

LAMPIRAN

Lampiran 1 SOP *Massage Efflurage* dengan *Virgin Coconut Oil*

STANDART OPERASIONAL PROSEDUR <i>Masssage Efflurage</i> dengan <i>Virgin Coconut Oil</i>	
Pengertian	Massage effleurage dengan <i>virgin coconut oil</i> adalah tindakan keperawatan berupa pijatan lembut dengan teknik sapuan panjang dan berirama menggunakan minyak <i>virgin coconut oil</i> yang bertujuan untuk meningkatkan sirkulasi darah, menjaga kelembapan kulit, dan mencegah terjadinya tekanan berkepanjangan yang dapat menyebabkan <i>pressure ulcer</i> .
Tujuan	1. Mencegah terjadinya pressure ulcer pada pasien tirah baring. 2. Menjaga kelembapan dan kesehatan kulit. 3. Menurunkan risiko gangguan integritas kulit. 4. Meningkatkan kenyamanan pasien.
Peralatan	1. <i>virgin coconut oil</i> 2. Handuk kecil / kain lembut 3. Sarung tangan (jika diperlukan) 4. Selimut untuk menjaga privasi pasien 5. Lembar Observasi dan Dokumentasi
Prosedur Pelaksanaan	A. Persiapan 1. Cuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir atau handrub. 2. Identifikasi pasien dengan benar (nama, tanggal lahir, nomor RM). 3. Jelaskan prosedur kepada pasien/keluarga dan minta persetujuan (<i>informed consent</i>). 4. Jaga privasi pasien, tutup area yang tidak akan dipijat dengan selimut. 5. Hangatkan <i>virgin coconut oil</i> di telapak tangan. B. Pelaksanaan 1. Posisikan pasien dalam posisi miring sesuai area yang akan dipijat. 2. Letakkan handuk kecil di bawah area yang akan dipijat untuk melindungi linen. 3. Oleskan <i>virgin coconut oil</i> secukupnya pada area kulit yang berisiko tekanan (sakrum, scapula, tumit). 4. Lakukan <i>massage effleurage</i>: a. Gunakan kedua telapak tangan menyapu lembut area punggung dari bawah ke atas. b. Gerakan mengikuti arah aliran vena (menuju jantung). c. Setiap gerakan dilakukan secara perlahan, ritmis, dan dengan tekanan ringan. d. Durasi pelaksanaan sekitar 3-5 menit per area. 5. Setelah selesai, bersihkan sisa <i>virgin coconut oil</i> dengan handuk bersih. 6. Kembalikan pasien ke posisi nyaman. C. Terminasi 1. Ucapkan terima kasih kepada pasien. 2. Bereskan alat dan buang limbah sesuai prosedur. 3. Cuci tangan kembali. D. Dokumentasi 1. Catat waktu pelaksanaan dan area yang dilakukan massage. 2. Catat kondisi kulit sebelum dan sesudah tindakan. 3. Catat respons atau keluhan pasien setelah tindakan. 4. Dokumentasikan perubahan skor Braden Scale sebelum dan sesudah intervensi. E. Evaluasi 1. Nilai hasil intervensi dari skor Braden dan observasi kulit. 2. Catat apakah terdapat perbaikan atau tetap perlu intervensi lanjutan.

Sumber : Nuzulullail, A., et al. (2023).

Lampiran 2 Skala Braden yang diadopsi oleh Braden dan Bergstom (1998), AHPCR (2008)

Nama Pasien :		Nama Evaluator :		Tanggal Pengkajian		
Parameter	Temuan					Skor
PERSEPSI SENSORI (Kemampuan untuk merespon ketidaknyamanan)	TERBATAS SECARA MENYELURUH 1. Tidak responsif (tidak mengerang, menyentak, menggenggam) terhadap respon stimulasi nyeri terhadap penurunan tingkat kesadaran atau efek sedasi atau keterbatasan kemampuan untuk merasakan nyeri hampir diseluruh permukaan tubuh	SANGAT TERBATAS 2. Hanya berespon pada stimulus nyeri saja. Gangguan sensoris pada bagian ½ permukaan tubuh atau hanya berespon pada stimuli nyeri, tidak dapat mengkomunikasikan ketidaknyamanan	SEDIKIT TERBATAS 3. Merespon secara verbal terhadap perintah tetapi tidak selalu dapat mengartikan ketidaknyamanan. Gangguan sensoris pada 1 atau 2 ekstremitas	TIDAK ADA KERUSAKAN 4. Tidak ada gangguan sensoris atau penurunan sensoris untuk merasakan atau menyatakan rasa sakit atau ketidaknyamanan, berespon penuh terhadap perintah verbal		
KELEMBABAN (Derajat/tingkat di mana kulit terekspos oleh kelembaban)	LEMBAB TERUS MENERUS 1. Kulit selalu lembab hampir secara terus menerus akibat dari peluh/keringat, urine, dll. Kelembaban sering ditemukan setiap saat saat pasien bergerak atau membalikkan badan	SERING LEMBAB 2. Kulit sering lembab tapi tidak selalu lembab. Linen harus diganti minimal sekali dalam satu shift kerja	KADANG - KADANG LEMBAB 3. Kulit kadang-kadang lembab, permintaan ekstra satu linen untuk diganti kurang lebih sehari sekali	JARANG LEMBAB 4. Kulit biasanya kering, linen hanya diminta diganti pada interval sesuai waktu yang teratur		
AKTIVITAS (Derajat aktivitas fisik)	BADFAST 1. Tergeletak di tempat tidur	CHAIRFAST 2. Kemampuan untuk berjalan cenderung sangat terbatas atau bahkan tidak ada. Tidak mampu untuk menahan berat badan sendiri atau harus dibantu oleh asisten berpindah ke kursi atau kursi roda	KADANG-KADANG BERJALAN 3. Berjalan secara kadang-kadang selama sehari tetapi dengan jarak yang paling dekat, dengan atau tanpa penolong. Menghabiskan mayoritas waktunya di tempat tidur	SERING BERJALAN 4. Dapat berjalan di luar ruangan setidaknya dua kali dalam sehari dan didalam ruangan setidaknya sekali setiap 2 jam selama masa waktu berjalan		

			atau kursi		
MOBILITAS (Kemampuan untuk mengubah dan mengontrol posisi tubuh)	KESELURUHAN TIDAK MAMPU DIGERAKKAN 1. Tidak mampu bahan sediki ataupun tidak mampu sama sekali mengubah posisi ekstremitas tubuh tanpa bantuan	SANGAT TERBATAS 2. Kadang-kadang mampu membuat sedikit gerakan pada posisi ekstremitas tubuh	SEDIKIT TERBATAS 3. Membuat perubahan kecil bagian tubuh yang sulit atau merubah posisi ekstremitas secara mandiri.	TIDAK ADA BATASAN 4. Mampu membuat perubahan posisi tubu secara menyeluru dan sering tanpa bantuan	
NUTRISI (Pola asupan makanan biasa : NPO : Nthing by mouth IV : Intravenously TPN : Total Parenteral Nutrition)	SANGAT BURUK 1. Tidak pernah makan makanan secara komplit. Jarang mampu makan lebih dari 1/3 porsi makanan yang diberikan. Makan 2 hidangan atau kurang protein (daging atau produk susu) selama sehari. Asupan cairan yang buruk. Tidak mengkonsumsi diet cairan suplemen, ATAU NPO dan/atau pemberian cairan atau menggunakan IV selama lebh dari 5 hari secara	KEMUNGKINAN TIDAK ADEKUAT 2. Jarang mampu makan makanan komplit dan umumnya makan hanya sekitar ½ porsi makanan. Asupan protein termasuk dalam 3 hidangan saja atau daging atau produk susu per hari. Kadang-kadang mengkonsumsi diet suplemen atau mendapatkan kurang dari jumlah optimal diet cairan atau makanan melalui selang	ADEKUAT 3. Mampu akan setengah atau keseluruhan. Total makanan dalam 4 hidangan protein (daging, prosuk susu) setiap hari. Kadang-kadang akan menolak makanan, tapi akan selalu mengkonsumsi suplemen jika ditawarkan, ATAU makanan melalui selang atau rigimen TPN, dimana biasanya mengandung besar daging sebagai nutrisi makanan	LUAR BIASA 4. Mampu menghabiskan semua makanan setiap harinya. Tidak pernah menolak makanan. Biasanya total makanan 4 hidangan daging atau lebih dan prosuk susu. Kadang-kadang makan makanan kecil disela2 makanan utama. Tidak membutuhkan suplemen.	
GESEKAN DAN GESERAN PERMUKAAN KULIT	MASALAH 1. Membutuhkan bantuan sedang samai maksimal untuk bergerak. Pengangkatan penuh tanpa menggeser linen adalah tidak mungkin. Sering melorot di kasur atau kursi, membutuhkan bantuan untuk mereposisi dengan bantuan maksimal. Spatisitas,	POTENSIAL MASALAH 2. Mampu bergerak lemah atau membuuhkan bantuan minimal. Selama bergerak, kemungkinan kulit bergesekan dengan jangkau luas terhadap linen, kursi, restrain, atau alat2 lain. Sebagian besar waktunya mempertahankan posisi relatif	TIDAK ADA MASALAH YANG NAMPAK 3. Mampu bergeak di tempat tidur dan kursi dengan mandiri dan mempunyai cukup kekuatan otot untuk megangkat dengan komplit selama bergerak. Selalu		

	kontraktur, atau agitasi hampir selalu menyebabkan gesekan	yang baik di kursi atau tema tidur tapi kadang-kadang juga melorot.	mempertahankan posisi yang baik selama di tempat tidur dan kursi		
Diadopsi dari Braden & Bergstom (1998), AHCPR (2008)		Skor : 23 – 19 : Tidak beresiko, 18 – 15 : resiko ringan, 14 – 13 : resiko sedang, 12 – 10 : resiko tinggi, 9 – 6 : resiko berat			

