

**ANALISA PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN
PADA PASIEN POST LAPARATOMI ATAS INDIKASI ILEUS
OBSTRUKTIF IMOBILISASI DENGAN INTERVENSI INOVASI
TERAPI MASSAGE PUNGGUNG VCO TERHADAP PENURUNAN
RESIKO ULKUS DECUBITUS DI RUANG ICU RSUD ABDUL WAHAB
SJAHRANIE SAMARINDA TAHUN 2018**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



**Diajukan Oleh
YANTI HOLIJAH, S.KEP
17.111.024.120.073**

**PROGRAM PROFESI NERS
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR
SAMARINDA
2018**

**Analisa Praktik Klinik Keperawatan
pada Pasien Post Laparatomi atas Indikasi Ileus Obstruktif Imobilisasi
dengan Intervensi Inovasi Terapi Massage Punggung VCO terhadap
Penurunan Resiko Ulkus Decubitus di Ruang ICU RSUD Abdul Wahab
Sjahanie Samarinda Tahun 2018**

Karya Ilmiah Akhir Ners

Diajukan sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Ners Keperawatan



**Diajukan Oleh
Yanti Holijah, S.Kep
17.111.024.120.073**

**PROGRAM PROFESI NERS
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR
SAMARINDA
2018**

LEMBAR PERSETUJUAN

Analisa praktik klinik keperawatan pada pasien post laparatomi atas indikasi ileus obstruktif imobilisasi dengan intervensi inovasi terapi massage punggung vco terhadap penurunan resiko ulkus decubitus diruang intensive care unit RSUD Abdul Wahab Sjahranie tahun 2018

Karya Ilmiah Akhir Ners

**Disusun oleh :
Yanti Holijah, S.Kep
17111024120073**

**Disetujui untuk diujikan
Pada tanggal, 24 Juli 2018**

Pembimbing



**Ns. Tri Wahyuni, M.Kep.Sp.Mat
NIDN. 1105077501**

**Mengetahui,
Koordinator Mata Kuliah Elektif**



**Ns. Siti Khoiroh Muflihatin, S.Kep, M.Kep
NIDN. 1115017703**

LEMBAR PENGESAHAN

**Analisis praktik klinik keperawatan pada pasien post laparatomi atas indikasi ileus
obstruktif imobilisasi dengan intervensi inovasi terapi massage punggung vco
terhadap penurunan resiko ulkus decubitus diruang intenive are unit RSUD Abdul
Wahab Sjahranie tahun 2018**

Karya Ilmiah Akhir Ners

Disusun oleh :

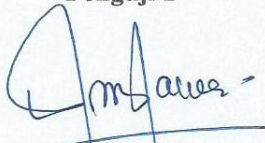
Yanti Holijah., S.Kep

17111024120073

Diseminarkan dan diujikan

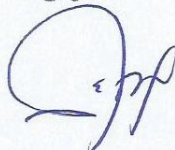
Pada tanggal 24 Juli 2018

Penguji I



Ns. Siti Riyani, S.Kep
NIP:196512011989032011

Penguji II



Ns. Pipit Feriani W., S.Kep, MARS
NIDN:1116028202

Penguji III



Ns. Tri Wahyuni, M.Kep.Sp. Mat
NIDN:1105077501

Mengetahui,

Ketua

Program Studi S1 Keperawatan



Ns. Dwi Rahma., M.Kep

NIDN. 1119097601

**Analisa Praktik Klinik Keperawatan
pada Pasien Post Laparatomi atas Indikasi Ileus Obstruktif Imobilisasi
dengan Intervensi Inovasi Terapi *Massage* Punggung VCO terhadap
Penurunan Resiko Ulkus Decubitus di Ruang ICU RSUD Abdul Wahab
Sjahanie Samarinda Tahun 2018**

Yanti Holijah¹ , Tri Wahyuni²

ABSTRAK

Imobilisasi merupakan resiko untuk terjadi masalah dermatologi yang sangat serius terutama bagi pasien yang harus dirawat lama dengan keterbatasan aktivitas. Resiko dekubitus bisa terjadi pada area yang terlokalisir dengan jaringan yang mengalami nekrosis dan biasanya terjadi pada permukaan tulang yang menonjol, sebagai akibat dari tekanan dalam jangka waktu yang lama menyebabkan peningkatan tekanan kapiler. Area kulit yang berisiko terjadinya dekubitus bila tidak diberikan perawatan dapat mengakibatkan terjadinya dekubitus. Pemanfaatan VCO (*virgin coconut oil*) dengan *Massage* punggung diharapkan dapat meminimalisir terjadinya dekubitus dan dapat menjadi terapi pengurangan resiko terjadinya dekubitus. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh *Massage* dalam penyembuhan luka dekubitus derajat II, pengaruh pemberian *Massage* punggung dengan VCO untuk pengurangan resiko terjadinya dekubitus. Peneliti menganalisis mengenai : tindakan *Massage* punggung, respon pasien post laparatomi dengan indikasi ileus obstruktif terhadap tindakan *Massage* punggung. Terapi *Massage* punggung dengan VCO memberikan perkembangan kualitas kelembaban kulit, dengan menggunakan skala Braden yang semula dengan skoring 12 sebelum diberikan perlakuan *Massage* punggung dengan VCO menjadi skor 17 setelah diberikan perlakuan. Hambatan yang ditemui dalam penelitian yaitu adanya nyeri yang timbul saat melakukan perubahan posisi badan klien. Terapi *Massage* punggung dengan VCO efektif dalam menurunkan resiko terjadinya dekubitus.

Kata Kunci : *Massage* punggung, *Virgin Coconut Oil* (VCO), Post Laparatomy

¹Mahasiswa Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

²Dosen Keperawatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

Analysis of Nursing Practices in Patients Post Laparotomy Et Causa Ileus Obstructif with Back *Massage* Innovation Intervetion with Virgin Coconut Oil (VCO) to Decrease Decubitus Risk at ICU RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda in 2018

Yanti Holijah¹ , Tri Wahyuni²

ABSTRACT

Immobilization is a risk for very serious problems. Decubitus risks can occur in areas that are localized to the tissues that are discussing and usually occur. Areas of the skin at risk of making sores when they are unusable. Utilization of VCO (virgin coconut oil) with Massage allows to minimize decubitus and can be a risk for decubitus. This research is intended to know the Massage in healing dekubitus second degree sores, the effect of Massage with VCO to issue risks dekubitus. Researchers analyzing: back Massage action, post-laparotomy patient response with obstructive ileus indication of back Massage action. Massage back Massage therapy with VCO provides good quality, using the original Braden scale with scores of 12 before being given back Massage with VCO Being a score of 17 after being given treatment. Obstacles encountered in the study of the pain that arise when administered by the client. Re-Massage therapy with VCO is effective in removing the risk of decubitus.

Keywords: *Back Massage, Virgin Coconut Oil (VCO), Post Laparotomy*

¹Bachelor of Nursing Science Program Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

²Lecturer of Nursing Science Program Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Imobilisasi merupakan resiko untuk terjadi masalah dermatologi yang sangat utama bagi pasien yang harus dirawat lama dengan keterbatasan resiko decubitus bisa terjadi pada area yang terlokalisir dengan yang mengalami nekrosis dan biasanya terjadi pada permukaan tulang yang menonjol, sebagai akibat dari tekanan dalam jangka waktu yang lama menyebabkan peningkatan tekanan kapiler.

Decubitus merupakan komplikasi yang sering terjadi pada pasien yang dirawat di *Intensive Care Unit* (ICU), hal ini sesuai dengan beberapa penelitian yang telah dilakukan untuk melihat angka kejadian dan mendefinisikan criteria decubitus pada pasien kritis di ICU. Kriteria yang digunakan untuk mendefinisikan decubitus pada pasien kritis di ICU adalah apabila tidak ada luka lecet sedikitnya dalam 3-4 hari perawatan di ICU (Azevedo & Machado, 2013).

Pembedahan secara laparatomi merupakan jenis luka operasi bersih terkontaminasi, yaitu jenis operasi yang membutuhkan proses penyembuhan yang lebih lama. Lama penyembuhan luka laparatomi dipengaruhi oleh beberapa factor seperti nutrisi, sirkulasi, oksigenasi, obesitas, iskemia, benda asing, penyakit kronis, kebiasaan merokok, dan obat-obatan (Rahayu, 2007). Menurut Portland Hospital, lama hari rawat pasca laparatomi berkisar antara 4-7 hari, juga menjelaskan bahwa lama rawat pasca laparatomi diharapkan 5

sampai 7 hari (Mugitarini, 2013).

