul 16.00 WIB), dilakukan observasi awal terhadap kondisi fisik dan kulit Ny. M. Ditemukan kemerahan di area punggung, kulit tampak sangat kering, dan *skor Braden* sebesar 11 yang menandakan risiko tinggi terhadap luka tekan. Mobilisasi Ny. M sangat terbatas; pasien hanya bisa berbaring dalam satu posisi untuk waktu lama, sehingga meningkatkan tekanan pada area tulang menonjol. Dilakukan intervensi *massage effleurage* menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO) pada area punggung selama 20 menit, disertai perubahan posisi dengan bantuan perawat. Setelah intervensi, tekanan darah pasien turun dari 154/89 mmHg menjadi 135/80 mmHg. Keluarga tampak cemas karena belum pernah

melakukan perawatan semacam ini, sehingga diberikan edukasi awal mengenai tanda-tanda luka tekan dan pentingnya rotasi posisi tubuh. Ny. M juga menunjukkan kelelahan emosional, dan diberikan pendekatan terapeutik ringan untuk mendukung proses adaptasi keluarga dalam merawat pasien.

b. Terapi Kedua

Pada terapi kedua (13 Mei 2025, Pukul 16.00 WIB) pelaksanaan intervensi dilanjutkan dua kali (pagi dan sore) dengan teknik *massage effleurage* menggunakan VCO. Hasil *skor braden* yaitu 14 (resiko sedang). Mobilisasi pasien masih terbatas, namun mulai dibantu oleh keluarga dalam mengubah posisi tidur. Kulit tetap tampak kering, tetapi tidak ada kemerahan baru yang muncul. Keluarga mulai menunjukkan partisipasi dalam membantu perawatan, dan antusias mempelajari cara *massage* dengan benar. Tekanan darah pasien cenderung stabil dan pasien merasa lebih nyaman. Edukasi tambahan diberikan mengenai pentingnya menjaga kelembapan kulit dan rotasi posisi minimal setiap dua jam.

c. Terapi Ketiga

Terapi ketiga (14 Mei 2025, Pukul 16.00 WIB) *massage effleurage* tetap dilakukan secara rutin. Tekanan darah pasien sebelum *massage* adalah 145/70 mmHg dan turun menjadi 130/82 mmHg setelah intervensi. Hasil *skor braden* yaitu 16 (resiko rendah). Kemerahan pada kulit tidak meluas, dan pasien tampak lebih rileks. Namun, ditemukan bahwa asupan nutrisi Ny. M masih kurang pasien cenderung makan dalam jumlah kecil, terutama sumber protein dan cairan. Oleh karena itu, diberikan edukasi tambahan kepada keluarga tentang pentingnya nutrisi seimbang, khususnya protein, vitamin C, dan cairan yang mendukung perbaikan jaringan kulit. Keluarga juga mulai terlibat lebih aktif dalam mengatur waktu makan pasien dan memantau konsumsi hariannya.

d. Terapi Keempat

Terapi keempat (15 Mei 2025, Pukul 16.00 WIB) *massage effleurage* tetap dilakukan dua kali. Hasil *skor braden* yaitu 17 (resiko rendah). Keluarga telah mampu melakukan pijatan dengan pendampingan perawat, serta melakukan perubahan posisi setiap dua jam. Kulit pasien menunjukkan perbaikan yang nyata tampak lebih lembap dan elastis, dan kemerahan mulai memudar. Pasien juga menyampaikan bahwa ia merasa lebih nyaman dan tidur lebih nyenyak di malam hari. Edukasi difokuskan pada pemantapan keterampilan keluarga dalam perawatan mandiri, serta penguatan pola makan dengan memperhatikan asupan nutrisi harian.

e. Terapi Kelima

Terapi kelima (16 Mei 2025, Pukul 16.00 WIB) menunjukkan perbaikan signifikan. Kemerahan pada kulit hampir hilang, kelembapan kulit membaik, dan *skor Braden* meningkat menjadi 19 yang menunjukkan penurunan risiko sangat rendah dekubitus. Tekanan darah pasien juga membaik, yakni 120/82 mmHg setelah dilakukan *massage effleurage.* Keluarga telah sepenuhnya mampu melakukan perawatan secara mandiri, termasuk *massage* dan pengaturan posisi tidur. Koordinasi antar anggota keluarga lebih harmonis, dan suasana emosional dalam rumah menjadi lebih stabil. Keluarga menyampaikan bahwa mereka merasa lega dan siap melanjutkan perawatan rutin di rumah dengan penuh keyakinan.

1.1.1.5 Evaluasi Keperawatan

a. Terapi Pertama

Evaluasi (12 Mei 2025, Pukul 16.30 WIB) terjadi penurunan tekanan darah dari 154/89 mmHg menjadi 135/80 mmHg, menunjukkan efek relaksasi dari *massage effleurage*. Kulit tampak kering dengan area kemerahan di punggung, dan *skor Braden* tercatat 11 (risiko tinggi). Mobilitas pasien sangat terbatas, dan pasien tidak dapat mengubah posisi secara mandiri. Keluarga belum memahami pentingnya perubahan posisi dan teknik perawatan kulit. Edukasi

awal diberikan, dan pasien serta keluarga mulai memahami pentingnya tindakan pencegahan dekubitus.

b. Terapi Kedua

Pada Evaluasi terapi kedua (13 Mei 2025, Pukul 16.30 WIB) Pasien tampak lebih rileks dan menunjukkan peningkatan kenyamanan setelah intervensi *massage* dua kali sehari. Hasil *skor braden* yaitu 14 (resiko sedang). Kemerahan pada kulit tidak bertambah luas, dan tidak ditemukan luka baru. Kulit masih kering, namun tidak terjadi iritasi. Keluarga mulai terlibat dalam membantu rotasi posisi pasien, meskipun masih dibimbing oleh perawat. Kesiapan keluarga dalam memahami perawatan dasar mulai terlihat. Tekanan darah tetap stabil, dan pasien lebih tenang.