Lampiran 3 Asuhan Keperawatan Tn. B

**ASUHAN KEPERAWATAN KASUS
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES
YOGYAKARTA PROGRAM STUDI PROFESI NERS**

Hari/Tanggal : Senin, 5 Mei 2025

Jam : 07.30 WIB

Tempat : Ruang ICU RSST Klaten

Oleh : Muhammad Farhan

Sumber data : Pasien, Keluarga, Rekam Medis

Metode : Wawancara, Studi Dokumen, Observasi, Pemeriksaan Fisik

PENGKAJIAN DATA UMUM

A. Identitas

- 1) Nama Pasien : Tn. B
- 2) Tempat Tgl Lahir : 04 April 1970
- 3) Umur : 55 tahun
- 4) Jenis Kelamin : Laki- Lain
- 5) Agama : Islam
- 6) Pendidikan : S1
- 7) Pekerjaan : Pedangan
- 8) Suku / Bangsa : Jawa/Indonesia
- 9) Alamat : Sidomulyo, Teras, Boyolali
- 10) Status perkawinan: Menikah
- 11) Diagnosa Medis : Stroke Hemoragik, Post Craniotomi, AKI
- 12) No. RM : 118****
- 13) Tanggal Masuk : 19 April 2025
- 14) Jam Masuk RS : WIB

B. Penanggung Jawab/Keluarga

- 1) Nama : Ny. M
- 2) Pendidikan : SMA
- 3) Pekerjaan : Ibu rumah tangga
- 4) Hubungan dengan pasien : Istri
- 5) Alamat : sidomulyo, Teras, Boyolali
- 6) Status perkawinan : Menikah

PENGKAJIAN DATA DASAR

A. Primary Assesment

1. *Airway*

Jalan napas paten, terpasang ETT dengan mode PSIMV, PEEP 5, FiO2 50%, PS : 10. Tidak ada obstruksi atau kesulitan pernapasan yang terdeteksi. Posisi ETT sudah tepat, tanpa indikasi malposisi atau sumbatan.

2. *Breathing*

Frekuensi pernapasan (RR) 30x/menit, SpO2 98% dengan bantuan ETT dengan mode PSIMV, FiO2 50%, PEEP 5, PS: 10. Terdengar suara ronkhi pada dada kanan pasien dan vesikuler pada dada kiri pasien

3. *Circulation*

Akral dingin, nadi cepat lemah, Nadi 96x/menit, tekanan darah 135/82 mmHg, Pulse terasa kuat, Spo2 98%

4. *Disability*

KU lemah, E2, M2, VT (Glasgow Coma Scale 2,2, verbal response incomprehensible), pasien sopor, terpasang infus di tangan kanan, terpasang NGT, terpasang drain, terpasang DC, terdapat luka post op.

5. *Ekspposure*

Pemeriksaan fisik menunjukkan kulit dalam kondisi baik, terdapat luka Post operasi kraniotomi di kepala, Suhu tubuh 36.5 °C.

B. Fokus Assesment

1. Keadaan umum : Lemah

2. Tingkat kesadaran : Sopor

3. Tanda- tanda vital :

Nadi : 98 x/menit, Respirasi : 30 x/menit, BB : 82 kg
Suhu : 36.5 °C, Spo2 : 98 %, TB : 176 cm (IMT: kg/m)

4. Keluhan utama : Pasien tirah baring semenjak tanggal 19 April 2025 sampai sekarang

C. Sekunder Assesment

1. Riwayat Penyakit Dahulu

Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat sakit hipertensi

2. Riwayat penyakit sekarang (*Ample*)

A : Pasien tidak memiliki alergi

M : Keluarga mengatakan pasien tidak meminum obat hipertensi

P : Pasien sebelumnya dirawat di RSUD Pandan Arang Boyolali

L : Sebelum kejadian pasien makan nasi sayur ayam

E : Tanggal 18 April 2025 pasien jatuh di depan kamar pada pukul 2 pagi

3. Riwayat Kesehatan keluarga

Keluarga mengatakan tidak terdapat keluarga yang memiliki riwayat penyakit keturunan.

D. Pemeriksaan Fisik

1. Kepala Dan Maksilofasial:

Rambut pasien berwarna hitam beruban, lurus, bentuk kepala tidak simetris sedikit bengkak pada kepala kiri, terdapat luka bekas operasi post kraniotomi yang ditutupi perban pada kepala pasien

2. Vertebra Servikalis Dan Leher:

Tidak nampak adanya luka terbuka pada bagian vertebra servikalis, tidak teraba adanya dislokasi, tidak ada hambatan pergerakan leher

3. Thoraks

a. Inspeksi :

Terdapat retraksi dinding dada, dada tampak simetris, tidak tampak adanya luka robek, tidak nampak adanya jejas

b. Auskultasi :

Auskultasi paru : Vesikular di dada kiri, ronchi di dada kanan
Auskultasi jantung : Lubdub.

c. Perkusi :

Perkusi Paru : Sonor. Perkusi Jantung : Pekak.

d. Palpasi :

Tidak terdapat nyeri tekan , tidak terdapat benjolan, tidak terdapat krepitasi

4. Abdomen

a. Inspeksi :

Abdomen tampak simetris

b. Auskultasi :

Bising usus terdengar 18x/menit

c. Perkusi : Sonor

d. Palpasi :

Terdapat asites, tidak terdapat nyeri tekan dan lepas tekan, tidak terdapat benjolan

5. Perineum / Rektum / Penis

Keluarga mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit kelamin.

6. Muskuloskeletal

1	0
1	0

Terdapat edema pada ekstremitas, tidak terdapat luka, tidak tampak adanya fraktur, dislokasi, pada ekstremitas atas maupun bawah.

E. Terapi Obat

Hari/ Tanggal	Obat	Dosis dan Satuan	Rute
Senin, 5 Mei 2025	Levofloxacin	750 /24 jam	IV
	Ceftazidin	1 /8 jam	IV
	Asam Folat	1 /24 jam	PO
	CaCo3	1 /8 jam	PO
	PCT	1 gr /kp	IV
	Omeprazole	1 /12 jam	IV
	Kidmin	1 /24 jam	IV
Selasa, 6 Mei 2025	Levofloxacin	750 /24 jam	IV
	Ceftazidin	1 /8 jam	IV
	Asam Folat	1 /24 jam	PO
	CaCo3	1 /8 jam	PO
	PCT	1 gr /kp	IV
	Omeprazole	1 /12 jam	IV
	Kidmin	1 /24 jam	IV
Rabu, 7 Mei 2025	Levofloxacin	750 /24 jam	IV
	Ceftazidin	1 /8 jam	IV
	Asam Folat	1 /24 jam	PO
	CaCo3	1 /8 jam	PO
	PCT	1 gr /kp	IV
	Omeprazole	1 /12 jam	IV
	Kidmin	1 /24 jam	IV

F. Data Penunjang

1. Laboratorium

Nama Pasien / No RM : Tn. B / 118****

Tanggal Pemeriksaan : 5 Mei 2025

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
ANALISA GAS DARAH			
pH	7.345 (L)		7.350-7.450
pCO ₂	14.8 (L)	mmHg	35-45
PO ₂	146.5 (H)	mmHg	80-100
HCO ₃	8.2 (L)	mmol/L	21-28
TCO ₂	8.6 (L)	mmol/L	19-26
BeB	-13.9 (L)	mmol/L	(-30) – (+30)
DARAH LENGKAP			
Hemoglobin	9.5 (L)	g/dL	14-18
Eritrosit	3.32 (L)	juta/ μ L	4.7-6.2
Trombosit	104 (L)	$\times 10^3/\mu$ L	150-450
Hematokrit	29.6 (L)	%	37-52
MCHC	321 (L)	g/dL	33-37
HITUNG JENIS			
Eosinofil,	0.3 (L)	%	1-3
Neutrophil,	85.1 (H)	%	50-70
Limfosit,	11.9 (L)	%	20-40
NLR,	7.15 (H)		0.52-3.53
Albumin (RS),	2.20 (L)	g/dL	3.5-5
Ureum,	199.02 (H)	mg/dL	19-44