Menurut Compher (2007), dalam jurnal Irawan (2014), luka dekubitus adalah suatu area yang terlokalisir dengan jaringan yang mengalami nekrosis dan biasanya terjadi pada permukaan tulang yang menonjol, sebagai akibat dari tekanan dalam jangka waktu yang lama menyebabkan peningkatan tekanan kapiler.

Dekubitus terjadi karena kurangnya monitoring dan perawatan kulit bagian yang tertekan, sehingga berdampak pada terjadinya gangguan integritas kulit pada bagian yang tertekan. Perawat mempunyai peran penting untuk mencegah terjadinya dekubitus. Tindakan yang biasa dilakukan adalah memiringkan posisi tubuh ke kanan dan ke kiri. Hal itu bertujuan untuk mengurangi masa tekan pada area kulit tetapi tidak menjaga vaskularitas kulit. Dalam penelitian diungkapkan, terapi pijat yaitu metode yang digunakan untuk melancarkan sirkulasi darah dan membantu menjaga vaskularitas kulit. Salah satu terapi pijat yaitu teknik *Massage* punggung yang mana merupakan teknik pijat *effleurages* sekali atau dua kali sehari efektif dalam mencegah perkembangan dekubitus (Hasanul, 2009).

Sebuah studi percontohan yang dilakukan oleh *Van Den Bunt* menunjukkan efek positif *Massage* 6 pada pencegahan luka tekan (Irawan, 2014). Dalam hal terapi pijatan atau *Massage* dibutuhkan lotion sebagai pelumas dan pelembab kulit. Pelembab adalah bahan yang dioleskan di kulit terdiri atas bahan yang bersifat oklusif, humektan, emolien, dan protein rejuvenator, dengan tujuan untuk menambah dan atau mempertahankan

kandungan air dalam lapisan korneum, sehingga kulit akan terasa halus dan lembut, karena efeknya inilah maka pelembab merupakan salah satu produk perawatan kulit yang paling banyak dipakai di masyarakat untuk mengatasi kulit kering (Loden M, 2005 dalam Hasanul, 2009).

Pelembab yang ideal adalah pelembab yang mampu melembutkan kulit dan melindunginya dari kerusakan. Umumnya kosmetika pelembab terdiri dari berbagai minyak nabati, hewan maupun sintesis yang dapat membentuk lemak permukaan kulit buatan untuk melenturkan lapisan kulit yang kering dan kasar, dan mengurangi penguapan air dan sel kulit namun tidak dapat mengganti seluruh fungsi kegunaan dari minyak kulit semula (Wasitaatmadja 1997 dalam Hapsari, 2007).

Virgin coconut oil (VCO) adalah produk olahan kelapa yang aman dikonsumsi oleh masyarakat dan memiliki nilai ekonomi yang tinggi. Mutu VCO ditentukan dari kandungan asam lemak rantai medium atau *medium chain fatty acid* (MCFA) dan asam laurat (C12:0). Kandungan MCFA dan kadar asam laurat dipengaruhi oleh varietas kelapa, tinggi tempat tumbuh, teknologi proses VCO. VCO mengandung asam laurat yang tinggi (sampai 51%), sebuah lemak jenuh dengan rantai karbon sedang (jumlah karbonnya 12) yang biasa disebut MCFA. Di dalam tubuh manusia asam laurat akan diubah menjadi monolaurin, sebuah senyawa monogliserida yang bersifat antivirus, antibakteri dan antiprotozoa. MCFA mudah diserap ke dalam sel kemudian ke dalam 7 mitokondria, sehingga metabolisme meningkat (sari, 2009).

Adanya peningkatan metabolisme maka sel-sel bekerja lebih efisien membentuk sel-sel baru serta mengganti sel-sel yang rusak lebih cepat (Inggita et al, 2006 dalam Sari 2009). VCO juga berfungsi sebagai antioksidan yang kuat, karena VCO memiliki kandungan vitamin E dan polifenol. Tinggi rendahnya kandungan vitamin E dan polifenol dalam VCO sangat ditentukan oleh kualitas bahan bakunya (kelapa) dan proses produksi yang digunakan. Secara umum, proses produksi yang menerapkan penggunaan panas dapat menurunkan kadar vitamin E dan polifenol sekitar 25%. Bahkan dapat hilang sama sekali dengan pemanasan yang berlebihan (Subroto 2006 dalam Sari 2009). VCO dapat menjadi minyak pijat yang berguna mencegah infeksi kulit dan mengobati kulit yang rusak serta menjadi lotion agar kulit lebih kenyal, lembab awet muda, serta mencegah noda kehitaman. Selain itu, VCO dapat mempercepat lepasnya lapisan kulit terluar sehingga kulit lebih halus, warna lebih merah, dan bersinar. Minyak kelapa murni merupakan pelembab kulit alami karena mampu mencegah kerusakan jaringan dan memberikan perlindungan terhadap kulit tersebut. Minyak kelapa murni pun mampu mencegah berkembangnya bercak-bercak dikulit akibat penuaan dan melindungi kulit dari cahaya matahari. Bahkan minyak kelapa murni dapat memperbaiki kulit yang rusak atau sakit. Oleh karena itu, penggunaan minyak kelapa murni akan mampu menampilkan kulit lebih muda (Assuncao, 2009).

Hasil penelitian yang dilakukan Handayani (2010) dan Dewandono (2014), menunjukkan bahwa VCO dengan *Massage* dapat dijadikan sebagai

salah satu intervensi mandiri keperawatan dalam intervensi pencegahan luka tekan atau dekubitus pada pasien yang berisiko mengalami dekubitus. Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Santoso (2014), didapatkan bahwa posisi alih baring dapat mencegah terjadinya luka dekubitus.

Berdasarkan rekam medis RSUD. Abdul Wahab Sjahranie jumlah pasien ileus obstruktif yang dirawat selama tahun 2017 periode januari – desember berjumlah 88 orang.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka dapat dirumuskan masalah yang berhubungan dengan pelaksanaan *Massage punggung*, maka penulis menarik rumusan masalah dalam Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA-N) ini sebagai berikut : “Bagaimanakah gambaran analisa pelaksanaan praktik klinik keperawatan pada pasien Post Laparatomi atas indikasi Ileus Obstruktif Imobilisasi dengan intervensi inovasi terapi *Massage* punggung menggunakan VCO terhadap penurunan resiko Ulkus Decubitus di ruang ICU RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.”

C. Tujuan Penelitian

Tujuan yang ingin dicapai dalam penulisan laporan ini meliputi :

1. Tujuan umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA-N) ini bertujuan untuk melakukan analisa terhadap kasus kelolaan pada pasien post laparatomi dengan terapi *Massage* punggung terhadap penurunan resiko dekubitus di

ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Tujuan khusus
 - a. Menganalisis kasus kelolaan dengan tindakan pasien post laparatomi di ruang ICU RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
 - b. Menganalisa intervensi pemberian *Massage* punggung terhadap pasien kelolaan dengan post laparatomi terhadap penurunan resiko decubitus di ruang ICU RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

D. Manfaat Penelitian

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA-N) ini diharapkan dapat bermanfaat dalam dua aspek, yaitu :

1. Manfaat Aplikatif

a. Bagi Klien

Memberikan respon tubuh yang baik yang membantu mempercepat pemulihan serta memberikan klien rasa nyaman bebas dari masalah selama perawatan dengan dilakukannya *Massage punggung* dengan menggunakan VCO.

b. Bagi Perawat

Memberikan masukan dan contoh (*role model*) dalam melakukan intervensi keperawatan serta menambah ilmu pengetahuan dan pengalaman perawat dalam pelaksanaan *Massage punggung* sebagai intervensi keperawatan mandiri.

c. Tenaga Kesehatan Lain

Menambah pengetahuan tentang pelaksanaan *Massage punggung* sebagai intervensi keperawatan mandiri.