c. Terapi Ketiga

Pada Evaluasi terapi ketiga (14 Mei 2025, Pukul 16.30 WIB) tekanan darah pasien turun dari 145/70 mmHg menjadi 130/82 mmHg setelah *massage.* Area kemerahan di kulit tidak berkembang, dan kelembapan kulit sedikit membaik. Hasil *skor braden* yaitu 16 (resiko rendah). Ditemukan masalah baru yaitu asupan nutrisi yang belum optimal pasien makan dalam porsi kecil dan kurang minum air putih. Keluarga diberi edukasi lanjutan mengenai pentingnya nutrisi dalam proses regenerasi kulit. Respons emosional pasien dan keluarga mulai membaik.

d. Terapi Keempat

Pada Evaluasi terapi keempat (15 Mei 2025, Pukul 16.30 WIB) kondisi kulit menunjukkan perbaikan yang cukup jelas. Hasil *skor braden* yaitu 17 (resiko rendah). Kemerahan mulai memudar, elastisitas kulit membaik, dan tidak ditemukan tanda-tanda iritasi baru. Pasien tampak lebih nyaman, dan keluarga mulai melakukan *massage* secara mandiri dengan teknik yang sesuai. Rotasi posisi sudah dilakukan sesuai jadwal, dan edukasi nutrisi mulai diterapkan. Tidur malam pasien lebih nyenyak, dan pasien tampak lebih kooperatif.

Keluarga juga menunjukkan peningkatan kepercayaan diri dalam merawat pasien.

e. Terapi Kelima

Pada Evaluasi terapi kelima (16 Mei 2025, Pukul 16.30 WIB) menunjukkan hasil yang sangat baik. Kemerahan pada kulit hampir sepenuhnya menghilang. Hasil *skor braden* yaitu 19 (resiko sangat rendah). dan tekanan darah pasien stabil pada 120/82 mmHg. Kulit tampak lembap dan sehat. Keluarga telah mandiri melakukan *massage effleurage* dan perubahan posisi tanpa pendampingan. Koordinasi dalam keluarga meningkat, stres menurun, dan pasien menunjukkan peningkatan kenyamanan serta kepercayaan diri. Keluarga siap melanjutkan perawatan secara mandiri di rumah.

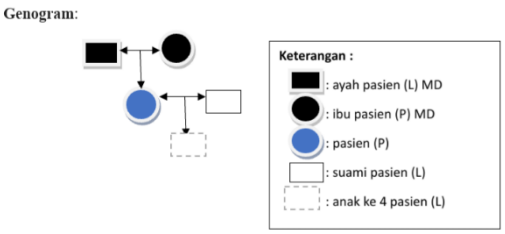
1.1.2 Hasil Studi Kasus Ny. S

1.1.2.1 Pengkajian Klien 2 (Ny. S)

a. Data Umum

Keluarga Ny. S merupakan keluarga inti yang terdiri dari tiga orang: Tn. S (suami sekaligus kepala keluarga), Ny. S (istri/pasien), dan An. D (anak keempat). Mereka tinggal di Rambeanak 3, Mungkid, dalam rumah permanen dengan ventilasi dan pencahayaan cukup. Tn. S bekerja sebagai wirausaha dan memiliki latar belakang pendidikan SMA, sedangkan Ny. S adalah ibu rumah tangga dengan riwayat pendidikan SMP. Kondisi ekonomi keluarga termasuk dalam kategori menengah dan cukup memenuhi kebutuhan sehari-hari.

b. Genogram



Genogram keluarga menunjukkan struktur keluarga inti dengan tiga anggota yang tinggal bersama. Orang tua pasien sudah meninggal dunia. Genogram juga menunjukkan bahwa pasien, Ny. S, memiliki anak laki-laki, An. D, yang merupakan anak keempat dan masih tinggal bersama. Suaminya, Tn. S, merupakan pendukung utama dalam perawatan pasien.

c. Tahap Perkembangan Keluarga

Keluarga ini berada pada tahap keluarga lansia (empty nest), di mana sebagian besar anak sudah tidak tinggal serumah. Tantangan utama yang belum terpenuhi adalah penyesuaian terhadap penyakit kronis yang dialami Ny. S, termasuk adaptasi peran suami sebagai caregiver utama dan pergeseran peran dalam keluarga akibat kondisi stroke non-hemoragik yang diderita Ny. S selama setahun terakhir.

d. Pengkajian Lingkungan

Lingkungan fisik rumah cukup mendukung, berupa bangunan permanen dengan struktur tembok dan atap genteng. Rumah memiliki ruang tamu, ruang keluarga, tiga kamar tidur, dapur, dan kamar mandi. Ventilasi dan pencahayaan cukup baik. Lingkungan sosial juga mendukung, warga sekitar aktif dalam kegiatan RT dan masjid, serta hubungan sosial keluarga berjalan baik. Keluarga menetap secara geografis dan tidak memiliki rencana pindah. Sistem pendukung keluarga termasuk suami dan anak yang memberikan perhatian serta akses yang mudah ke fasilitas kesehatan di Puskesmas Mungkid.

e. Struktur Keluarga

Struktur komunikasi dalam keluarga Ny. S bersifat terbuka dan harmonis. Tn. S memiliki peran dominan dalam pengambilan keputusan, namun tetap mempertimbangkan masukan dari istri dan anak. Tugas merawat pasien banyak dilakukan oleh suami, sedangkan anak mendukung dalam kapasitas terbatas karena pekerjaan. Keluarga menjunjung tinggi nilai kekeluargaan, agama, dan perhatian terhadap kesehatan.

f. Fungsi dan Tugas Perawatan Keluarga

Fungsi afektif dalam keluarga tergolong baik dengan suasana hangat dan penuh perhatian, meskipun kadang suami merasa kewalahan. Fungsi sosial keluarga masih terjaga meski keterlibatan anak dalam perawatan terbatas. Fungsi perawatan kesehatan sudah berjalan dengan kontrol rutin ke Puskesmas, namun edukasi tentang pencegahan luka tekan belum optimal sebelum intervensi. Fungsi ekonomi ditopang oleh pensiun dan bantuan anak. Fungsi edukatif mengalami peningkatan setelah penyuluhan dari tenaga kesehatan.