BUN,	93 (H)	mg/dL	7-18
Creatinin,	4.94 (H)	mg/dL	0.7-1.1
Chlorida	118 (H)	mmol/L	98-107

2. Radiologi

Pemeriksaan	Kesimpulan
CT Scan Kepala	Kesimpulan : ICH volume 30 cc di lobus temporoparietalis kanan dengan perifocal edema SAH di regio parietalis kanan IVH di ventrikel lateralis kanan cornu posterior Herniasi subfalcine ke kiri sejauh 0,6 mm

ANALISA DATA

Nama Pasien / No RM : Tn. B / 118***

Data	Penyebab	Masalah
DS: - DO: - Terpasang ETT - Respirasi disupport dengan ventilator setting mode PSIMV, PEEP 5, FiO2 50%, PS : 10 - Hasil AGD (5/5/2025) pCO₂ : 14.8 PO₂ : 146.5 HCO₃ : 8.2 TCO₂ : 8.6	Gangguan metabolisme	Gangguan ventilasi spontan (SDKI D.0004)
DS : - DO : - Pasien mengalami penurunan kesadaran yaitu sopor dengan E2M2VT - Pasien didiagnosa stroke hemoragik - Hasil CT Scan : • ICH volume 30 cc di lobus temporoparietalis kanan dengan perifocal edema • SAH di regio parietalis kanan • IVH di ventrikel lateralis kanan cornu posterior		Risiko Perfusi Cerebral Tidak Efektif (SDKI D.0017)
DS : - DO : - RR : 30 - Pasien terpasang ETT - Terdapat sputum di selang ETT dan di mulut pasien - Pasien tidak mampu batuk - Terdapat suara mengi di dada kanan pasien	Sekresi yang tertahan	Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif (sdki D.0001)
DS :		Risiko

- DO : - Pasien tirah baring semenjak tanggal 19 April 2025 (hari) - KU Lemah, E2M2VT, Kesadaran Sopor - Skor <i>Braden Scale</i> : 8 (Risiko Berat)		Gangguan Integritas Kulit
--	--	---------------------------

PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

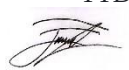
1. Gangguan ventilasi spontan berhubungan dengan gangguan metabolisme **(SDKI D.0004)**
2. Risiko perfusi serebral dibuktikan dengan Mengalami penurunan Kesehatan **(SDKI D.0017)**
3. Bersihan jalan napas berhubungan dengan Sekresi yang tertahan **(SDKI D.0001)**
4. Risiko gangguan integritas kulit dibuktikan dengan Penurunan Mobilitas fisik tirah baring lama selama 16 hari **(SDKI D.0139)**

PERENCANAAN KEPERAWATAN

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
1	Gangguan Ventilasi Spontan berhubungan dengan Kelelahan Otot Pernapasan	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka Ventilasi Spontan meningkat dengan kriteria hasil : • Volume tidal menurun • Dispnea menurun • Penggunaan otot bantu napas menurun • Gelisah menurun • PCO2 membaik (SLKI L.01007)	DUKUNGAN VENTILASI (SIKI I.01002) Observasi: • Identifikasi adanya kelelahan otot bantu napas • Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan • Monitor status respirasi dan oksigenasi Terapeutik: • Pertahankan kepatenan jalan napas • Berikan posisi semi Fowler atau Fowler • Fasilitasi mengubah posisi senyaman mungkin • Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan Kolaborasi: • Kolaborasi pemberian bronkodilator
2	Risiko Perfusi Cerebral Tidak Efektif	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka Perfusi Cerebral meningkat dengan kriteria hasil : • Tingkat kesadaran meningkat • MAP membaik • Tekanan intracranial membaik (SLKI L.02014)	PEMANTAUAN TEKANAN INTRAKRANIAL (SIKI I.06198) Observasi • Identifikasi penyebab peningkatan TIK • Monitor tekanan darah • Monitor penurunan frekuensi jantung • Monitor iregularitas irama napas • Monitor penurunan tingkat kesadaran • Monitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil • Monitor kadar CO2 dan pertahankan dalam rentang yang diindikasikan • Monitor jumlah, kecepatan, dan karakteristik drainase cairan serebrospinal Terapeutik • Pertahankan sterilitas sistem pemantauan • Pertahankan posisi kepala dan leher netral • Bilas sistem pemantauan, jika perlu • Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien Dokumentasikan hasil pemantauan
3	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka Bersihan Jalan Napas	MANAJEMEN JALAN NAPAS (SIKI I.01011) Observasi • Monitor pola napas (frekuensi,

	berhubungan dengan Hipersekresi Jalan Napas	meningkat dengan kriteria hasil : • Produksi sputum menurun • Ronkhi menurun • Gelisah menurun • Pola napas membaik (SLKI L. 01001)	kedalaman, usaha napas) • Monitor bunyi napas tambahan (ronchi) • Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik • Pertahankan kepatenan jalan napas • Posisikan semi fowler atau fowler • Berikan minum hangat • Lakukan fisioterapi dada, jika perlu Berikan oksigen, jika perlu Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu
4	Risiko Gangguan Integritas Kulit	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka Integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil : Kerusakan lapisan kulit menurun	PERAWATAN INTEGRITAS KULIT (SIKI I.11353) Observasi • Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit Terapeutik • Mandikan pasien dan membersihkan punggung pasien dengan air hangat dan sabun • Bersihkan perineal dengan air hangat • Berikan intervensi <i>massage effleurage</i> dengan <i>Virgin Coconut Oil</i> pada punggung pasien • Gunakan produk hipoalergik pada kulit sensitive Hindari produk berbadahan dasar alcohol pada kulit

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Pelaksanaan	Evaluasi 14.00 WIB
Senin, 5 Mei 2025	Gangguan Ventilasi Spontan berhubungan dengan Kelelahan Otot Pernapasan	• Mengidentifikasi adanya kelelahan otot bantu napas • Mengidentifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan • Memonitor status respirasi dan oksigenasi • Mempertahankan kepatenan jalan napas • Memberikan posisi semi Fowler atau Fowler • Memberikan oksigenasi sesuai kebutuhan	S : O : • KU Lemah, Apatis • GCS : E2M2VT • Jalan napas paten • Pasien diberikan posisi semi-fowler • Pasien terpasang ETT Ventilator mode PSIMV peep 5, FiO2 50%, PS : 10 A : • Masalah Gangguan Ventilasi Spontan Teratasi Sebagian P : Lanjutkan Intervensi - Identifikasi adanya kelelahan otot bantu napas - Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan - Monitor status respirasi dan oksigenasi - Pertahankan kepatenan jalan napas - Memberikan posisi semi Fowler atau Fowler - Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan - Kolaborasi pemberian obat TTD  FARHAN
	Risiko Perfusi Cerebral Tidak Efektif	• Memonitor tekanan darah • Memonitor penurunan tingkat kesadaran • Memonitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil • Memonitor kadar CO2 dan pertahankan dalam rentang yang diindikasikan	S : - O : - KU Lemah, Kesadaran sopor - Akral hangat puls kuat - TD : 166/878 mmHg - HR : 98 x/ menit - SPO2 100% - Pupil 2/2 - Suhu 38. 7 C A : Masaha risiko perfusi serebal tidak efektif teratasi sebagian P :

		• Mempertahankan sterilitas sistem pemantauan • Mempertahankan posisi kepala dan leher netral Mendokumentasikan hasil pemantauan	Lanjutkan intervensi - Monitor tekanan darah - Monitor penurunan tingkat kesadaran - Monitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil - Monitor kadar CO₂ dan pertahankan dalam rentang yang diindikasikan - Pertahankan sterilitas sistem pemantauan - Mempertahankan posisi kepala dan leher netral - Dokumentasikan hasil pemantauan TTD  FARHAN
	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Hipersekresi Jalan Napas	• Memonitor pola napas • Memonitor bunyi napas tambahan • Melakukan suction di ETT dan di OPA • Mempertahankan kepatenan jalan napas • Memposisikan semi fowler atau fowler • Melakukan suction di ETT dan di OPA • Kolaborasi pemberian obat oral lasal, ambroxol, curcuma, obat nebu budesonide	S : O : • Pasien sudah di suction setiap 2 jam sekali • Terdapat bunyi ronkhi pada suara napas pasien di dada kanan, dada kiri vesikuer • Terdapat sputum berwarna putih kekuningan dengan aroma tidak sedap • Pasien posisi semi-fowler A : Masalah Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif Teratasi Sebagian P : Lanjutkan Intervensi • Monitor pola napas • Monitor bunyi napas tambahan • Monitor sputum • Pertahankan kepatenan jalan napas • Posisikan semi fowler atau fowler • Kolaborasi pemberian obat TTD  FARHAN
	Risiko Gangguan Integritas Kulit	• Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit	S : O : - Kulit pasien nampak lembab - Tidak terdapat luka decubitus