2. Manfaat Keilmuan

a. Bagi Penulis

Memperkuat dukungan dalam menerapkan model konseptual keperawatan, memperkaya ilmu pengetahuan keperawatan, menambah wawasan, pengetahuan, dan pengalaman baru bagi perawat ners dalam memberikan asuhan keperawatan kritis pada klien.

b. Bagi Rumah Sakit

Memberikan masukan bagi bidang diklat keperawatan dalam mengembangkan kebijakan terkait dengan pengembangan kompetensi perawat unit intensif.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Memberikan informasi bagi institusi pendidikan dalam melaksanakan proses pembelajaran mengenai asuhan keperawatan pada pasien kritis yang disertai dengan pelaksanaan intervensi mandiri keperawatan berdasarkan hasil riset-riset terkini.

d. Bagi Penulis Selanjutnya

Sebagai bahan informasi dan referensi untuk mengembangkan penulisan lebih lanjut mengenai pelaksanaan *Massage punggung* sebagai intervensi mandiri perawat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Ileus Obstruktif

1. Pengertian Ileus Obstruktif

Ileus atau obstruksi usus adalah suatu gangguan (apapun penyebabnya) aliran normal isi usus sepanjang saluran isi usus. Obstruksi usus dapat akut dengan kronik, partial atau total. *Intestinal obstruction* terjadi ketika isi usus tidak dapat melewati saluran gastrointestinal (Nurarif& Kusuma, 2015).

Ileus adalah gangguan/hambatan pasase isi usus yang merupakan tanda adanya obstruksi usus akut yang segera membutuhkan pertolongan atau tindakan (Indrayani, 2013).

Obstruksi usus mekanis adalah suatu penyebab fisik menyumbat usus dan tidak dapat diatasi oleh peristaltik. Ileus obstruktif ini dapat akut seperti pada hernia strangulata atau kronis akibat karsinoma yang melingkari. Misalnya intusussepsi, tumor polipoid dan neoplasma stenosis, obstruksi batu empedu, striktura, perlengketan, hernia dan abses (Nurarif & Kusuma, 2015).

2. Etiologi

Penyebab terjadinya ileus obstruksi pada usus halus antara lain

a. Hernia inkarserata

Hernia inkarserata timbul karena usus yang masuk ke dalam kantung hernia terjepit oleh cincin hernia sehingga timbul gejala obstruksi

(penyempitan) dan strangulasi usus (sumbatan usus menyebabkan terhentinya aliran darah ke usus). (Indrayani, 2013).

b. Non hernia inkarserata, antara lain :

1) Adhesi atau perlekatan usus

Adhesi bisa disebabkan oleh riwayat operasi intra abdominal sebelumnya atau proses inflamasi intra abdominal. Dapat berupa perlengketan mungkin dalam bentuk tunggal maupun multiple, bisa setempat atau luas. (Indrayani, 2013).

2) Invaginasi (intususepsi)

Invaginasi umumnya berupa intususepsi ileosekal yang masuk naik kekolon ascendens dan mungkin terus sampai keluar dari rektum. Hal ini dapat mengakibatkan nekrosis iskemik pada bagian usus yang masuk dengan komplikasi perforasi dan peritonitis. (Indrayani, 2013).

c. Askariasis

Cacing askaris hidup di usus halus bagian yeyunum, biasanya jumlahnya puluhan hingga ratusan ekor. Obstruksi bisa terjadi di mana-mana di usus halus, tetapi biasanya di ileum terminal yang merupakan tempat lumen paling sempit. Segmen usus yang penuh dengan cacing berisiko tinggi untuk mengalami volvulus, strangulasi, dan perforasi (Indrayani, 2013).

d. Volvulus

Merupakan suatu keadaan di mana terjadi pemuntiran usus yang

abnormal dari segmen usus sepanjang aksis usus sendiri, maupun pemuntiran terhadap aksis sehingga pasase (gangguan perjalanan makanan) terganggu. Indrayani, 2013).

e. Tumor

Tumor usus halus agak jarang menyebabkan obstruksi Usus, kecuali jika ia menimbulkan invaginasi . Hal ini terutama disebabkan oleh kumpulan metastasis (penyebaran kanker) di peritoneum atau di mesenterium yang menekan usus (Indrayani, 2013).

f. Batu empedu yang masuk ke ileus.

Inflamasi yang berat dari kantong empedu menyebabkan fistul (koneksi abnormal antara pembuluh darah, usus, organ, atau struktur lainnya) dari saluran empedu ke duodenum atau usus halus yang menyebabkan batu empedu masuk ke raktus gastrointestinal. Batu empedu yang besar dapat terjepit di usus halus, umumnya pada bagian ileum terminal atau katup ileocaecal yang menyebabkan obstruksi. (Indrayani, 2013).

3. Manifestasi Klinis

a. Obstruksi sederhana

Obstruksi usus halus merupakan obstruksi saluran cerna tinggi, artinya disertai dengan pengeluaran banyak cairan dan elektrolit baik di dalam lumen usus bagian oral dari obstruksi, maupun oleh muntah. Gejala penyumbatan usus meliputi nyeri kram pada perut, disertai kembung. Nyeri bisa berat dan menetap. Nyeri abdomen sering dirasakan

sebagai perasaan tidak enak di perut bagian atas.

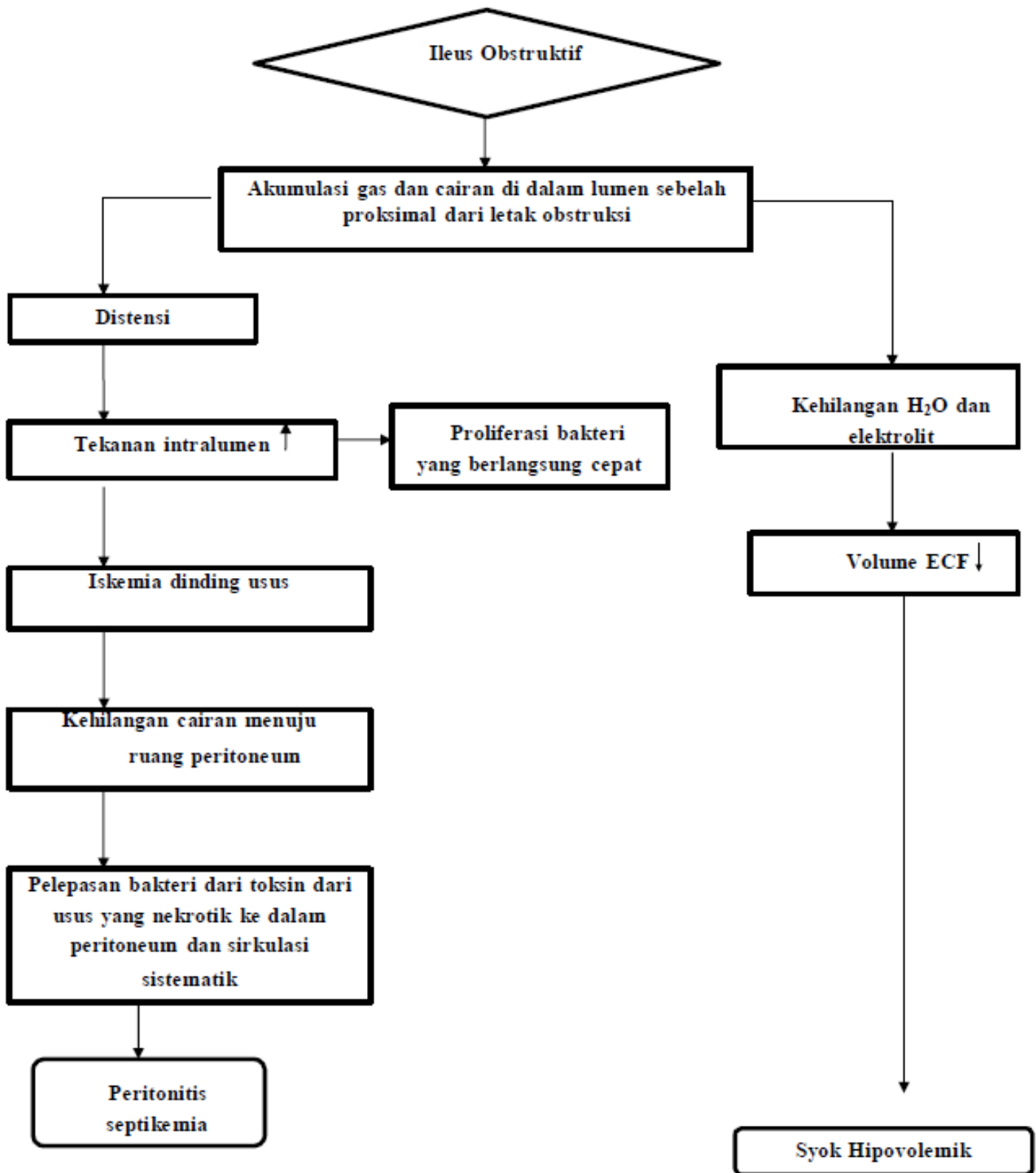
b. Obstruksi disertai proses strangulasi

Gejalanya seperti obstruksi sederhana tetapi lebih nyata dan disertai dengan nyeri hebat. Hal yang perlu diperhatikan adalah adanya skar bekas operasi atau hernia. Bila dijumpai tanda-tanda strangulasi berupa nyeri iskemik dimana nyeri yang sangat hebat, menetap dan tidak menyurut, maka dilakukan tindakan operasi segera untuk mencegah terjadinya nekrosis usus.

c. Obstruksi mekanis di kolon timbul perlahan-lahan dengan nyeri akibat sumbatan biasanya terasa di epigastrium. Nyeri yang hebat dan terus menerus menunjukkan adanya iskemia atau peritonitis. Konstipasi atau obstipasi adalah gambaran umum obstruksi komplis. Muntah lebih sering terjadi pada penyumbatan usus besar. Muntah timbul kemudian dan tidak terjadi bila katup ileosekal mampu mencegah refluks. Bila akibat refluks isi kolon terdorong ke dalam usus halus, akan tampak gangguan pada usus halus. Muntah fekal akan terjadi kemudian.