g. Stres dan Koping Keluarga

Sumber stres jangka panjang berasal dari perubahan peran akibat penyakit stroke pada Ny. S, yang menyebabkan ketergantungan dan mengubah dinamika keluarga. Sumber stres jangka pendek mencakup kelelahan fisik dan emosional dari suami sebagai perawat utama. Meskipun demikian, keluarga mampu menghadapi situasi stresor dengan memanfaatkan edukasi dan layanan kesehatan yang tersedia, serta belajar teknik perawatan seperti *massage effleurag*e menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO) sebagai bentuk koping adaptif.

h. Pemeriksaan Fisik Anggota Keluarga

Pemeriksaan pada Ny. S menunjukkan tekanan darah 159/92 mmHg, dengan hemiparesis di ekstremitas kanan, kulit punggung yang kering dan kemerahan, serta risiko tinggi luka dekubitus (skor Braden 12). Tn. S dalam kondisi sehat secara umum dengan tekanan darah 132/87 mmHg, tanpa keluhan. An. D juga sehat dengan tekanan darah 129/83 mmHg. Semua anggota keluarga dalam kondisi stabil secara umum, kecuali Ny. S yang membutuhkan perawatan intensif

i. Harapan Keluarga

Keluarga berharap dapat meningkatkan kemampuan dalam merawat pasien secara mandiri dan efektif. Mereka membutuhkan edukasi berkelanjutan

mengenai pencegahan luka tekan dan teknik perawatan yang dapat dilakukan di rumah. Intervensi yang diharapkan antara lain terapi *massage effleurage* menggunakan VCO, peningkatan nutrisi, hidrasi, rotasi posisi tidur, serta keterlibatan aktif dari seluruh anggota keluarga.

4.1.2.2 Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian, Ny. S (65 tahun) mengalami hemiparesis akibat *Stroke Non-Hemoragik* sejak satu tahun lalu dan memiliki keluhan kulit kering, bersisik, dan kemerahan di area punggung. Skor Braden menunjukkan nilai 12 yang menandakan risiko tinggi terhadap dekubitus. Mobilitas pasien sangat terbatas dan perawatan harian lebih banyak dilakukan oleh suami, yang sudah mulai merasa kelelahan. Anak keempat, yang tinggal serumah, tidak dapat terlibat aktif karena pekerjaan. Dari data tersebut, ditetapkan dua diagnosa keperawatan: (1) Gangguan Integritas Kulit (D.0129), berhubungan dengan imobilisasi dan kelembaban kulit yang menurun, serta (2) Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif (D.0117), yang berkaitan dengan ketidakefektifan keterlibatan keluarga dalam perawatan.

4.1.2.3 Intervensi Keperawatan

Skoring pada masalah gangguan integritas kulit pada Ny. S berhubungan dengan usia lanjut serta proses regenerasi kulit melambat, sehingga kulit lebih rentan terhadap kerusakan.

No.	Kriteria	Nilai	Bobot	Skor	Pembenaran
1.	Sifat Masalah Skala : a.Aktual b.Resiko c.Potensial	(3) 2 1	1	3/3 x 1	Ny. S mengeluh kulit terasa kering dan gatal pada bagian punggung bawah
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah Skala : a.Mudah b.Sebagian c.Tidak dapat	(2) 1 0	2	1/2x 2	Ny. S mengatakan tidak nyaman saat berbaring terlalu lama pada sisi tertentu

3.	Potensi masalah untuk dicegah Skala : a.Tinggi b.Cukup c.Rendah	(3) 2 1	1	. 3/3 x 1	Ny. M mengatakan apabila kulit semakin kering dan gatal maka dibawa ke puskesmas atau rs terdekat
4.	Menonjolnya masalah Skala : a.Masalah berat, harus segera ditangani b.Ada masalah tapi tidak perlu ditangani c.Masalah tidak dirasa	(2) 1 0	1	2/2 x 1	Keluarga menginginkan masalah segera diatasi agar Ny. S segera pulih dari sakitnya
	Jumlah		**4**		

Skoring pada masalah Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif Ny. S berhubungan dengan ketidakefektifan peran serta keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.

No.	**Kriteria**	**Nilai**	**Bobot**	**Skor**	**Pembenaran**
1.	Sifat Masalah Skala : a.Aktual b.Resiko c.Potensial	(3) 2 1	1	3/3 x 1	Suami Ny. S menyatakan kewalahan dan merasa sendirian dalam merawat pasien
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah Skala : a.Mudah b.Sebagian c.Tidak dapat	(2) 1 0	2	1/2x 2	Ny. S mengatakan tidak nyaman saat berbaring terlalu lama pada sisi tertentu

3.	Potensi masalah untuk dicegah Skala : a.Tinggi b.Cukup c.Rendah	(3) 2 1	1	. 3/3 x 1	Keluarga Ny. S mengatakan apabila kulit semakin kering maka dibawa ke puskesmas atau rs terdekat
4.	Menonjolnya masalah Skala : a.Masalah berat, harus segera ditangani b.Ada masalah tapi tidak perlu ditangani c.Masalah tidak dirasa	2 1 (0)	1	0/2 x 1	Keluarga menginginkan masalah segera diatasi agar Ny. S segera pulih dari sakitnya
	Jumlah		3		

Berdasarkan penghitungan total skor diatas didapatkan prioritas diagnosa yang muncul pada Ny. S :

1. Gangguan Integritas Kulit (D.0129) berhubungan dengan usia lanjut serta proses regenerasi kulit melambat, sehingga kulit lebih rentan terhadap kerusakan.
2. Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif (D.0117) berhubungan dengan ketidakefektifan peran serta keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.

Intervensi untuk gangguan integritas kulit meliputi observasi kondisi kulit, identifikasi penyebab kerusakan (seperti kurangnya mobilisasi dan kelembaban), serta tindakan terapeutik berupa perubahan posisi tidur setiap dua jam dan penggunaan *Virgin Coconut Oil* (VCO) di area kulit yang kering. Edukasi diberikan mengenai pentingnya hidrasi, pemilihan sabun lembut, serta peningkatan nutrisi dan perawatan kulit harian. Untuk pemeliharaan kesehatan yang tidak efektif, intervensi difokuskan pada edukasi keluarga tentang perilaku hidup bersih dan sehat, termasuk kebiasaan mencuci tangan,

penggunaan air bersih, konsumsi makanan bergizi, dan aktivitas fisik ringan. Kegiatan edukatif dan praktik langsung dilakukan selama 5 hari ke rumah pasien.