		- Memandikan pasien dan membersihkan punggung pasien dengan air hangat dan sabun - Membersihkan perineal dengan air hangat - Memberikan intervensi <i>massage effleurage</i> dengan <i>Virgin Coconut Oil</i> pada punggung pasien - Menggunakan produk hipoalergik pada kulit sensitive - Menghindari produk berbadahan dasar alcohol pada kulit	pada punggung pasien - Skor braden scales : 8 (Risiko Berat) A : Masalah risiko gangguan integritas kulit teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi - Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit - Mandikan pasien dan membersihkan punggung pasien dengan air hangat dan sabun - Bersihkan perineal dengan air hangat - Berikan intervensi <i>massage effleurage</i> dengan <i>Virgin Coconut Oil</i> pada punggung pasien - Gunakan bahan minyak pada kulit kering - Gunakan produk hipoalergik pada kulit sensitive - Hindari produk berbadahan dasar alcohol pada kulit TTD  FARHAN
Selasa, 6 Mei 2025	Gangguan Ventilasi Spontan berhubungan dengan Kelelahan Otot Pernapasan	- Mengidentifikasi adanya kelelahan otot bantu napas - Mengidentifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan - Memonitor status respirasi dan oksigenasi - Mempertahankan kepatenan jalan napas - Memberikan posisi semi Fowler atau Fowler - Memberikan oksigenasi sesuai kebutuhan - Kolaborasi pemberian obat nebu budesonide	S : O : • KU Lemah, Apatis • GCS : E2M2VT • Jalan napas paten • Pasien diberikan posisi semi-fowler • Pasien terpasang ETT Ventilator mode PSIMV peep 5, FiO2 60%, RR : 40, PS : 12 A : • Masalah Gangguan Ventilasi Spontan Teratasi Sebagian P : Lanjutkan Intervensi - Identifikasi adanya kelelahan otot bantu napas - Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan - Monitor status respirasi dan oksigenasi - Pertahankan kepatenan jalan

			napas - Memberikan posisi semi Fowler atau Fowler - Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan - Kolaborasi pemberian obat TTD  FARHAN
	Risiko Perfusion Cerebral Tidak Efektif	• Memonitor tekanan darah • Memonitor penurunan tingkat kesadaran • Memonitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil • Memonitor kadar CO₂ dan pertahankan dalam rentang yang diindikasikan • Mempertahankan sterilitas sistem pemantauan • Mempertahankan posisi kepala dan leher netral • Mendokumentasikan hasil pemantauan	S : - O : - KU Lemah, Kesadaran sopor - Akral hangat puls kuat - TD : 166/878 mmHg - HR : 98 x/ menit - SPO₂ 100% - Pupil 2/2 - Suhu 37.4 C A : Masaha risiko perfusi serebal tidak efektif teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Monitor tekanan darah - Monitor penurunan tingkat kesadaran - Monitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil - Monitor kadar CO₂ dan pertahankan dalam rentang yang diindikasikan - Pertahankan sterilitas 80system pemantauan - Mempertahankan posisi kepala dan leher netral - Dokumentasikan hasil pemantauan TTD  FARHAN
	Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Hipersekresi Jalan Napas	• Memonitor pola napas • Memonitor bunyi napas tambahan • Melakukan suction di ETT dan di OPA • Mempertahankan kepatenan jalan napas	S : O : • Pasien sudah di suction setiap 2 jam sekali • Terdapat bunyi ronkhi pada suara napas pasien di dada kanan, dada kiri vesikuer • Terdapat sputum berwarna putih kekuningan dengan aroma

		• Memposisikan semi fowler atau fowler • Melakukan suction di ETT dan di OPA • Kolaborasi pemberian obat oral lasal, ambroxol, curcuma, obat nebu budesonide	tidak sedap • Pasien posisi semi-fowler A : • Masalah Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif Teratasi Sebagian P : Lanjutkan Intervensi • Monitor pola napas • Monitor bunyi napas tambahan • Monitor sputum • Pertahankan kepatenan jalan napas • Posisikan semi fowler atau fowler • Kolaborasi pemberian obat TTD  FARHAN
	Risiko Gangguan Integritas Kulit	• Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit • Memandikan pasien dan membersihkan punggung pasien dengan air hangat dan sabun • Membersihkan perineal dengan air hangat • Memberikan intervensi <i>massage effleurage</i> dengan <i>Virgin Coconut Oil</i> pada punggung pasien • Menggunakan produk hipoalergik pada kulit sensitive • Menghindari produk berbadahan dasar alcohol pada kulit	S : O : - Kulit pasien nampak lembab - Tidak terdapat luka decubitus pada punggung pasien - Skor <i>braden scales</i> : 10 (Risiko Tinggi) A : Masalah risiko gangguan integritas kulit teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi - Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit - Mandikan pasien dan membersihkan punggung pasien dengan air hangat dan sabun - Bersihkan perineal dengan air hangat - Berikan intervensi <i>massage effleurage</i> dengan <i>Virgin Coconut Oil</i> pada punggung pasien - Gunakan bahan minyak pada kulit kering - Gunakan produk hipoalergik pada kulit sensitive - Hindari produk berbadahan dasar alcohol pada kulit TTD  FARHAN

Rabu, 7 Mei 2025	Gangguan Ventilasi Spontan berhubungan dengan Kelelahan Otot Pernapasan	• Mengidentifikasi adanya kelelahan otot bantu napas • Mengidentifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan • Memonitor status respirasi dan oksigenasi • Mempertahankan kepatenan jalan napas • Memberikan posisi semi Fowler atau Fowler • Memberikan oksigenasi sesuai kebutuhan • Kolaborasi pemberian obat nebu budesonide	FARHAN S : O : • KU Lemah, Apatis • GCS : E2M2VT • Jalan napas paten • Pasien diberikan posisi semi-fowler • Pasien terpasang ETT Ventilator mode PSIMV peep 5, FiO2 50%, PS : 10 A : • Masalah Gangguan Ventilasi Spontan Teratasi Sebagian P : Lanjutkan Intervensi - Identifikasi adanya kelelahan otot bantu napas - Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan - Monitor status respirasi dan oksigenasi - Pertahankan kepatenan jalan napas - Memberikan posisi semi Fowler atau Fowler - Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan - Kolaborasi pemberian obat TTD 
	Risiko Perfusi Cerebral Tidak Efektif	• Memonitor tekanan darah • Memonitor penurunan tingkat kesadaran • Memonitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil • Memonitor kadar CO2 dan pertahankan dalam rentang yang diindikasikan • Mempertahankan sterilitas sistem pemantauan • Mempertahankan posisi kepala dan	FARHAN S : - O : - KU Lemah, Kesadaran sopor - Akral hangat puls kuat - TD : 174/83 mmHg - HR : 105 x/ menit - SPO2 100% - Pupil 2/2 - Suhu 37.3 C A : Masaha risiko perfusi serebal tidak efektif teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Monitor tekanan darah - Monitor penurunan tingkat kesadaran - Monitor perlambatan atau

		leher netral • Mendokumentasikan hasil pemantauan	ketidaksimetrisan respon pupil - Monitor kadar CO ₂ dan pertahankan dalam rentang yang diindikasikan - Pertahankan sterilitas sistem pemantauan - Mempertahankan posisi kepala dan leher netral - Dokumentasikan hasil pemantauan TTD 
	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Hipersekresi Jalan Napas	• Memonitor pola napas • Memonitor bunyi napas tambahan • Melakukan suction di ETT dan di OPA • Mempertahankan kepatenan jalan napas • Memposisikan semi fowler atau fowler • Melakukan suction di ETT dan di OPA • Kolaborasi pemberian obat oral lasal, ambroxol, curcuma, obat nebu budesonide	S : O : • Pasien sudah di suction setiap 2 jam sekali • Terdapat bunyi ronkhi pada suara napas pasien di dada kanan, dada kiri vesikuler • Terdapat sputum berwarna putih kekuningan dengan aroma tidak sedap • Pasien posisi semi-fowler A : • Masalah Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif Teratasi Sebagian P : Lanjutkan Intervensi • Monitor pola napas • Monitor bunyi napas tambahan • Monitor sputum • Pertahankan kepatenan jalan napas • Posisikan semi fowler atau fowler • Kolaborasi pemberian obat TTD 
	Risiko Gangguan Integritas Kulit	• Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit • Memandikan pasien dan membersihkan punggung pasien dengan air hangat	S : O : - Kulit pasien nampak lembab - Tidak terdapat luka decubitus pada punggung pasien - Skor <i>braden scales</i> : 11 (Risiko Tinggi) A : Masalah risiko gangguan