Pada pemeriksaan fisik akan menunjukkan distensi abdomen dan timpani, gerakan usus akan tampak pada pasien yang kurus, dan akan terdengar metallic sound pada auskultasi. Nyeri yang terlokasi, dan terabanya massa menunjukkan adanya strangulasi.

4. Patofisiologi



Gambar 2.1 Patofisiologi Ileus Obstruktif

5. Diagnosis

Pada anamnesis obstruksi tinggi sering dapat ditemukan penyebab misalnya berupa adhesi dalam perut karena pernah dioperasi atau terdapat hernia. Gejala umum berupa syok, oliguri dan gangguan elektrolit. Selanjutnya ditemukan meteorismus dan kelebihan cairan usus, hiperperistaltis berkala berupa kolik yang disertai mual dan muntah. Kolik tersebut terlihat pada inspeksi perut sebagai gerakan usus atau kejang usus dan pada auskultasi sewaktu serangan kolik, hiperperistaltis kedengaran jelas sebagai bunyi nada tinggi. Penderita tampak gelisah dan menggeliat sewaktu kolik dan setelah satu dua kali defekasi tidak ada lagi flatus atau defekasi. Pemeriksaan dengan meraba dinding perut bertujuan untuk mencari adanya nyeri tumpul dan pembengkakan atau massa yang abnormal. Gejala permulaan pada obstruksi kolon adalah perubahan kebiasaan buang air besar terutama berupa obstipasi dan kembung yang kadang disertai kolik pada perut bagian bawah. Pada inspeksi diperhatikan pembesaran perut yang tidak pada tempatnya misalnya pembesaran setempat karena peristaltis yang hebat sehingga terlihat gelombang usus ataupun kontur usus pada dinding perut. Biasanya distensi terjadi pada sekum dan kolon bagian proksimal karena bagian ini mudah membesar.

Dengan stetoskop, diperiksa suara normal dari usus yang berfungsi (bising usus). Pada penyakit ini, bising usus mungkin terdengar sangat keras dan bernada tinggi, atau tidak terdengar sama sekali.

Nilai laboratorium pada awalnya normal, kemudian akan terjadi hemokonsentrasi, leukositosis, dan gangguan elektrolit. Pada pemeriksaan radiologis, dengan posisi tegak,terlentang dan lateral dekubitus menunjukkan gambaran anak tangga dari usus kecil yang mengalami dilatasi dengan air fluid level. Pemberian kontras akan menunjukkan adanya obstruksi mekanis dan letaknya. Pada ileus obstruktif letak rendah jangan lupa untuk melakukan pemeriksaan rektosigmoidoskopi dan kolon (dengan colok dubur dan barium inloop) untuk mencari penyebabnya. Periksa pula kemungkinan terjadi hernia.

Pada saat sekarang ini radiologi memainkan peranan penting dalam mendiagnosis secara awal ileus obstruktifus secara dini.

6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan laboratorium tidak mempunyai ciri-ciri khusus. Pada urinalisa, berat jenis bisa meningkat dan ketonuria yang menunjukkan adanya dehidrasi dan asidosis metabolik. Leukosit normal atau sedikit meningkat, jika sudah tinggi kemungkinan sudah terjadi peritonitis. Kimia darah sering adanya gangguan elektrolit.

Foto polos abdomen sangat bernilai dalam menegakkan diagnosa ileus obstruksi. Sedapat mungkin dibuat pada posisi tegak dengan sinar mendatar. Posisi datar perlu untuk melihat distribusi gas, sedangkan sikap tegak untuk melihat batas udara dan air serta letak obstruksi. Secara normal lambung dan kolon terisi sejumlah kecil gas tetapi pada usus halus biasanya tidak tampak.

Gambaran radiologi dari ileus berupa distensi usus dengan multiple air fluid level, distensi usus bagian proksimal, absen dari udara kolon pada obstruksi usus halus. Obstruksi kolon biasanya terlihat sebagai distensi usus yang terbatas dengan gambaran haustra, kadang-kadang gambaran massa dapat terlihat. Pada gambaran radiologi, kolon yang mengalami distensi menunjukkan gambaran seperti 'pigura' dari dinding abdomen.

Kemampuan diagnostik kolonoskopi lebih baik dibandingkan pemeriksaan barium kontras ganda. Kolonoskopi lebih sensitif dan spesifik untuk mendiagnosis neoplasma dan bahkan bisa langsung dilakukan biopsi.

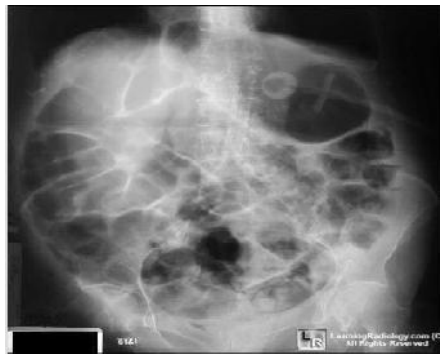
7. Gambaran Radiologik

Untuk menegakkan diagnosa secara radiologis pada ileus obstruktif dilakukan foto abdomen 3 posisi. Yang dapat ditemukan pada pemeriksaan foto abdomen ini antara lain :

- a. Ileus obstruksi letak tinggi.
- b. Ileus obstruksi letak rendah.
- c. Gambaran radiologis ileus obstruktif dibandingkan dengan ileus paralitik.



Gambar 2.2 Ileus Obstruktif . Tampak *coil spring* dan *herring bone appearance*



Gambar 2.3 Ileus Parolitik. Tampak dilatasi usus keseluruhan

8. Komplikasi

- a. Nekrosis usus, perforasi usus, dikarenakan obstruksi yang sudah terjadi selalu lama pada organ intra abdomen.
- b. Sepsis, infeksi akibat dari peritonitis, yang tidak tertangani dengan baik dan cepat.
- c. Syok-dehidrasi, terjadi akibat dehidrasi dan kehilangan volume plasma.
- d. Abses sindrom usus pendek dengan malabsorpsi dan malnutrisi, karena absorpsi toksin dalam rongga peritoneum sehingga terjadi peradangan atau infeksi yang hebat pada intra abdomen.
- e. Pneumonia aspirasi dari proses muntah.

- f. Gangguan elektrolit, karena terjadi gangguan absorpsi cairan dan elektrolit pada usus.
- g. Kematian . (Brunner and Suddarth, 2002).