1.1.2.4 Implementasi Keperawatan

a. Terapi Pertama

Pada terapi pertama (12 Mei 2025, Pukul 15.00 WIB), dilakukan pengkajian awal terhadap kondisi kulit Ny. S yang menunjukkan kemerahan menetap grade 1 (non-blanchable erythema) di area punggung, kulit kering, dan bersisik. Pasien tampak kurang bergerak, posisi tidur hanya pada satu sisi lebih dari dua jam, menunjukkan keterbatasan mobilitas. Hasil *skor braden* yaitu 12 (resiko tinggi). Hal ini meningkatkan risiko terjadinya luka tekan. Intervensi dilakukan dengan mengganti posisi tidur pasien, mengoleskan VCO di area kulit yang sehat (non-merah), dan mengganti sabun antiseptik dengan sabun bayi yang lebih lembut bagi kulit lansia. *Massage effleurage* dilakukan 20 menit secara lembut pada area punggung, menghasilkan efek relaksasi pada pasien. Setelah terapi, Ny. S menyatakan merasa lebih nyaman dan tidak lagi mengeluh gatal. Suami pasien menerima edukasi tentang pentingnya rotasi posisi tidur, teknik aplikasi VCO, menjaga kebersihan tangan, dan pentingnya hidrasi bagi pasien stroke. Keluarga menunjukkan sikap kooperatif dan antusias dalam menerima materi.

b. Terapi Kedua

Pada terapi kedua (13 Mei 2025, Pukul 15.00 WIB) *massage effleurage* tetap dilanjutkan dua kali sehari. Hasil *skor braden* yaitu 14 (resiko sedang). Pasien tampak lebih nyaman, dan kemerahan tidak bertambah luas. Kulit menjadi lebih lembap dan elastis, menunjukkan respons positif terhadap terapi. Meskipun mobilitas masih dibantu, pasien mulai aktif meminta perubahan posisi saat merasa tidak nyaman. Edukasi lanjutan diberikan kepada suami pasien, termasuk teknik sederhana untuk mengidentifikasi area tekanan dan memastikan kelembapan kulit. Lingkungan kamar pasien juga mulai diperbaiki

ventilasi dibuka lebih rutin dan tempat tidur dijaga tetap bersih. Meskipun asupan makanan dan cairan masih cukup, fokus edukasi belum menekankan pada komponen nutrisi karena secara umum pasien tampak stabil.

c. Terapi Ketiga

Terapi ketiga (14 Mei 2025, Pukul 15.00 WIB) terjadi perkembangan positif dalam kondisi kulit pasien. Hasil *skor braden* yaitu 15 (resiko rendah). Kemerahan mulai memudar, dan kulit tidak lagi tampak bersisik. Namun, ditemukan bahwa asupan nutrisi pasien kurang optimal. Pasien hanya makan dalam porsi kecil dan kurang mengonsumsi protein. Hal ini dapat menghambat proses regenerasi jaringan kulit. Oleh karena itu, selain melakukan *massage effleurage,* edukasi diberikan kepada suami pasien mengenai pentingnya konsumsi makanan bergizi seperti telur, ikan, sayur, dan buah dalam mendukung penyembuhan. Ny. S juga tampak lebih aktif secara psikologis dan mulai menunjukkan minat terhadap aktivitas ringan. *Massage* dilakukan dengan teknik yang lebih sistematis, disertai rotasi posisi tidur dan peningkatan asupan cairan hingga ±1300 ml per hari.

d. Terapi Keempat

Terapi keempat (15 Mei 2025, Pukul 15.00 WIB) kondisi Ny. S pada hari keempat membaik secara signifikan. Hasil *skor braden* yaitu 16 (resiko rendah). Kulit tampak lembap dan elastis tanpa kemerahan, dan pasien mulai rutin mengoleskan VCO secara mandiri pada area kulit yang rawan tekanan. *Massage effleurage* tetap dilakukan dua kali sehari, dan pasien mulai terbiasa dengan sensasi rileks yang ditimbulkan setelah intervensi. Mobilitas fisik meningkat dengan pasien mulai melakukan latihan rentang gerak pasif ringan dibantu oleh anaknya. Suami pasien terlihat lebih percaya diri dan melakukan perawatan secara mandiri, termasuk mengganti posisi dan mengatur waktu makan. Suasana emosional dalam keluarga juga terlihat lebih stabil dan mendukung proses perawatan.

e. Terapi Kelima

Terapi kelima (16 Mei 2025, Pukul 15.00 WIB) evaluasi menunjukkan hasil yang sangat baik. Kulit pasien tampak sehat tanpa tanda-tanda luka tekan. *Massage effleurage* terus dilanjutkan, dan pasien menunjukkan kemandirian dalam meminta perubahan posisi maupun dalam menjaga kebersihan kulit. Asupan cairan meningkat menjadi >1500 ml/hari dan pola makan lebih teratur dengan tambahan protein dan buah. *Skor Braden* meningkat menjadi 19, yang mencerminkan risiko sangat rendah terhadap dekubitus. Pasien juga lebih aktif berkomunikasi dan emosionalnya lebih stabil. Suami menyampaikan bahwa ia merasa lebih tenang, siap, dan optimis dalam merawat istrinya di rumah. Kebiasaan cuci tangan sebelum perawatan telah menjadi rutinitas. Lingkungan tidur pun tetap bersih, rapi, dan nyaman. Keluarga telah menjadi mitra aktif dalam proses keperawatan.