		dan sabun • Membersihkan perineal dengan air hangat • Memberikan intervensi <i>massage effleurage</i> dengan <i>Virgin Coconut Oil</i> pada punggung pasien • Menggunakan produk hipoalergik pada kulit sensitive • Menghindari produk berbadahan dasar alcohol pada kulit	integritas kulit teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi - Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit - Mandikan pasien dan membersihkan punggung pasien dengan air hangat dan sabun - Bersihkan perineal dengan air hangat - Berikan intervensi <i>massage effleurage</i> dengan <i>Virgin Coconut Oil</i> pada punggung pasien - Gunakan bahan minyak pada kulit kering - Gunakan produk hipoalergik pada kulit sensitive - Hindari produk berbadahan dasar alcohol pada kulit TTD  FARHAN
--	--	--	---

Lampiran 4 Asuhan Keperawatan Tn. D

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES YOGYAKARTA
PROGRAM STUDI PROFESI NERS

Hari/Tanggal : Kamis, 8 Mei 2025
 Jam : 09.00 WIB
 Tempat : Ruang ICU RSST Klaten
 Oleh : Muhammad Farhan
 Sumber data : Pasien, Keluarga, Rekam Medis
 Metode : Wawancara, Studi Dokumen, Observasi, Pemeriksaan Fisik

PENGKAJIAN DATA UMUM

C. Identitas

- 1) Nama Pasien : Tn. D
- 2) Tempat Tgl Lahir : 01-01-1943
- 3) Umur : 82 tahun
- 4) Jenis Kelamin : Laki- Lain
- 5) Agama : Islam
- 6) Pendidikan : SMP
- 7) Pekerjaan : Tidak Bekerja
- 8) Suku / Bangsa : Jawa/Indonesia
- 9) Alamat : Karanongko, Klaten
- 10) Status perkawinan: Menikah
- 11) Diagnosa Medis : CHF, Pneumonia, AKI, Gagal Napas, Riw. Stroke Hemoragik
- 12) No. RM : 394***
- 13) Tanggal Masuk : 04 Mei 2025
- 14) Jam Masuk RS : 08.30 WIB

D. Penanggung Jawab/Keluarga

- 1) Nama : Ny. W
- 2) Pendidikan : SMA
- 3) Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
- 4) Hubungan dengan pasien : Anak
- 5) Alamat : Karanongko, Klaten
- 6) Status perkawinan : Menikah

PENGKAJIAN DATA DASAR

G. Primary Assesment

1. *Airway*

Jalan napas paten, terpasang ETT dengan mode PSIMV, PEEP 6, FiO₂ 80%, PS : 12. Tidak ada obstruksi atau kesulitan pernapasan yang terdeteksi. Posisi ETT sudah tepat, tanpa indikasi malposisi atau sumbatan.

2. *Breathing*

Frekuensi pernapasan (RR) 18 x/menit, SpO₂ 90% dengan bantuan ETT dengan mode PSIMV, FiO₂ 80%, PEEP 6, PS: 12. Terdengar suara ronkhi pada dada kanan dan kiri

3. *Circulation*

Akral dingin, nadi cepat lemah, Nadi 163x/menit, tekanan darah 112/74 mmHg, Pulse terasa lemah, Spo₂ 99%, suhu : 36 C

4. *Disability*

KU lemah, E1, M1, VT (Glasgow Coma Scale 2,2, verbal response incomprehensible), pasien sopor, terpasang infus di tangan kanan, terpasang NGT, terpasang drain, terpasang DC.

5. *Eksposure*

Pemeriksaan fisik menunjukkan kulit dalam kondisi baik, terdapat luka Post operasi kraniotomi di kepala, Suhu tubuh 36.°C.

H. Fokus Assesment

1. Keadaan umum : Lemah

2. Tingkat kesadaran : Sopor

3. Tanda- tanda vital :

Nadi : 163 x/menit, Respirasi : 18 x/menit, BB : 60 kg

Suhu : 36 °C, Spo₂ : 96 %, TB : 160 cm

IMT : 23.4375 kg/m²

4. Keluhan utama : Pasien datang sesak napas sejak 2 hari sebelum masuk RS, memberat semenjak puku 17.45, keluarga mengatakan pasien kadang batuk dan sempat demam

I. Sekunder Assesment

1. Riwayat Penyakit Dahulu

Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat sakit stroke dan hipertensi

2. Riwayat penyakit sekarang (*Ample*)

A : Pasien tidak memiliki alergi

M : Keluarga mengatakan pasien tidak meminumobat hipertensi

P : Pasien sebelumnya dirawat di RSUP dr Soeradji Tirtonegoro

L : Sebelum kejadian pasien makan nasi sayur ayam

E : Tanggal 4 Mei 2025 sesak napas pasien memberat dan segera dibawa ke IGD

3. Riwayat Kesehatan keluarga

Keluarga mengatakan tidak terdapat keluarga yang memiliki riwayat penyakit keturunan.

J. Pemeriksaan Fisik

1. Kepala Dan Maksilofasial:

Rambut pasien berwarna putih, lurus, bentuk kepala simetris, kulit bersih, hidung baik, mata simetris, konjungtiva tidak anemis, serumen bersih

2. Vertebra Servikalis Dan Leher:

Tidak nampak adanya luka terbuka pada bagian vertebra servikalis, tidak teraba adanya dislokasi, tidak ada hambatan pergerakan leher

3. Thoraks

a. Inspeksi :

Terdapat retraksi dinding dada, dada tampak simetris, tidak tampak adanya luka robek, tidak nampak adanya jejas

b. Auskultasi :

Auskultasi paru : Ronkhi di dada kanan dan kiri

Auskultasi jantung : Lubdub.

c. Perkusi :

Perkusi Paru : Sonor. Perkusi Jantung : Pekak.

d. Palpasi :

Tidak terdapat nyeri tekan , tidak terdapat benjolan, tidak terdapat krepitasi

4. Abdomen

a. Inspeksi :

Abdomen tampak simetris

b. Auskultasi :

Bising usus terdengar 18x/menit

c. Perkusi : Sonor

d. Palpasi :

Terdapat asites, tidak terdapat nyeri tekan dan lepas tekan, tidak terdapat benjolan

5. Perineum / Rektum / Penis

Keluarga mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit kelamin.

6. Muskuloskeletal

1	0
1	0

Terdapat edema pada kaki, tidak terdapat luka, tidak tampak adanya fraktur, dislokasi, pada ekstremitas atas maupun bawah.

K. Terapi Obat

Hari/ Tanggal	Obat	Dosis dan Satuan	Rute
Kamis, 8 mei 2025	Cefotaxime	1 gr /8 jam	IV
	Combivent	1 A /12 jam	IV
	Furosemide	1 A/8 jam	IV
	Omeprazole	4 g/12 jam	IV
	Candesartan	8 mg /24 jam	PO
	Ketoconazole	1 tab / 24 ka,	PO
	Miconazole Krim	1 /12 jam	Topikal
Jumat, 9 mei 2025	Cefotaxime	1 gr /8 jam	IV
	Combivent	1 A /12 jam	IV
	Furosemide	1 A/8 jam	IV
	Omeprazole	4 g/12 jam	IV
	Candesartan	8 mg /24 jam	PO
	Ketoconazole	1 tab / 24 ka,	PO
	Miconazole Krim	1 /12 jam	Topikal
Sabtu, 10 mei 2025	Cefotaxime	1 gr /8 jam	IV
	Combivent	1 A /12 jam	IV
	Furosemide	1 A/8 jam	IV
	Omeprazole	4 g/12 jam	IV
	Candesartan	8 mg /24 jam	PO
	Ketoconazole	1 tab / 24 ka,	PO
	Miconazole Krim	1 /12 jam	Topikal