9. Penatalaksanaan

Dasar pengobatan ileus obstruksi adalah koreksi keseimbangan elektrolit dan cairan, menghilangkan peregangan dan muntah dengan dekompresi, mengatasi peritonitis dan syok bila ada, dan menghilangkan obstruksi untuk memperbaiki kelangsungan dan fungsi usus kembali normal.

a. Resusitasi

Dalam resusitasi yang perlu diperhatikan adalah mengawasi tanda - tanda vital, dehidrasi dan syok. Pasien yang mengalami ileus obstruksi mengalami dehidrasi dan gangguan keseimbangan elektrolit sehingga perlu diberikan cairan intravena seperti ringer laktat. Respon terhadap terapi dapat dilihat dengan memonitor tanda - tanda vital dan jumlah urin yang keluar. Selain pemberian cairan intravena, diperlukan juga pemasangan nasogastric tube (NGT). NGT digunakan untuk mengosongkan lambung, mencegah aspirasi pulmonum bila muntah dan mengurangi distensi abdomen.

b. Farmakologis

Pemberian obat - obat antibiotik spektrum luas dapat diberikan sebagai profilaksis. Antiemetik dapat diberikan untuk mengurangi gejala mual muntah.

c. Operatif

Operasi dilakukan setelah rehidrasi dan dekompresi nasogastrik untuk mencegah sepsis sekunder. Operasi diawali dengan laparotomi kemudian disusul dengan teknik bedah yang disesuaikan dengan hasil eksplorasi selama laparotomi. Berikut ini beberapa kondisi atau pertimbangan untuk dilakukan operasi: Jika obstruksinya berhubungan dengan suatu simple obstruksi atau adhesi, maka tindakan lisis yang dianjurkan. Jika terjadi obstruksi stangulasi maka reseksi intestinal sangat diperlukan. Pada umumnya dikenal 4 macam cara/tindakan bedah yang dilakukan pada obstruksi ileus:

- 1) Koreksi sederhana (simple correction).
- 2) Tindakan operatif by-pass.
- 3) Membuat fistula entero-cutaneus pada bagian proximal dari tempat obstruksi, misalnya pada Ca stadium lanjut.
- 4) Melakukan reseksi usus yang tersumbat dan membuat anastomosis ujung-ujung usus untuk mempertahankan kontinuitas lumen usus.(Sabara, 2007 dikutip dari (<http://www.Files-of-DrsMed.tk>).

10. Pencegahan

Upaya pencegahan terhadap penyakit harus dilakukan sedini mungkin baik pencegahan primordial, primer, sekunder dan tersier untuk mengurangi angka morbiditas dan mortalitas. Demikian juga pada penyakit ileus obstruktif, tindakan pencegahan harus dilakukan untuk mencegah terjadinya ileus obstruktif dan menghindari akibat fatal

yang disebabkan ileus obstruktif.

a. Pencegahan Primordial

Pencegahan primordial merupakan upaya pencegahan pada orang-orang yang belum memiliki faktor risiko terhadap ileus obstruktif. Biasa dilakukan dengan promosi kesehatan atau memberikan pendidikan kesehatan yang berkaitan ileus obstruktif atau dengan melakukan penyuluhan untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat dalam menjaga kesehatannya oleh kemampuan masyarakat.

b. Pencegahan Primer

Pencegahan tingkat pertama ini merupakan upaya mempertahankan orang yang agar tetap sehat atau mencegah orang yang sehat menjadi sakit. Pencegahan primer berarti mencegah terjadinya ileus obstruktif. Upaya pencegahan ini dimaksudkan untuk mengadakan pencegahan pada masyarakat. Pencegahan primer yang dilakukan antara lain :

- 1) Bergaya hidup sehat dengan cara menjaga diri dan lingkungannya.
- 2) Dengan meningkatkan asupan makanan bergizi yang meningkatkan daya tahan tubuh.
- 3) Diet Serat
- 4) Untuk mencegah hernia, hindari angkat berat, yang meningkatkan tekanan di dalam perut dan mungkin memaksa satu

bagian dari usus untuk menonjol melalui daerah rentan dinding perut Anda.

c. Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder yang dapat dilakukan terhadap ileus obstruktif adalah dengan cara mendeteksi secara dini, dan mengadakan penatalaksanaan medik untuk mengatasi akibat fatal ileus obstruktif.

1) Cara mendeteksi secara dini ileus obstruktif

Cara mendeteksi secara dini ileus obstruktif adalah dengan melakukan pemeriksaan. Pemeriksaan yang dilakukan adalah:

a) Pemeriksaan Fisik

Gambaran pertama dalam pemeriksaan pasien yang dicurigai menderita ileus obstruktif merupakan adanya tanda generalisasi dehidrasi, yang mencakup kehilangan turgor kulit maupun mulut dan lidah kering. Dalam pemeriksaan abdomen diperhatikan kemunculan distensi, parut abdomen (yang menggambarkan perlekatan pasca bedah), hernia dan massa abdomen. Pada pasien yang kurus bukti gelombang peristaltik terlihat pada dinding abdomen dan dapat berkorelasi dengan nyeri kolik. Tanda demikian menunjukkan obstruksi strangulata. Gambaran klasik dalam mekanik sederhana adalah adanya episodik gemerincing logam bernada tinggi dan bergelora (rush) pada waktu penderita dalam kondisi tenang. Gelora

tersebut bersamaan dengan nyeri kolik. Pada obstruksi strangulata tidak ditemukan tanda ini.

Bagian akhir yang diharuskan dari pemeriksaan adalah pemeriksaan rektum dan pelvis. Apabila dalam pemeriksaan ini ditemukan tumor serta adanya feses di dalam kubah rektum menggambarkan terjadinya obstruksi di proksimal. Jika darah makroskopik ditemukan di dalam rektum, maka sangat mungkin bahwa obstruksi didasarkan atas lesi intrinsik di dalam usus.

b) Pemeriksaan Radiologi

Pemeriksaan sinar-X dan foto abdomen yang tegak dan berbaring sangat bermanfaat dalam mendiagnosa ileus obstruktif. Jika penderita tidak dapat duduk selama 15 menit, maka posisi dekubitus lateral kiri dapat dilakukan untuk foto abdomen.

Adanya gelung usus yang terdistensi dengan batas udara-cairan dalam pola anak tangga pada foto tegak menggambarkan bahwa penderita menderita ileus obstruktif. Hal ini karena fakta bahwa udara biasanya tidak terlihat pada usus halus dan hanya terbukti pada usus yang terdistensi. Informasi dari foto juga dikumpulkan sebagai bahan diagnosa.

c) Pemeriksaan Penunjang

- (1) HB (hemoglobin), PCV (volume sel yang ditempati sel darah merah) : meningkat akibat dehidrasi.
- (2) Leukosit : normal atau sedikit meningkat ureum + elektrolit, ureum meningkat, Na⁺ dan Cl⁻ rendah.
- (3) Rontgen toraks : diafragma meninggi akibat distensi abdomen.
- (4) Enema kontras tunggal (pemeriksaan radiografi menggunakan suspensi barium sulfat sebagai media kontras pada usus besar) : untuk melihat tempat dan penyebab .
- (5) CT Scan pada usus halus : mencari tempat dan penyebab, sigmoidoskopi untuk menunjukkan tempat obstruksi.

2) Operasi

a) Usus halus

Operasi dapat dimulai setelah pasien telah direhidrasi kembali dan organ- organ vital telah dapat berfungsi dengan normal. Kalau obstruksi disebabkan karena hernia skrotalis, maka daerah tersebut harus disayat. Perincian operatif tergantung pada penyebab obstruksi. Perlengketan/ adhesi dilepaskan atau bagian yang mengalami obstruksi dibuang, usus yang mengalami strangulasi harus dipotong.

b) Usus besar

Pada usus besar, operasi terdiri dari proses sesostomi

dekompresi atau hanya kolostomi transversal pada pasien yang sudah lanjut usia, pasien dengan obstruksi terjadi di daerah sekum, maka bagian tersebut akan dipotong, biasanya disertai anastomosis primer. Kanker pada kolon sebelah kiri dan anastomosis yang mengakibatkan obstruksi pada pasien juga akan dipotong dan disertai anastomosis juga.

d. Pencegahan Tersier

Tujuan pencegahan tersier adalah untuk mengurangi ketidakmampuan, mencegah kecacatan dan menghindari komplikasi yang dapat memperparah keadaan. Tindakan perawatan post operasi serta melakukan mobilitas/ambulasi sedini mungkin.

11. Prognosis

Obstruksi usus halus yang tidak mengakibatkan strangulasi mempunyai angka kematian 5%. Kebanyakan pasien yang meninggal adalah pasien yang sudah lanjut usia. Obstruksi usus halus yang mengalami strangulasi mempunyai angka kematian sekitar 8% jika operasi dilakukan dalam jangka waktu 36 jam sesudah timbulnya gejala-gejala, dan 25% jika operasi diundurkan lebih dari 36 jam.

Pada onstruksi usus besar, biasanya angka kematian berkisar antara 15-30%. Perfrasi sekum merupakan penyebab utama kematian yang masih dapat dihindarkan.

B. Laparotomi

1. Definisi

Laparotomi adalah operasi yang dilakukan untuk membuka abdomen (bagian perut). Kata "laparotomi" pertama kali digunakan untuk merujuk operasi semacam ini pada tahun 1878 oleh seorang ahli bedah Inggris, Thomas Bryant. Kata tersebut terbentuk dari dua kata Yunani, "lapara" dan "tome". Kata "lapara" berarti bagian lunak dari tubuh yg terletak di antara tulang rusuk dan pinggul. Sedangkan "tome" berarti pemotongan (Kamus Kedokteran, 2011).