1.1.2.5 Evaluasi Keperawatan

a. Terapi Pertama

Evaluasi hari pertama (12 Mei 2025, Pukul 16.30 WIB) menunjukkan bahwa Ny. S mengalami keterbatasan mobilitas signifikan. Ia mempertahankan posisi tidur pada satu sisi lebih dari dua jam, dengan kondisi kulit tampak kering, bersisik, dan terdapat kemerahan grade 1 di area punggung. Setelah dilakukan *massage effleurage* dengan VCO, serta perubahan posisi dan penggantian sabun antiseptik ke sabun bayi, pasien menyampaikan rasa nyaman dan penurunan rasa gatal. Suami pasien menunjukkan antusiasme terhadap edukasi, meskipun masih tampak hati-hati dalam praktik perawatan. Hasil *skor braden* yaitu 12 (resiko tinggi). Intervensi ini berhasil menciptakan dasar kenyamanan pasien dan keterlibatan awal keluarga.

b. Terapi kedua

Pada evaluasi terapi kedua (13 Mei 2025, Pukul 16.30 WIB) kondisi kulit menunjukkan perbaikan awal lebih lembap, tidak kaku, dan kemerahan tidak meluas. Hasil *skor braden* yaitu 14 (resiko sedang). Ny. S mulai kooperatif

dalam meminta perubahan posisi dan menyampaikan rasa nyaman pasca *massage*. Keluarga sudah mulai terbiasa mengganti posisi tidur secara berkala. Lingkungan tidur lebih bersih dan ventilasi ditingkatkan. Pasien tidak mengalami penurunan tekanan darah signifikan, namun secara subyektif tampak lebih tenang dan istirahat malam lebih berkualitas. Edukasi hari ini memperkuat praktik rotasi posisi dan kebersihan tangan sebelum perawatan.

c. Terapi Ketiga

Pada evaluasi terapi ketiga (14 Mei 2025, Pukul 16.30 WIB) menunjukkan kemajuan signifikan pada kondisi kulit, di mana kemerahan mulai memudar, dan tekstur kulit lebih elastis. Namun, ditemukan bahwa asupan nutrisi masih belum optimal. Hasil *skor braden* yaitu 15 (resiko rendah). Pasien tampak kurang nafsu makan dan mengonsumsi porsi kecil dengan kandungan protein rendah. Edukasi pun difokuskan pada peningkatan konsumsi protein, buah, sayur, dan cairan. Pasien menunjukkan respons positif terhadap *massage effleurage* dan merasa lebih rileks. Asupan cairan meningkat menjadi ±1300 ml/hari. Suami pasien mulai menunjukkan inisiatif dalam perawatan mandiri.

d. Terapi Keempat

Pada evaluasi terapi keempat (15 Mei 2025, Pukul 16.30 WIB) kondisi kulit Ny. S semakin membaik, dengan tidak adanya area kemerahan, kulit lebih halus, dan kelembapan tetap terjaga. Hasil *skor braden* yaitu 16 (resiko rendah). Pasien mampu mengoleskan VCO secara mandiri dan meminta bantuan perubahan posisi dengan percaya diri. Mulai dilakukan latihan rentang gerak pasif ringan bersama anaknya. Suami pasien tampak lebih tenang dan tidak ragu dalam melaksanakan teknik *massage* maupun rotasi posisi. Evaluasi menunjukkan bahwa aspek fisik, psikologis, dan edukatif keluarga sudah semakin kuat. Lingkungan tidur tetap bersih dan mendukung kenyamanan.

e. Terapi Kelima

Pada evaluasi terapi kelima(16 Mei 2025, Pukul 16.30 WIB) menunjukkan hasil optimal. Kulit pasien dalam kondisi sehat tanpa luka tekan. *Skor Braden* meningkat menjadi 19, yang mencerminkan risiko sangat rendah terhadap dekubitus. Kelembaban, mobilitas, dan aktivitas pasien meningkat, sementara asupan nutrisi membaik secara signifikan. Pasien mengonsumsi >1500 ml cairan per hari dan makan dengan porsi lebih baik. Keluarga telah sepenuhnya mandiri dalam perawatan dan menyampaikan kesiapan melanjutkan tindakan preventif di rumah. Pasien juga menunjukkan kemandirian, kestabilan emosional, dan kenyamanan yang meningkat setiap harinya.

4.2 Pembahasan Studi Kasus

4.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan yang berfungsi untuk mengumpulkan data secara sistematis guna mengidentifikasi kebutuhan klien (Fernanda, 2023). Data ini meliputi data subjektif (pernyataan pasien/keluarga) dan data objektif (hasil observasi dan pemeriksaan). Pengkajian menjadi fondasi utama dalam menentukan diagnosa keperawatan yang tepat dan intervensi yang relevan. Pengkajian yang baik memungkinkan peneliti dalam memahami kondisi fisiologis, psikologis, sosial, serta lingkungan pasien secara komprehensif (Yuliana, 2020).

Pada kasus Ny. M, pasien lansia berusia 72 tahun, diketahui mengalami *Stroke Non Hemoragik* sejak 8 bulan yang lalu disertai dengan hipertensi kronik. Kondisi fisiknya menunjukkan adanya kelumpuhan pada ekstremitas kiri bawah dan ketergantungan total terhadap perawatan anaknya. Hasil pengkajian menunjukkan Ny. M berbaring di tempat tidur hampir sepanjang hari tanpa perubahan posisi yang memadai, yang mengakibatkan kemerahan di area punggung serta skor Braden sebesar 11, menandakan risiko tinggi terhadap luka tekan. Keluarga menyatakan kebingungan dalam merawat serta

kekhawatiran memperburuk kondisi pasien. Lingkungan rumah kurang memadai dari segi pencahayaan dan ventilasi, serta dukungan sosial terbatas.