L. Data Penunjang

1. Laboratorium

Tanggal Pemeriksaan : 8 mei 2025

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
ANALISA GAS DARAH			
pH	7.179 (L)		7.350-7.450
pCO ₂	37.1	mmHg	35-45
PO ₂	41.5 (H)	mmHg	80-100
Lactate	11.1 (H)	mmol/L	0.9-1.7
HCO ₃	14 (L)	mmol/L	21-28
TCO ₂	15.1 (L)	mmol/L	19-26
BeB	-12.9 (L)	mmol/L	(-30) – (+30)
DARAH LENGKAP			
Hemoglobin	13.6 (L)	g/dL	14-18
Eritrosit	4.27 (L)	juta/ μ L	4.7-6.2
leukosit	17.6 (H)	$\times 10^3/\mu$ L	4.8-10.8
Trombosit	85 (L)	$\times 10^3/\mu$ L	150-450
MCV	104.9 (H)	fL	80-99
MCH	31.9 (H)	pg	27-31
MCHC	30.4 (L)	g/dL	33-37
Eosinofil	0 (L)	%	1-3
Neutrofil	90.9 (H)	%	50-70
Limfosit	4.8 (L)	%	20-40

NLR	18.94 (H)		0.52-3.53
-----	-----------	--	-----------

2. Radiologi

Pemeriksaan	Kesimpulan
X Ray Thorax AP 4-5-2025	Kesimpulan : - Cardiomegali - Pneumonia - Pulmonary congestion - Tak tampak efusi pleura dextra sinistra
CT Scan 6-6-2024	Kesimpulan : - Oedema cerebri - Atrofi cerebri - Lesi infark di capsula internal dan capsula externa sinistra - Cortical infark lobus parietalis sinistra - Leukoaraiosis - Tak tampak midline shift

ANALISA DATA

Nama Pasien / No RM : Tn. D / 394***

Data	Penyebab	Masalah
DS : DO : - Pasien gagal napas - Tekanan darah - Nadi perifer teraba lemah - CRT : 5 detik - Oliguria = 50/ 3 jam - Warna kulit pasien nampak pucat	Perubahan Afterload	Penurunan Curah Jantung (SDKI D0008)
DS: DO: - Terpasang ETT - SpO2 on venti : 96% setting mode PSIMV, PEEP 6, FiO2 50%, PS : 12 - Hasil AGD (5/5/2025) pH : 7.179 (L) pCO2 : 37.1 (N) PO2 : 41.5 (L) HCO3 : 14 (L) TCO2 : 15.1 (L) BeB : -12.9 (L) - Asidosis metabolik	Gangguan metabolisme	Gangguan ventilasi spontan (SDKI D.0004)
DS : DO : - RR : 18 - Pasien terpasang ETT - Terdapat sputum di selang ETT dan di mulut pasien	Sekresi yang tertahan	Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif (SDKI D.0001)

- Pasien tidak mampu batuk - Terdapat suara ronkhi di dada kanan dan kiri pasien		
DS : - DO : - Pasien tirah baring semenjak tanggal 1 April 2025 (7 hari) - KU Lemah, E2M2VT, Kesadaran Sopor - Skor <i>Braden Scale</i> : 10 (Risiko tinggi)		Risiko Gangguan Integritas Kulit

PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan Afterload (**SDKI D. 0008**)
2. Gangguan ventilasi spontan berhubungan dengan gangguan metabolisme (**SDKI D.0004**)
3. Bersihan jalan napas berhubungan dengan Sekresi yang tertahan (**SDKI D.0001**)
4. Risiko gangguan integritas kulit dibuktikan dengan Penurunan Mobilitas fisik tirah baring lama selama 4 hari (**SDKI D.0139**)

PERENCANAAN KEPERAWATAN

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
1	Penurunan Curah Jantung	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka curah jantung meningkat dengan kriteria hasil : • Kekuatan nadi perifer meningkat • Takikardia menurun • Gambaran KEG aritmia menurun • Dispnea menurun • Oliguria menurun • Sianosis menurun • Tekanan darah membaik • Pengisian kapiler membaik (SLKI L.01007)	DUKUNGAN VENTILASI (SIKI I. 01002) Observasi: • Identifikasi gejala primer penurunan curah jantung • Identifikasi gejala sekunder penurunan curah jantung • Monitor tekanan darah • Monitor intake dan output cairan • Monitor saturasi oksigen • Monitor aritmia Terapeutik: • Posisikan pasien semi fowler • Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen Kolaborasi: • Kolaborasi pemberian obat
2	Gangguan Ventilasi Spontan berhubungan dengan Kelelahan Otot Pernapasan	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka Ventilasi Spontan meningkat dengan kriteria hasil : • Volume tidal menurun • Dispnea menurun • Penggunaan otot bantu napas menurun • Gelisah menurun • PCO2 membaik (SLKI L.01007)	DUKUNGAN VENTILASI (SIKI I. 01002) Observasi: • Identifikasi adanya kelelahan otot bantu napas • Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan • Monitor status respirasi dan oksigenasi Terapeutik: • Pertahankan kepatenan jalan napas • Berikan posisi semi Fowler atau Fowler • Fasilitasi mengubah posisi nyaman mungkin • Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan Kolaborasi: • Kolaborasi pemberian bronkodilator
3	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Hipersekresi Jalan Napas	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka Bersihan Jalan Napas meningkat dengan kriteria hasil : • Produksi sputum menurun • Ronkhi menurun • Gelisah menurun • Pola napas membaik	MANAJEMEN JALAN NAPAS (SIKI I.01011) Observasi • Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) • Monitor bunyi napas tambahan (ronchi) • Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik • Pertahankan kepatenan jalan

		(SLKI L. 01001)	napas • Posisikan semi fowler atau fowler • Berikan minum hangat • Lakukan fisioterapi dada, jika perlu Berikan oksigen, jika perlu Kolaborasi Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu
4	Risiko Gangguan Integritas Kulit	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka Integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil : Kerusakan lapisan kulit menurun	PERAWATAN INTGRITAS KULIT (SIKI L.11353) Observasi • Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit Terapeutik • Mandikan pasien dan membersihkan punggung pasien dengan air hangat dan sabun • Bersihkan perineal dengan air hangat • Berikan intervensi <i>massage effleurage</i> dengan <i>Virgin Coconut Oil</i> pada punggung pasien • Gunakan produk hipoalergik pada kulit sensitive • Hindari produk berbadahan dasar alkohol pada kulit

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Pelaksanaan	Evaluasi
Kamis, 8 mei 2025	Penurunan Curah Jantung	• Mengidentifikasi gejala primer penurunan curah jantung • Mengidentifikasi gejala sekunder penurunan curah jantung • Memonitor tekanan darah • Memonitor intake dan output cairan • Memonitor saturasi oksigen • Memposisikan pasien semi fowler	14.00 WIB S : • O : • Gejala Primer • Pasien gagal napas • Terdapat edema pada kaki pasien • Gejala Sekunder • Oliguria = 100 cc/ 5 jam, terdengar suara ronkhi di dada kanan dan kiri pasien, kulit pucat • TTV TD : 96/64

		• Memberikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen • Kolaborasi pemberian candesartan 1 gr/ 8 jam,	N : 167 SpO2 : 96 • Pasien dalam posisi semi fowler • Pasien diberikan oksigen melalui ventilator mode PSIMV, PEEP 6, FiO2 80%, PS : 12 A : • Masalah Penurunan Curah Jantung Teratasi Sebagian P : Lanjutkan Intervensi - Monitor tekanan darah - Monitor intake dan output cairan - Monitor saturasi oksigen - Posisikan pasien semi fowler - Mempertahankan jalan napas untuk saturasi oksigen - Kolaborasi pemberian obat TTD  FARHAN
	Gangguan Ventilasi Spontan	• Mengidentifikasi adanya kelelahan otot bantu napas • Mengidentifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan • Memonitor status respirasi dan oksigenasi • Mempertahankan kepatenan jalan napas • Memberikan posisi semi Fowler atau Fowler • Memberikan oksigenasi sesuai kebutuhan	S : - O : • KU Lemah, Apatis • GCS : E2M2VT • Jalan napas paten • Pasien diberikan posisi semi-fowler • Pasien terpasang ETT ventilator mode PSIMV, PEEP 6, FiO2 80%, PS : 12 A : • Masalah Gangguan Ventilasi Spontan Teratasi Sebagian P : Lanjutkan Intervensi - Identifikasi adanya kelelahan otot bantu napas - Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan - Monitor status respirasi dan oksigenasi - Pertahankan kepatenan jalan napas - Memberikan posisi semi Fowler atau Fowler - Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan

			- Kolaborasi pemberian obat TTD  FARHAN
	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Hipersekresi Jalan Napas	• Memonitor pola napas • Memonitor bunyi napas tambahan • Melakukan suction di ETT dan di OPA • Mempertahankan kepatenan jalan napas • Memposisikan semi fowler atau fowler • Melakukan suction di ETT dan di OPA • Kolaborasi pemberian obat nebu combivent 1 A/12 jam, obat IV Furosemide 1A/ 8 jam	S : - O : • Pasien sudah di suction setiap 2 jam sekali • Terdapat bunyi ronkhi pada suara napas pasien di dada kanan kiri ronkhi • Terdapat sputum berwarna putih kekuningan dengan aroma tidak sedap • Pasien posisi semi-fowler A : • Masalah Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif Teratasi Sebagian P : • Lanjutkan Intervensi • Monitor pola napas • Monitor bunyi napas tambahan • Monitor sputum • Pertahankan kepatenan jalan napas • Posisikan semi fowler atau fowler • Kolaborasi pemberian obat TTD  FARHAN
	Risiko Gangguan Integritas Kulit	• Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit • Memandikan pasien dan membersihkan punggung pasien dengan air hangat dan sabun • Membersihkan perineal dengan air hangat • Memberikan intervensi <i>massage effleurage</i> dengan <i>Virgin Coconut Oil</i>	S : • O : - Kulit pasien nampak lembab - Tidak terdapat luka decubitus pada punggung pasien - Skor braden scales : 10 (Risiko tinggi) A : • Masalah risiko gangguan integritas kulit teratasi sebagian P : • Lanjutkan Intervensi - Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit

		pada punggung pasien • Menggunakan produk hipoalergik pada kulit sensitive • Menghindari produk berbadahan dasar alkohol pada kulit	- Mandikan pasien dan membersihkan punggung pasien dengan air hangat dan sabun - Bersihkan perineal dengan air hangat - Berikan intervensi <i>massage effleurage</i> dengan <i>Virgin Coconut Oil</i> pada punggung pasien - Gunakan bahan minyak pada kulit kering - Gunakan produk hipoalergik pada kulit sensitive - Hindari produk berbadahan dasar alkohol pada kulit TTD  FARHAN
Jumat, 9 mei 2025	Penurunan Curah Jantung	• Memonitor tekanan darah • Memonitor intake dan output cairan • Memonitor saturasi oksigen • Memposisikan pasien semi fowler • Memberikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen • Kolaborasi pemberian obat	14.00 WIB S : O : • TTV - TD : 105/58 - N : 99 - SpO2 : 99% • Pasien dalam posisi semi fowler • Pasien diberikan oksigen melalui ventilator mode PVRC, PEEP 8, FiO2 50% A : • Masalah Penurunan Curah Jantung Teratasi Sebagian P : Lanjutkan Intervensi - Monitor tekanan darah - Monitor intake dan output cairan - Monitor saturasi oksigen - Posisikan pasien semi fowler - Mempertahankan jalan napas untuk saturasi oksigen - Kolaborasi pemberian obat TTD  FARHAN
	Gangguan Ventilasi Spontan	• Mengidentifikasi adanya kelelahan otot bantu napas	S : O :

		• Mengidentifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan • Memonitor status respirasi dan oksigenasi • Mempertahankan kepatenan jalan napas • Memberikan posisi semi Fowler atau Fowler • Memberikan oksigenasi sesuai kebutuhan	• KU Lemah, Apatis • GCS : E1M1VT • Jalan napas paten • Pasien diberikan posisi semi-fowler • Pasien terpasang ETT ventilator mode PVRC, PEEP 8, FiO2 50% A : • Masalah Gangguan Ventilasi Spontan Teratasi Sebagian P : Lanjutkan Intervensi - Identifikasi adanya kelelahan otot bantu napas - Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan - Monitor status respirasi dan oksigenasi - Pertahankan kepatenan jalan napas - Memberikan posisi semi Fowler atau Fowler - Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan - Kolaborasi pemberian obat TTD  FARHAN
	Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Hipersekresi Jalan Napas	• Memonitor pola napas • Memonitor bunyi napas tambahan • Melakukan suction di ETT dan di OPA • Mempertahankan kepatenan jalan napas • Memposisikan semi fowler atau fowler • Melakukan suction di ETT dan di OPA • Kolaborasi pemberian obat nebu combivent 1 A/12 jam, obat IV Furosemide 1A/ 8 jam	S : - O : • Pasien sudah di suction setiap 2 jam sekali • Terdapat bunyi ronkhi pada suara napas pasien di dada • Terdapat sputum berwarna putih kekuningan dengan aroma tidak sedap • Pasien posisi semi-fowler A : • Masalah Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif Teratasi Sebagian P : Lanjutkan Intervensi • Monitor pola napas • Monitor bunyi napas tambahan • Monitor sputum • Pertahankan kepatenan jalan

			- napas - Posisikan semi fowler atau fowler - Kolaborasi pemberian obat TTD  FARHAN
Sabtu, 10 mei 2025	Penurunan Curah Jantung	- Memonitor tekanan darah - Memonitor intake dan output cairan - Memonitor saturasi oksigen - Memposisikan pasien semi fowler - Memberikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen - Kolaborasi pemberian obat	22.00 WIB S : O : - TTV - TD : 114/62 - N : 99 - SpO2 : 99% - Pasien dalam posisi semi fowler - Pasien diberikan oksigen melalui ventilator mode PS, PEEP 6, FiO2 60%M PS : 12 A : - Masalah Penurunan Curah Jantung Teratasi Sebagian P : Lanjutkan Intervensi - Monitor tekanan darah - Monitor intake dan output cairan - Monitor saturasi oksigen - Posisikan pasien semi fowler - Mempertahankan jalan napas untuk saturasi oksigen - Kolaborasi pemberian obat TTD  FARHAN
	Gangguan Ventilasi Spontan	- Mengidentifikasi adanya kelelahan otot bantu napas - Mengidentifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan - Memonitor status respirasi dan oksigenasi - Mempertahankan kepatenan jalan napas - Memberikan posisi	S : - O : - KU Lemah, Apatis - GCS : E1M1VT - Jalan napas paten - Pasien diberikan posisi semi-fowler - Pasien terpasang ETT ventilator mode PS, PEEP 6, FiO2 60%M PS : 12 A : - Masalah Gangguan Ventilasi Spontan Teratasi Sebagian

		semi Fowler atau Fowler • Memberikan oksigenasi sesuai kebutuhan	P : Lanjutkan Intervensi - Identifikasi adanya kelelahan otot bantu napas - Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan - Monitor status respirasi dan oksigenasi - Pertahankan kepatenan jalan napas - Memberikan posisi semi Fowler atau Fowler - Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan - Kolaborasi pemberian obat TTD  FARHAN
	Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Hipersekresi Jalan Napas	• Memonitor pola napas • Memonitor bunyi napas tambahan • Melakukan suction di ETT dan di OPA • Mempertahankan kepatenan jalan napas • Memposisikan semi fowler atau fowler • Melakukan suction di ETT dan di OPA • Kolaborasi pemberian obat nebu combivent 1 A/12 jam, obat IV Furosemide 1A/ 8 jam	S : - O : • Pasien sudah di suction setiap 2 jam sekali • Terdapat bunyi ronkhi pada suara napas pasien di dada kanan kiri ronkhi • Terdapat sputum berwarna putih kekuningan dengan aroma tidak sedap • Pasien posisi semi-fowler A : • Masalah Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif Teratasi Sebagian P : Lanjutkan Intervensi • Monitor pola napas • Monitor bunyi napas tambahan • Monitor sputum • Pertahankan kepatenan jalan napas • Posisikan semi fowler atau fowler • Kolaborasi pemberian obat TTD  FARHAN
	Risiko	• Mengidentifikasi	S :

	Gangguan Integritas Kulit	penyebab gangguan integritas kulit • Memandikan pasien dan membersihkan punggung pasien dengan air hangat dan sabun • Membersihkan perineal dengan air hangat • Memberikan intervensi <i>massage effleurage</i> dengan <i>Virgin Coconut Oil</i> pada punggung pasien • Menggunakan produk hipoalergik pada kulit sensitive • Menghindari produk berbadahan dasar alkohol pada kulit	• O : - Kulit pasien nampak lembab - Tidak terdapat luka decubitus pada punggung pasien - Skor braden scales : 13 (Risiko sedag) A : Masalah risiko gangguan integritas kulit teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi - Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit - Mandikan pasien dan membersihkan punggung pasien dengan air hangat dan sabun - Bersihkan perineal dengan air hangat - Berikan intervensi <i>massage effleurage</i> dengan <i>Virgin Coconut Oil</i> pada punggung pasien - Gunakan bahan minyak pada kulit kering - Gunakan produk hipoalergik pada kulit sensitive - Hindari produk berbadahan dasar alkohol pada kulit TTD  Handwritten signature FARHAN
--	---------------------------	---	---

Lampiran 5 *Literatur Review Journal*



Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal

Volume 13 Nomor 2, April 2023

e-ISSN 2549-8134; p-ISSN 2089-0834

<http://journal.stikeskendal.ac.id/index.php/PSKM>

PENGARUH MASSAGE EFFLEURAGE DENGAN VIRGIN COCONUT OIL (VCO) TERHADAP PENCEGAHAN RISIKO DEKUBITUS PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK

Albasita Agustina Az Zahra, Supriyadi*, Sri Utami Dwiningsih

Jurusan Keperawatan Semarang, Poltekkes Kemenkes Semarang, Jl. Tirta Agung, Pedalangan, Kec.