Bedah laparotomi merupakan tindakan operasi pada daerah abdomen. Laparotomi yaitu insisi pembedahan melalui pinggang (kurang begitu tepat), tapi lebih umum pembedahan perut (Harjono, 1996). Ramali Ahmad (2000) mengatakan bahwa laparotomi yaitu pembedahan perut, membuka selaput perut dengan operasi. Sedangkan menurut Arif Mansjoer (2000), laparotomi adalah pembedahan yang dilakukan pada usus akibat terjadinya perlekatan usus dan biasanya terjadi pada usus halus.

2. Teknik Sayatan Laparotomi

Menurut Sjamsuhidayat dan Jong (2006), bedah laparotomi merupakan teknik sayatan yang dilakukan pada daerah abdomen. Teknik sayatan dapat dilakukan pada bedah digestif dan kandungan (Bedah Unhas, 2013), dimana arah sayatan meliputi :

- a. *Midline Epigastric Insision* (irisian median atas)
- b. *Midline Sub-umbilical Insision* (irisian median bawah)

- c. *Paramedian Insision "trapp door"* (konvensional)
- d. *Lateral Paramedian Insision*
- e. *Vertical Muscle Splitting Insision (paramedian transrect)*
- f. *Kocher Subcostal Insision*
- g. *McBurney Gridiron (Irisan oblique)*
- h. *Rocky Davis*
- i. *Insisi Thoracoabdominal*

3. Jenis Tindakan Operasi Laparatomi Menurut Indikasi

Tindakan bedah digestif yang sering dilakukan dengan teknik sayatan arah laparatomi yaitu:

- a. Herniotomi
- b. Gastrektomi
- c. Kolesistoduodenostomi
- d. Hepatektomi
- e. Splenorafi atau splenotomi
- f. Apendektomi
- g. Kolostomi
- h. Hemoroidektomi
- i. Fistulotomi atau fistulektomi

4. Komplikasi Post Laparatomi

- a. *Stitch Abscess*

Biasanya muncul pada hari ke-10 pasca operasi atau bisa juga sebelumnya, sebelum jahitan insisi tersebut diangkat. Abses ini dapat

superfisial atau lebih dalam. Jika dalam ia dapat berupa massa yang teraba dibawah luka, dan terasa nyeri jika diraba.

b. Infeksi Luka Operasi

Biasanya jahitan akan terkubur didalam kulit sebagai hasil dari edema dan proses inflamasi sekitarnya. Infeksi luka sering muncul pada 36 jam sampai 46 jam pasca operasi. Penyebabnya dapat berupa *Staphylococcus Aureus*, *E. Colli*, *Streptococcus Faecalis*, *Bacteroides*. Pasien biasanya akan mengalami demam, sakit kepala, anorexia dan malaise.

c. Gas Gangrene

Biasanya berupa rasa nyeri yang sangat pada luka operasi, biasanya 12 jam sampai 72 jam pasca operasi, peningkatan temperature (39°C sampai 41°C), takikardia, dan syok yang berat.

d. Hematoma

Kejadian ini kira-kira 2% dari komplikasi operasi. Keadaan ini biasanya hilang dengan sendirinya.

e. Keloid *Scar*

Penyebab dari keadaan ini hingga kini tidak diketahui, hanya memang sebagian orang mempunyai kecenderungan untuk mengalami hal ini lebih dari orang lain.

f. *Abdominal Wound Disruption and Evisceration*

Disrupsi ini dapat partial ataupun total. Insidensinya sendiri bervariasi antara 0% sampai 3% dan biasanya lebih umum terjadi pada

pasien lebih dari 60 tahun. Jika dilihat dari jenis kelamin, perbandingan laki-laki dan perempuan adalah 4: 1.

C. Konsep Immobilisasi

1. Pengertian

Immobilisasi adalah suatu keadaan dimana penderita harus istirahat di tempat tidur, tidak bergerak secara aktif akibat berbagai penyakit atau gangguan pada alat/organ tubuh yang bersifat fisik atau mental. Dapat juga diartikan sebagai suatu keadaan tidak bergerak / tirah baring yang terus – menerus selama 5 hari atau lebih akibat perubahan fungsi fisiologis (Bimoariotejo, 2009).

Immobility (immobilisasi) adalah keadaan tidak bergerak/ tirah baring (bed rest) selama 3 hari atau lebih (Adi, 2005). Suatu keadaan keterbatasan kemampuan pergerakan fisik secara mandiri yang dialami seseorang (Pusva, 2009).

Didalam praktek medis immobilisasi digunakan untuk menggambarkan suatu sindrom degenerasi fisiologis akibat dari menurunnya aktivitas dan ketidakberdayaan.

2. Epidemiologi

Immobilisasi lama bisa terjadi pada semua orang tetapi kebanyakan terjadi pada orang – orang lanjut usia (lansia), pasca operasi yang membutuhkan tirah baring lama. Dampak immobilisasi lama terutama dekubitus mencapai 11% dan terjadi dalam kurun waktu 2 minggu, perawatan emboli paru berkisar 0,9%, dimana tiap 200.000 orang

meninggal tiap tahunnya.

3. Manifestasi Klinis

a. Perubahan Metabolisme

Perubahan mobilisasi akan mempengaruhi metabolisme endokrin, resorpsi kalsium dan fungsi gastrointestinal. Sistem endokrin menghasilkan hormon, mempertahankan dan meregulasi fungsi vital seperti:

- 1) Berespon pada stress dan cedera.
- 2) Pertumbuhan dan perkembangan.
- 3) Reproduksi.
- 4) Mempertahankan lingkungan internal,
- 5) Produksi pembentukan dan penyimpanan energi.

Imobilisasi mengganggu fungsi metabolisme normal seperti: menurunkan laju metabolisme, mengganggu metabolisme karbohidrat, lemak dan protein, dan menyebabkan gangguan gastrointestinal seperti nafsu makan dan peristaltik berkurang. Namun demikian pada proses infeksi klien yang imobilisasi mengalami peningkatan BMR karena demam dan penyembuhan luka membutuhkan oksigen.

b. Perubahan Pernafasan

Kurangnya pergerakan dan latihan akan menyebabkan klien memiliki komplikasi pernafasan. Komplikasi pernafasan yang paling umum adalah atelektasis (kolapsnya alveoli) dan pneumonia hipostatik (inflamasi pada paru akibat statis atau bertumpuknya sekret).

Menurunnya oksigenasi dan penyembuhan yang lama dapat meningkatkan ketidaknyamanan klien.

Pada atelektasis, sekresi yang terhambat pada bronkiolus atau bronkus dan jaringan paru distal (alveoli) kolaps karena udara yang masuk diabsorpsi dapat menyebabkan hipoventilasi. Sisi yang tersumbat mengurangi keparahan atelektasis. Pada beberapa keadaan berkembangnya komplikasi ini. Kemampuan batuk klien secara produktif menurun. Selanjutnya distribusi mukus pada bronkus meningkat, terutama saat klien dalam posisi supine, telungkup atau lateral. Mukus berkumpul pada bagian jalan nafas yang bergantung. Pneumonia hipostatik sering menyebabkan mukus sebagai tempat yang baik untuk bertumbuhnya bakteri.

c. Perubahan Kardiovaskuler

Imobilisasi juga mempengaruhi sistem kardiovaskuler. Tiga perubahan utama adalah hipotensi ortostatik, meningkatnya beban kerja jantung dan pembentukan trombus. Hipotensi ortostatik adalah peningkatan denyut jantung lebih dari 15% atau tekanan darah sistolik menurun 15 mmHg atau lebih saat klien berubah posisi dari posisi terlentang ke posisi berdiri.⁴³ Pada klien yang imobilisasi, menurunnya volume cairan yang bersirkulasi, berkumpulnya darah pada ekstremitas bawah, menurunnya respon otonomik akan terjadi. Faktor ini akan menurunkan aliran balik vena, disertai meningkatnya curah jantung, yang direfleksikan dengan menurunnya tekanan darah. Hal ini terutama

terjadi pada klien lansia. Karena beban kerja jantung meningkat, konsumsi oksigen juga meningkat. Oleh karena itu, jantung akan bekerja lebih keras dan kurang efisiensi jantung selanjutnya akan menurun sehingga beban kerja jantung meningkat.

d. Perubahan Muskuloskeletal

Dampak imobilisasi pada sistem muskuloskeletal adalah gangguan permanen atau temporer atau ketidakmampuan yang permanen. Pembatasan mobilisasi terkadang menyebabkan kehilangan daya tahan, kekuatan dan massa otot, serta menurunnya stabilitas dan keseimbangan. Dampak pembatasan mobilisasi adalah gangguan metabolisme kalsium dan gangguan sendi.