Sementara itu, Ny. S, pasien lansia berusia 65 tahun, mengalami hemiparesis sebelah kanan akibat *Stroke Non Hemoragik* yang telah berlangsung selama satu tahun. Ia juga memiliki riwayat hipertensi dengan tekanan darah awal 159/92 mmHg. Kulit pada bagian punggung tampak kering, bersisik, dan kemerahan menetap (grade 1), dengan skor Braden sebesar 12 yang mengindikasikan risiko tinggi terhadap dekubitus. Suaminya menjadi *caregiver* utama dan mengaku kewalahan serta merasa merawat seorang diri, sedangkan anaknya hanya sesekali membantu. Pasien jarang bergerak, tidak memiliki jadwal perawatan tetap, dan belum mengetahui cara mencegah luka tekan sebelum dilakukan edukasi oleh tenaga kesehatan.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis yang dibuat oleh peneliti berdasarkan analisis data pengkajian guna mengidentifikasi masalah aktual maupun potensial yang dapat diatasi dengan intervensi keperawatan (Yuliana, 2020). Diagnosa ini mengacu pada standar terminologi yang digunakan dalam praktik keperawatan seperti SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia). Ny. M memiliki dua diagnosa utama. Pertama, Risiko Luka Tekan (D.0144) yang didasarkan pada skor Braden sebesar 11 (resiko tinggi), keluhan nyeri saat berbaring terlalu lama, serta kemerahan pada punggung. Kedua, Ketidakmampuan Koping Keluarga (D.0093) karena anak sebagai *caregiver* utama merasa kelelahan dan kurang mampu membagi waktu antara pekerjaan dan merawat ibunya. Keluarga belum memiliki pengetahuan tentang perawatan luka tekan dan belum menerapkan teknik pencegahan apapun sebelumnya (Priastuti&Haryanti, 2021).

Sedangkan pada Ny. S, dua diagnosa utama adalah Gangguan Integritas Kulit (D.0129) yang disebabkan oleh kondisi kulit kering, kemerahan pada

punggung (grade 1), dan skor Braden 12 (resiko tinggi). Diagnosa kedua adalah Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif (D.0117) yang timbul dari keterbatasan dalam praktik kebersihan, nutrisi, rotasi posisi tidur, serta ketidaksiapan keluarga dalam memberikan perawatan rutin yang adekuat.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah tindakan terencana yang dilakukan oleh peneliti untuk mengatasi masalah keperawatan pasien berdasarkan diagnosa yang telah ditegakkan . Intervensi ini mencakup tindakan observasi, terapeutik, edukatif, dan kolaboratif yang disusun dalam rencana keperawatan berdasarkan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) dan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) (NANDA, 2021).

Pada kedua pasien, intervensi utama yang diberikan adalah *Massage Effleurage* menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO) sebagai bagian dari tindakan terapeutik dan edukatif dalam upaya menjaga integritas kulit serta mencegah progresi luka tekan (Yuliana, 2020). Sejumlah studi ilmiah mendukung efektivitas intervensi keperawatan *non-farmakologis* seperti *Massage Effleurage* menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO) dalam meningkatkan integritas kulit serta mencegah luka tekan, terutama pada pasien lansia dengan gangguan mobilitas.

Menurut penelitian oleh (Priastuti&Haryanti, 2021) terapi *Massage Effleurage* terbukti mampu meningkatkan sirkulasi darah lokal, merangsang relaksasi otot, serta mempercepat regenerasi jaringan kulit yang mengalami tekanan berlebih akibat posisi tidur yang tidak berubah. Efek ini menjadi lebih optimal ketika dikombinasikan dengan VCO, yang secara farmakologis memiliki kandungan asam laurat dan antioksidan tinggi sehingga dapat meningkatkan kelembapan kulit, elastisitas, serta mencegah infeksi mikroorganisme pada permukaan kulit yang rapuh. Hal ini sejalan dengan temuan studi oleh (Yuliana, 2020) yang menunjukkan bahwa pengolesan VCO secara rutin selama satu minggu mampu

memperbaiki kondisi kulit kering dan menghambat perkembangan lesi pada pasien risiko tinggi dekubitus.

Dalam konteks asuhan keperawatan yang bersifat keluarga-sentris, intervensi ini tidak hanya meningkatkan kondisi fisik pasien, tetapi juga menjadi sarana edukasi yang kuat untuk memberdayakan anggota keluarga sebagai mitra dalam perawatan (Dewi, 2021). Pemberian edukasi terkait teknik pijat dan penggunaan VCO terbukti meningkatkan keterampilan *caregiver* dalam menangani pasien secara mandiri di rumah, sebagaimana dikemukakan oleh (Sari&Widodo, 2022) yang menyatakan bahwa keterlibatan aktif keluarga dalam tindakan perawatan berdampak langsung terhadap penurunan beban psikologis dan peningkatan rasa percaya diri. Intervensi ini juga dapat dilihat sebagai bentuk strategi keperawatan promotif dan preventif berbasis sumber daya lokal yang sangat layak diterapkan di layanan primer seperti Puskesmas. Secara keseluruhan, bukti ilmiah yang konsisten mendukung bahwa penggunaan teknik *Massage Effleurage* dengan VCO bukan hanya bermanfaat dalam aspek klinis, tetapi juga memperkuat dimensi edukatif dan psikososial dalam praktik keperawatan keluarga, serta berpotensi untuk diadopsi secara lebih luas dalam program perawatan lansia dan pasien dengan risiko dekubitus (Priastuti&Haryanti, 2021).

Pada Ny. M, intervensi dilakukan lima hari dengan teknik *Massage Effleurage* di sekitar area punggung, dihindari langsung pada area kemerahan, serta diiringi perubahan posisi setiap dua jam, penggunaan bantal pelindung, edukasi kepada keluarga, dan pemantauan *skor Braden* secara berkala. SLKI yang ditargetkan adalah peningkatan integritas kulit dan kemampuan keluarga dalam melakukan koping secara adaptif. Demikian pula pada Ny. S, intervensi yang dilakukan selama lima hari berfokus pada pengolesan VCO di area kering di sekitar punggung, rotasi posisi tidur setiap dua jam, penggunaan produk kulit non alkohol, peningkatan hidrasi dan nutrisi, serta edukasi tentang teknik *Massage Effleurage* dan perawatan luka tekan (Adevia, 2022). Intervensi ini

diintegrasikan dengan promosi perilaku sehat seperti mencuci tangan, meningkatkan konsumsi buah-sayur, dan latihan gerak ringan untuk mencegah kekakuan otot. SLKI yang dicapai meliputi peningkatan elastisitas kulit, hidrasi kulit yang adekuat, serta peningkatan keterlibatan keluarga dalam praktik perawatan kesehatan di rumah.