Banyumanik, Kota Semarang, Jawa Tengah 50268, Indonesia

*priex76@yahoo.com

ABSTRAK

Tirah baring dalam waktu yang lama beresiko memperbesar resiko decubitus pada penderita stroke sehingga harus dilakukan pencegahan agar tidak menyebabkan kenaikan grade pada luka dan menimbulkan komplikasi. Upaya untuk mencegah dan menjaga integritas kulit yang mengalami immobilisasi lama dengan cara melakukan massage effleurage secara perlahan yang diselingi dengan Virgin Coconut Oil (VCO). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui adakah pengaruh massage dengan Virgin Coconut Oil (VCO) terhadap pencegahan decubitus pada pasien stroke non hemoragik. Desain penelitian menggunakan quasi-experinmental dengan desain penelitian pretest dan post test with cintrol group. Dengan metode total sampling dan masing-masing kelompok intervensi dan kontrol berjumlah 15 responden. Variabel independent penelitian ini adalah Massage Effleurage dan Virgin Coconut Oil (VCO) Variabel dependen penelitian ini adalah Dekubitus dan Stroke Non Hemoragik. Pengukuran risiko dekubitus dengan skala braden Data diperoleh dengan cara wawancara, pemberian Massage effleurage dengan Virgin Coconut Oil (VCO) diberikan setiap 1-2 kali sehari selama 7 hari. hasil penelitian menunjukan bahwa terdapat pengaruh massage effleurage dengan Virgin Coconut Oil (VCO) terhadap pencegahan risiko dekubitus pada pasien stroke non hemoragik dengan hasil uji dependent t test pada kelompok intervensi menunjukan p volue 0,000 (p<0,05). Serta hasil uji independent t test pada post test kelompok intervensi dan kontrol menunjukan p volue 0,000 (p< 0,05) kesimpulan pada penelitian ini adalah ada pengaruh massage effleurage dengan Virgin Coconut Oil (VCO) terhadap pencegahan risiko dekubitus pada pasien stroke non hemoragik.

Kata kunci: massage effleurage; stroke non hemoragik; virgin coconut oil (vco)

THE EFFECT OF MASSAGE EFFLEURAGE WITH VIRGIN COCONUT OIL (VCO) ON PREVENTING THE RISK OF DECUBITUS IN NON HEMORRHAGIC STROKE PATIENS

ABSTRACT



Studi Kasus

Massage Effleurage Menggunakan Virgin Coconut Oil (VCO) untuk Menurunkan Risiko Dekubitus pada Penderita Stroke

Yudha Muaska Putra¹, Anna Kurnia¹, Yunie Armiyati¹

¹ Program Studi D3 Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Semarang



Informasi Artikel

Riwayat Artikel:

- Submit: 18 Desember 2023
- Diterima: 30 Januari 2024
- Terbit: 31 Januari 2024

Kata kunci:

Massage effleurage; virgin coconut oil; decubitus; stroke

Abstrak

Stroke adalah disfungsi neuro assesories dan fungsi motorik menurun sehingga terjadi hemiplegia otot membuat pasien stroke tirah baring dan menyebabkan terjadinya dekubitus. Dekubitus dapat dicegah dengan intervensi keperawatan mandiri yaitu menggunakan massage effleurage dan menggunakan minyak virgin coconut oil. Tujuan penelitian ini melakukan asuhan keperawatan pada pasien stroke dengan massage effleurage menggunakan virgin coconut oil untuk pencegahan dekubitus. Desain studi kasus menggunakan pendekatan proses keperawatan. Subyek pada studi kasus ini 2 pasien stroke di wilayah kerja Puskesmas Rowosari. Metode yang digunakan yaitu dengan terapi massage effleurage menggunakan virgin coconut oil selama 4-5 menit pada pagi hari dan sore hari selama 5 hari. Hasil dari penerapan di dapatkan data skor resiko braden pada kedua subyek studi berada dalam resiko tinggi dan setelah diberikan massage effleurage selama 5 hari skor skala braden mengalami peningkatan



THE EFFECT OF GIVING VIRGIN COCONUT OIL MASSAGE ON PATIENTS WITH PRESSURE WOUNDS IN THE INTENSIVE CARE UNIT

Ristia Siska Anindi, Sri Rahayu*

School of Nursing, Universitas Muhammadiyah Surakarta, Jl. A. Yani, Mendungan, Pabelan, Kartasura, Sukoharjo, Central Java 57162, Indonesia

*sr642@ums.ac.id

ABSTRACT

Patients on bed rest in the ICU who experience pressure sores cause problems with skin and tissue integrity. As a result, the skin becomes dry, the wound becomes red and causes infection. This data raises nursing problems, namely disruption of skin and tissue integrity. The intervention of providing massage using Virgin Coconut Oil is a non-pharmacological therapy that is applied with the aim of preventing and reducing the incidence of pressure sores in patients who have been on bed rest for a long time. The aim of this research is to search for and analyze articles on the implementation of massage with Virgin Coconut Oil on bed rest patients with pressure ulcers in the ICU. This research method uses a literature review method through a data search base via search engines such as the Biomedic Database (PubMed) Google Scholar and Science Direct with the keywords namely ICU patients OR ICU Patients AND Virgin Coconut Oil OR VCO OR coconut oil AND pressure ulcer OR pressure sore were reviewed according to the PRISMA flow diagram. A total of 37 articles were found from searches using predetermined keywords then adjusted to the journal inclusion criteria. We found 6 journals that met the inclusion criteria and continued with review. The review process is carried out by analyzing the interventions carried out, the research methods used and the research results. The results of the review showed that pressure sores measured on the Braden scale by using Virgin Coconut Oil massage decreased compared to before. So, the results of this review can be a basis for health workers, especially nurses, to apply massage with Virgin Coconut Oil to bed rest patients to prevent pressure sores.

Keywords: icu patients; pressure ulcer; virgin coconut oil

How to cite (in APA style)

Anindi, R. S., & Rahayu, S. (2024). The Effect of Giving Virgin Coconut Oil Massage on Patients with Pressure Wounds in the Intensive Care Unit. *Indonesian Journal of Global Health Research*, 6(S5), 25-34. <https://doi.org/10.37287/ijghr.v6iS5.4357>.

INTRODUCTION

The incidence of pressure ulcers in patients on bed rest in the ICU is a problem that often occurs in hospitals. Pressure ulcers are areas of tissue injury to the skin or soft tissue that covers and protrudes the bone. Pressure sores occur due to the process of pressing for a long time and experiencing friction on the skin (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2019). The cause of pressure sores, according to Gail et al. (2019), is that there is pressure on the soft tissue over the protruding bone and there is pressure from the outside for quite a long time. Pressure sores occur on bones that come into contact with surfaces such as clothing or medical equipment (Nanda, 2022). Pressure sores can occur on the sacrum, heels, elbows, lateral malleolus, greater trochanter, and ischial tuberosities. Pokorna et al. (2019) Pressure



Kombinasi Pemberian *Massage Efflurage* dan *Olive Oil* pada Pasien Tirah Baring di Ruang *Intensive Care Unit (ICU)* RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Salsabilla Yasmin Az-Zahra

Program Studi Profesi Ners, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan,
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Korespondensi penulis: salsayasminazzahra@gmail.com

Fitri Arofiati

Program Studi Profesi Ners, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan,
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Jl. Brawijaya, Kasihan, Bantul, Yogyakarta (55183) Indonesia

Abstract. Patients admitted to the Intensive Care Unit (ICU) often develop complications such as pressure sores due to prolonged bed rest. Pressure sores are a major cause of morbidity and mortality in patients. One of the main contributing factors is the lack of supervision and skin care by healthcare workers, leading to damage to skin integrity in the pressure area. This study aimed to determine the effectiveness of a combination of effleurage massage and olive oil in reducing the risk of pressure sores in bedridden patients in the ICU. The method used in this study is a case report. The intervention was carried out for 6 consecutive days, carried out twice in a day, in the morning after oral hygiene and in the afternoon before the morning shift ended. The result of this study show that massage effleurage and olive oil decreased from a score of 8 (high risk) to a score of 12 (moderate risk). Based on the results of research conducted on bedrest patients shows that the combination of efflurage massage and olive oil is effective in reducing the risk of decubitus ulcers in patients.

Keywords: Decubitus, Massage Efflurage, Olive Oil, Pressure Ulcer