Karena pemecahan protein, klien kehilangan massa tubuh yang tidak berlemak. Massa otot berkurang tidak stabil untuk mempertahankan aktivitas tanpa meningkatnya kelemahan. Jika mobilisasi terus terjadi dan klien tidak melakukan latihan, kehilangan massa otot akan terus terjadi. Kelemahan otot juga terjadi karena imobilisasi, dan imobilisasi lama sering menyebabkan atrofi anggur, dimana atrofi anggur (*disuse atrophy*) adalah respon yang dapat diobservasi terhadap penyakit dan menurunnya aktifitas kehidupan sehari-hari. Dan imobilisasi kehilangan daya tahan, menurunnya massa dan kekuatan otot, dan instabilitas sendi menyebabkan klien beresiko mengalami cedera. Hal ini dapat terjadi dalam beberapa hari bedrest, menunjukkan bahwa pasien kritis terpasang ventilator dapat kehilangan

hingga kelemahan otot perifer 25 % dalam waktu 4 hari dan kehilangan 18 % berat badannya. Hilangnya massa otot-otot rangka sangat tinggi dalam 2-3 minggu pertama imobilisasi selama perawatan intensif.

e. Perubahan Eliminasi Urine

Imobilisasi dapat mengubah eliminasi urine. Pada posisi tegak, klien dapat mengeluarkan urine dari pelvis renal dan menuju ureter dan kandung kemih karena gaya gravitasi. Saat klien dalam posisi berbaring terlentang dan datar, ginjal dan ureter bergerak maju ke sisi yang lebih datar. Urine yang dibentuk oleh ginjal harus memasuki kandung kemih yang tidak dibantu oleh gaya gravitasi. Karena kontraksi peristaltik ureter tidak mampu menimbulkan gaya gravitasi, pelvis ginjal terisis sebelum urine memasuki ureter. Kejadian ini disebut stasis urine dan meningkatkan resiko infeksi saluran kemih dan batu ginjal. Batu ginjal adalah batu kalsium yang terjebak dalam pelvis ginjal atau melewati ureter. Klien imobilisasi beresiko tinggi terkena batu ginjal, karena mereka sering mengalami hiperkalsemia.

Apabila periode imobilisasi berlanjut, asupan cairan sering berkurang. Ketika digabungkan dengan masalah lain seperti demam, resiko dehidrasi meningkat. Akibatnya, keseluruhan urine berkurang pada atau antara hari ke 5 atau ke 6 setelah imobilisasi, dan urine menjadi pekat. Urine yang pekat ini meningkatkan resiko kontaminasi traktus urinarius oleh bakteri *escherchia coli*. Penyebab infeksi saluran kemih

lainnya pada klien yang imobilisasi adalah penggunaan kateter urine indwelling.

f. Perubahan Integumen

Perubahan metabolisme yang menyertai imobilisasi dapat meningkatkan efek tekanan yang berbahaya pada kulit klien yang imobilisasi. Hal ini membuat imobilisasi menjadi masalah resiko yang besar terhadap luka tekan.

Metabolisme jaringan bergantung pada suplai oksigen dan nutrisi serta eliminasi sampah metabolisme dari darah. Tekanan mempengaruhi metabolisme seluler dengan menurunkan atau mengeliminasi sirkulasi jaringan secara keseluruhan.

g. Perubahan Perkembangan

Perubahan perkembangan merupakan dampak fisiologis yang muncul akibat dari imobilisasi. Perubahan perkembangan cenderung dihubungkan dengan imobilisasi pada anak yang sangat muda dan pada lansia. Anak yang sangat muda atau lansia yang sehat namun diimobilisasi memiliki sedikit perubahan perkembangan. Namun, terdapatnya beberapa pengecualian. Misalnya ibu yang mengalami komplikasi saat kelahiran harus tirah baring dan mengakibatkan tidak mampu berinteraksi dengan bayi baru lahir seperti yang dia harapkan.

4. Penatalaksanaan

a. Tatalaksana Umum

- 1) Kerjasama tim medis interdisiplin dengan partisipasi pasien, keluarga, dan pramuwerdha.
- 2) Edukasi pada pasien dan keluarga mengenai bahaya tirah baring lama, pentingnya latihan bertahap dan ambulasi dini, serta mencegah ketergantungan pasien dengan melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari sendiri, semampu pasien.
- 3) Dilakukan pengkajian geriatri paripurna, perumusan target fungsional, dan pembuatan rencana terapi yang mencakup pula perkiraan waktu yang diperlukan untuk mencapai target terapi.
- 4) Temu dan kenali tatalaksana infeksi, malnutrisi, anemia, gangguan cairan dan elektrolit yang mungkin terjadi pada kasus imobilisasi, serta penyakit/ kondisi penyetara lainnya.
- 5) Evaluasi seluruh obat-obatan yang dikonsumsi; obat-obatan yang dapat menyebabkan kelemahan atau kelelahan harus diturunkan dosisnya atau dihentikan bila memungkinkan.
- 6) Berikan nutrisi yang adekuat, asupan cairan dan makanan yang mengandung serat, serta suplementasi vitamin dan mineral.
- 7) Program latihan dan remobilisasi dimulai ketika kestabilan kondisi medis terjadi meliputi latihan mobilitas di tempat tidur, latihan gerak sendi (pasif, aktif, dan aktif dengan bantuan), latihan penguat otot-otot (isotonik, isometrik, isokinetik), latihan koordinasi/keseimbangan, dan ambulasi terbatas.

- 8) Bila diperlukan, sediakan dan ajarkan cara penggunaan alat-alat bantu berdiri dan ambulasi.
 - 9) Manajemen miksi dan defekasi, termasuk penggunaan komod atau toilet.
- b. Tatalaksana Khusus
- 1) Tatalaksana faktor risiko imobilisasi.
 - 2) Tatalaksana komplikasi akibat imobilisasi.
 - 3) Pada keadaan-keadaan khusus, konsultasikan kondisi medik kepada dokter spesialis yang kompeten.
 - 4) Lakukan remobilisasi segera dan bertahap pada pasien-pasien yang mengalami sakit atau dirawat di rumah sakit dan panti werdha untuk mobilitas yang adekuat bagi usia lanjut yang mengalami disabilitas permanen.

5. Pencegahan

a. Pencegahan Primer

Pencegahan primer merupakan proses yang berlangsung sepanjang kehidupan dan episodik. Sebagai suatu proses yang berlangsung sepanjang kehidupan, mobilitas dan aktivitas tergantung pada fungsi sistem muskuloskeletal, kardiovaskuler, pulmonal. Sebagai suatu proses episodik, pencegahan primer diarahkan pada pencegahan masalah-masalah yang dapat timbul akibat imobilitas atau ketidakaktifan

1) Hambatan terhadap latihan

Berbagai hambatan mempengaruhi partisipasi lansia dalam latihan secara teratur. Bahaya-bahaya interpersonal termasuk isolasi sosial yang terjadi ketika teman-teman dan keluarga telah meninggal, perilaku gaya hidup tertentu (misalnya merokok dan kebiasaan diet yang buruk), depresi, gangguan tidur, kurangnya transportasi dan kurangnya dukungan. Hambatan lingkungan termasuk kurangnya tempat yang aman untuk latihan dan kondisi iklim yang tidak mendukung.

2) Pengembangan program latihan

Program latihan yang sukses sangat individual, diseimbangkan, dan mengalami peningkatan. Program tersebut disusun untuk memberikan kesempatan pada klien untuk mengembangkan suatu kebiasaan yang teratur dalam melakukan bentuk aktif dari rekreasi santai yang dapat memberikan efek latihan. Ketika klien telah memiliki evaluasi fisik secara seksama, pengkajian tentang faktor-faktor pengganggu berikut ini akan membantu untuk memastikan keterikatan dan meningkatkan pengalaman:

- a) Aktivitas sat ini dan respon fisiologis denyut nadi sebelum, selama dan setelah aktivitas diberikan).
- b) Kecenderungan alami (predisposisi atau peningkatan kearah latihan khusus).

- c) Kesulitan yang dirasakan.
- d) Tujuan dan pentingnya latihan yang dirasakan.
- e) Efisiensi latihan untuk diri sendiri (derajat keyakinan bahwa seseorang akan berhasil).