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Kondisi Kulit Ny. M Kunjungan Ke 1 dan ke 5



Gambar 4.1 Kondisi Kulit Ny. M Kunjungan Ke 1



Gambar 4.2 Kondisi Kulit Ny. M Kunjungan Ke 5

Perbandingan Skala Braden Pada Kedua Subjek

Hari / Subjek	Tekanan Darah Pasien	Skor Braden	Kondisi Kulit	Respon Pasien dan Keluarga
Hari ke – 1 Ny. M	**TD sebelum** 154/89mmHg **TD sesudah** 135/80mmHg	11 (resiko tinggi)	Kemerahan di punggung, kulit kering dan keras	**Respon pasien :** mengatakan nyeri berkurang, lebih nyaman setelah *massage* **Respon keluarga :** belum percaya diri dan baru mulai belajar *massage* yang benar
Ny. S	**TD sebelum** 159/92mmHg **TD sesudah** 125/80mmHg	12 (resiko tinggi)	Kemerahan di punggung, kulit kering dan tipis	**Respon pasien :** mengatakan kulit terasa dingin dan

				nyaman, nyeri menurun **Respon keluarga :** suami pasien merasa kewalahan namun mulai menerima edukasi
Hari ke – 2 Ny. M	**TD sebelum** 145/70mmHg **TD sesudah** 130/80mmHg	14 (resiko sedang)	Kemerahan mulai memudar, kulit lebih lembab	**Respon pasien :** lebih rileks dan tidur lebih nyenyak **Respon keluarga :** mulai aktif bantu ubah posisi dan *massage* rutin
Ny. S	**TD sebelum** 140/88mmHg **TD sesudah** 135/80mmHg	14 (resiko sedang)	Kemerahan memudar, kulit lebih elastis	**Respon pasien :** mengatakan gatal berkurang, tidak nyeri saat *massage* **Respon keluarga :** suami pasien mulai rutin oles VCO dan anaknya mulai ikut membantu
Hari ke – 3 Ny. M	**TD sebelum** 135/90mmHg **TD sesudah** 125/80mmHg	16 (resiko rendah)	Tidak ada luka baru, tanda iritasi mulai hilang	**Respon pasien :** rasa kaku hilang, tidur pulas, nyaman saat berbaring **Respon keluarga :** mandiri dalam *massage* dan percaya diri merawat pasien
Ny. S	**TD sebelum** 142/82mmHg **TD sesudah** 128/79mmHg	15 (resiko rendah)	Kulit sehat, kemerahan hilang	**Respon pasien :** Kulit terasa halus, tidak ada nyeri **Respon keluarga :** Suami lebih mandiri, ventilasi rumah diperbaiki

Hari ke – 4 Ny. M	**TD sebelum** 130/85mmHg **TD sesudah** 125/80mmHg	17 (resiko rendah)	Kulit lebih kenyal dan lembab	**Respon pasien :** Nyeri tekan hilang, tidak gelisah saat tidur **Respon keluarga :** Suami membantu ganti sprai & rotasi posisi
Ny. S	**TD sebelum** 128/85mmHg **TD sesudah** 118/80mmHg	17 (resiko rendah)	Tidak ditemukan kemerahan atau iritasi baru	**Respon pasien :** Semakin aktif ganti posisi **Respon keluarga :** Lingkungan tidur bersih dan nyaman
Hari ke – 5 Ny. M	**TD sebelum** 128/84mmHg **TD sesudah** 120/80mmHg	19 (resiko sangat rendah)	Kulit lembut, tidak ada tanda luka tekan	**Respon pasien :** Tidur nyenyak, tubuh terasa ringan **Respon keluarga :** Keluarga mandiri lakukan terapi lanjutan
Ny. S	**TD sebelum** 125/85mmHg **TD sesudah** 118/78mmHg	19 (resiko sangat rendah)	Kulit sehat, lembab dan tidak iritasi	**Respon pasien :** Sangat nyaman, tidak ada keluhan nyeri **Respon keluarga :** Suami konsisten rotasi dan edukasi diterima baik

Tabel 4.1 Perbandingan Skala Braden Pada Kedua Subjek

Implementasi terapi *massage effleurage* dengan *Virgin Coconut Oil* (VCO) selama lima hari pada Ny. M dan Ny. S menunjukkan perkembangan yang positif, meskipun dengan tingkat kemajuan yang berbeda antar keduanya. Intervensi ini dilakukan secara sistematis dua kali sehari dengan durasi 20 menit, serta diintegrasikan dengan edukasi perawatan kulit, rotasi posisi tidur, dan pemantauan status nutrisi dan hidrasi. Pada hari pertama, kedua pasien menunjukkan tanda awal kerentanan terhadap luka tekan, ditandai dengan kulit

kering, kemerahan di area punggung, dan *skor Braden* yang rendah. Skor Braden Ny. M adalah 10, sedangkan Ny. S sebesar 12. Berdasarkan klasifikasi Braden, nilai <12 menandakan risiko tinggi terhadap terjadinya dekubitus (Darmareja, 2020). Hal ini mengindikasikan perlunya intervensi pencegahan secara intensif.

Virgin Coconut Oil (VCO) mengandung asam laurat dan senyawa antiinflamasi alami yang berfungsi melembapkan kulit, melindungi dari iritasi, dan mempercepat regenerasi sel (Kusuma, 2022). Penggunaan *massage effleurage* dengan VCO secara teratur membantu memperbaiki elastisitas kulit dan meningkatkan sirkulasi darah lokal. Pada Ny. M, hasil implementasi menunjukkan perbaikan secara bertahap. Meski mobilitasnya sangat terbatas karena usia yang lebih lanjut (72 tahun), perlahan ia mengalami peningkatan kenyamanan, berkurangnya kemerahan, dan peningkatan *skor Braden* hingga menjadi 19 pada hari kelima. Sedangkan pada Ny. S, yang lebih aktif dan mendapat dukungan keluarga lebih intensif, peningkatan terjadi lebih cepat. Skor Braden meningkat dari 11 menjadi 19 pada hari kelima.

Komponen skor Braden yang mengalami peningkatan antara lain:

a. Persepsi sensori: Kedua pasien mulai merespons lebih baik terhadap ketidaknyamanan, khususnya setelah dilakukan rotasi posisi.
b. Kelembaban: Penggunaan VCO membantu menjaga kelembapan kulit, yang sebelumnya sangat kering.
c. Aktivitas dan mobilitas fisik: Meskipun terbatas, kedua pasien mulai menunjukkan usaha untuk mengubah posisi secara berkala. Ny. S bahkan mulai melakukan senam ringan bersama keluarga.
d. Nutrisi: Edukasi tentang pentingnya nutrisi berdampak pada peningkatan konsumsi cairan dan makanan bergizi, yang mendukung regenerasi kulit.
e. Gesekan dan gaya geser: Penggunaan bantal, edukasi teknik perawatan kulit, dan kontrol lingkungan tidur yang bersih berperan dalam menurunkan risiko iritasi mekanik.

Menurut (Adevia, 2022) terapi sentuhan seperti *effleurage* terbukti dapat meningkatkan relaksasi, memperbaiki perfusi kulit, dan mendukung penurunan tekanan lokal pada area tulang menonjol. Hal ini sangat relevan dengan kondisi kedua pasien, terutama Ny. M yang memiliki risiko lebih tinggi akibat imobilisasi yang berat. Keterlibatan keluarga dalam proses implementasi juga menjadi faktor penting keberhasilan. Suami Ny. S, misalnya, mulai aktif melakukan massage dan rotasi posisi secara mandiri setelah diberikan edukasi. Ini menunjukkan pentingnya pendekatan edukatif dalam intervensi keperawatan berbasis keluarga (Hidayat, 2023). Secara keseluruhan, terapi *massage effleurage* dengan VCO efektif dalam memperbaiki integritas kulit, meningkatkan skor Braden, dan mencegah progresi luka tekan. Perbedaan tingkat kemajuan antara Ny. M dan Ny. S dapat dipengaruhi oleh faktor usia, kondisi lingkungan (seperti ventilasi), serta keterlibatan keluarga. Hasil ini mendukung temuan dari (Dewi, 2021) yang menyatakan bahwa keberhasilan intervensi dekubitus sangat dipengaruhi oleh pendekatan multidimensional biologis, lingkungan, dan sosial.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi implementasi terapi *massage effleurage* menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO) pada pasien stroke Ny. M dan Ny. S selama lima hari menunjukkan hasil yang sangat positif, meskipun dengan tingkat pencapaian yang berbeda antar keduanya. Kedua pasien mengalami peningkatan kondisi kulit secara bertahap, dengan indikator utama berupa peningkatan skor Braden serta tidak ditemukannya luka tekan baru.

Pada awal intervensi, skor Braden Ny. M adalah 11 dan Ny. S adalah 12, keduanya masuk dalam kategori risiko sedang terhadap luka tekan. Seiring pelaksanaan terapi secara rutin, kedua pasien menunjukkan peningkatan signifikan. Skor Braden Ny. M meningkat menjadi 19, sedangkan Ny. S mencapai skor 19 pada hari kelima. Komponen skor yang mengalami

peningkatan meliputi persepsi sensori, kelembaban kulit, mobilitas fisik, aktivitas harian, status nutrisi, serta risiko gesekan.

Perbaikan tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor penting. Penggunaan VCO berperan besar dalam menjaga kelembaban kulit, mengurangi kekeringan, dan mempercepat regenerasi jaringan. Kandungan asam laurat dan sifat antimikroba dalam VCO secara ilmiah telah terbukti efektif dalam meningkatkan integritas kulit (Kusuma, 2022). Selain itu, *massage effleurage* turut meningkatkan sirkulasi darah ke jaringan perifer dan memberikan rasa relaksasi, yang penting dalam proses penyembuhan luka tekan (Lestari & Wulandari, 2022).

Faktor lingkungan dan dukungan keluarga juga berkontribusi terhadap hasil evaluasi. Ny. S yang tinggal di lingkungan dengan ventilasi lebih baik dan memiliki dukungan keluarga yang aktif menunjukkan kemajuan lebih cepat dibanding Ny. M. Keterlibatan keluarga dalam rotasi posisi tidur, edukasi tentang perawatan kulit, serta pemenuhan kebutuhan cairan dan nutrisi menjadi komponen pendukung penting. Hal ini sejalan dengan pendapat (Hidayat, 2023) bahwa peran keluarga sangat menentukan keberhasilan asuhan keperawatan berbasis rumah, terutama pada pasien geriatri dengan keterbatasan fisik.

Evaluasi harian juga mencatat bahwa tidak ada perkembangan luka baru, kemerahan kulit berkurang bahkan menghilang, dan pasien mengalami peningkatan kenyamanan, kualitas tidur, serta kemandirian dalam menjalani perawatan. Asupan cairan dan nutrisi yang awalnya rendah, terutama pada Ny. M, dapat ditingkatkan melalui edukasi dan pendampingan keluarga, walaupun progresnya lebih lambat dibandingkan Ny. S. Dengan demikian, hasil evaluasi menyeluruh menunjukkan bahwa intervensi *massage effleurage* dengan VCO tidak hanya efektif dalam mencegah dekubitus secara klinis, tetapi juga dapat diterapkan secara berkelanjutan oleh keluarga di rumah. Terapi ini terbukti

mampu meningkatkan kondisi fisik pasien, mengoptimalkan *skor Braden,* dan membangun kemampuan mandiri keluarga dalam perawatan harian pasien stroke.

4.3 Keterbatasan

Terdapat beberapa keterbatasan dalam pelaksanaan studi kasus ini yang perlu diperhatikan sebagai pertimbangan untuk penelitian selanjutnya:

a. Usia kedua pasien tidak sama, di mana Ny. M berusia 72 tahun dan Ny. S berusia 65 tahun, sehingga kemampuan regenerasi kulit dan respons terhadap intervensi tidak sepenuhnya sebanding.
b. Kondisi ventilasi rumah yang kurang optimal pada salah satu pasien menyebabkan kelembaban ruangan meningkat, yang dapat memperlambat proses penyembuhan kulit meskipun intervensi *massage effleurage* telah dilakukan secara rutin.
c. Kedua pasien mengalami gangguan mobilitas, namun Ny. M memiliki keterbatasan mobilisasi yang lebih berat karena usia yang lebih tua dibandingkan Ny. S, sehingga pelaksanaan intervensi seperti rotasi posisi dan aktivitas fisik menjadi lebih terbatas.