3) Keamanan

Ketika program latihan spesifik telah diformulasikan dan diterima oleh klien, instruksi tentang latihan yang aman harus dilakukan. Mengajarkan klien untuk mengenali tanda-tanda intoleransi atau latihan yang terlalu keras sama pentingnya dengan memilih aktivitas yang tepat.

b. Pencegahan Sekunder

Spiral menurun yang terjadi akibat eksaserbasi akut dari imobilitas dapat dikurangi atau dicegah dengan intervensi keperawatan. Keberhasilan intervensi berasal dari suatu pengertian tentang berbagai faktor yang menyebabkan atau turut berperan terhadap imobilitas dan penuaan. Pencegahan sekunder memfokuskan pada pemeliharaan fungsi dan pencegahan komplikasi. Diagnosis keperawatan yang dihubungkan dengan pencegahan sekunder adalah gangguan mobilitas fisik.

D. Konsep *Massage*

1. Pengertian

Massage dalam bahasa Arab dan Perancis berarti menyentuh atau meraba. Dalam bahasa Indonesia disebut sebagai pijat atau urut. Selain itu

Massage dapat diartikan sebagai pijat yang telah disempurnakan dengan ilmu-ilmu tentang tubuh manusia atau gerakan-gerakan tangan yang mekanis terhadap tubuh manusia dengan mempergunakan bermacam-macam bentuk pegangan atau teknik (Bambang 2012).

Ahmad Rahim (1988: 1) mendefinisikan pemijatan (*Massage*) sebagai suatu perbuatan melulut tubuh dengan tangan (manipulasi) pada bagian-bagian yang lunak, dengan prosedur manual atau mekanik yang dilaksanakan secara metodis dengan tujuan menghasilkan efek fisiologis, profilaktif, dan terapeutik bagi tubuh.

Massage dalam hal ini merupakan manipulasi dari struktur jaringan lunak yang dapat menenangkan serta mengurangi stress psikologis dengan meningkatkan hormon morphin endogen seperti endorphin, enkefalin dan dinorfin sekaligus menurunkan kadar stress hormon seperti hormon cortisol, norepinephrinedan dopamine (Best et al. 2008: 446). Secara fisiologis, *Massage* terbukti dapat menurunkan denyut jantung, meningkatkan tekanan darah, meningkatkan sirkulasi darah dan limfe, mengurangi ketegangan otot, meningkatkan jangkauan gerak sendi serta mengurangi nyeri (Callaghan 1993).

Massage yang kuat pada area tonjolan tulang atau kulit yang kemerahan dihindarkan. Penggunaan *Massage* untuk mencegah luka tekan masih kontroversial, mengingat tidak semua jenis *Massage* bisa digunakan. Namun *Massage* di area tulang menonjol atau bagian kulit yang telah menunjukkan kemerahan atau discolorisation patut dihindari

karena hasil biopsi post mortem pada jaringan yang di lakukan *Massage* menunjukkan adanya degenerasi jaringan, dan maserasi (Dyson 1978 dalam AHCPR 2008 dan Pieters et al 2005). Teknik *Massage* yang diperbolehkan hanya namun tidak untuk jaringan diatas tulang yang menonjol maupun yang telah menunjukkan kemerahan ataupun pucat. Lama waktu *Massage* yang digunakan masih bervariasi antara 15 menit (Ceichle 1958 dalam Pieters 2005), dan 4 – 5 menit (Ellis & Bentz 2007) *Massage* umumnya dilakukan 2 kali sehari setelah mandi (Ellis & Bentz 2007 dalam Handayani 2010).

2. Jenis *Massage*

Menurut Bambang (2012), jenis *Massage* terdiri atas :

- a. Sport *Massage* (*Massage* Kebugaran)
- b. Remedial *Massage* (*Massage* Penyembuhan)
- c. Cosmetic *Massage*

3. Teknik *Massage*

Ahmad Rahim (1988) mengemukakan manipulasi pokok. *Massage* adalah:

- a. Effleurage (menggosok), yaitu gerakan ringan berirama yang dilakukan pada seluruh permukaan tubuh. Tujuannya adalah memperlancar peredaran darah dan cairan getah bening (limfe).
- b. Friction (menggerus), yaitu gerakan menggerus yang arahnya naik dan turun secara bebas. Tujuannya adalah membantu menghancurkan miogelosis, yaitu timbunan sisa-sisa pembakaran

energi (asam laktat) yang terdapat pada otot yang menyebabkan pengerasan pada otot.

- c. Petrissage (memijat), yaitu gerakan menekan kemudian meremas jaringan. Tujuannya adalah untuk mendorong keluarnya sisa-sisa metabolisme dan mengurangi ketegangan otot.
- d. Tapotement (memukul), yaitu gerakan pukulan ringan berirama yang diberikan pada bagian yang berdaging. Tujuannya adalah mendorong atau mempercepat aliran darah dan mendorong keluar sisa-sisa pembakaran dari tempat persembunyiannya.
- e. Vibration (menggetarkan), yaitu gerakan menggetarkan yang dilakukan secara manual atau mekanik. Mekanik lebih baik daripada manual. Tujuannya adalah untuk merangsang saraf secara halus dan lembut agar mengurangi atau melemahkan rangsang yang berlebihan pada saraf yang dapat menimbulkan ketegangan.

4. Efek Terapeutik atau Manfaat

- a. Efek terapeutik atau manfaat *Massage*

Menurut Bambang (2012) tujuan dari terapi *Massage* yaitu :

- 1) Melancarkan peredaran darah terutama peredaran darah vena (pembuluh balik) dan peredaran getah bening (air limfe).
- 2) Menghancurkan pengumpulan sisa-sisa pembakaran di dalam sel-sel otot yang telah mengeras yang disebut miogelosis (asam laktat).
- 3) Menyempurnakan pertukaran gas-gas dan zat-zat di dalam jaringan atau memperbaiki proses metabolisme.

- 4) Menyempurnakan pembagian zat-zat makanan keseluruh tubuh.
 - 5) Menyempurnakan proses pencernaan makanan.
 - 6) Menyempurnakan proses pembuangan sisa-sisa pembakaran (sampah-sampah) ke alat-alat pengeluaran atau mengurangi kelelahan.
 - 7) Merangsang otot-otot yang dipersiapkan untuk bekerja yang lebih berat, menambah tonus otot (daya kerja otot), efisiensi otot (kemampuan guna otot) dan elastisitas otot (kekenyalan otot).
 - 8) Merangsangi jaringan-jaringan saraf, mengaktifkan saraf sadar dan kerja saraf otonomi (tak sadar).
 - 9) Membantu penyerapan (absorpsi) pada peradangan bekas luka.
 - 10) Membantu pembentukan sel-sel baru dalam perkembangan tubuh.
 - 11) Membersihkan dan menghaluskan kulit.
 - 12) Memberikan perasaan nyaman, segar dan kehangatan pada tubuh.
 - 13) Menyembuhkan atau meringankan berbagai gangguan penyakit yang boleh dipijat.
- b. Efek terapeutik atau manfaat effleurage

Efek terapeutik atau efek penyembuhan dari effleurage ini antara lain adalah :

- 1) Membantu melancarkan peredaran darah vena dan peredaran getah bening / cairan limfe.
- 2) Membantu memperbaiki proses metabolisme.

- 3) Menyempurnakan proses pembuangan sisa pembakaran atau mengurangi kelelahan.
- 4) Membantu penyerapan (absorpsi) oedema akibat peradangan
- 5) Relaksasi dan mengurangi rasa nyeri.

E. Konsep Minyak VCO

1. Definisi

Virgin Coconut Oil (VCO) adalah minyak kelapa murni yang dibuat tanpa pemanasan atau dengan pemanasan minimal (Handayani, 2010). Menurut Lanny (2012), VCO (*Virgin Coconut Oil*) adalah Minyak kelapa murni yang proses produksinya tidak melalui tahapan RBD (*Refined, bleached, dan deodorized*) *Virgin Coconut Oil* (VCO) adalah minyak kelapa murni yang mempunyai khasiat ampuh sebagai penyembuh aneka penyakit (Syah, 2005).

2. Kandungan

Minyak kelapa mengandung vitamin-vitamin yang larut dalam lemak, yaitu vitamin A, D, E, dan K serta pro-vitamin A (karoten). Oleh sebab itu, minyak ini sangat penting bagi metabolisme tubuh. Selain itu, minyak kelapa mengandung sejumlah asam lemak jenuh dan asam lemak tak jenuh.

Menurut Balai Penelitian tanaman kelapa dan palma lain Balitka (2007), telah menghasilkan empat varietas kelapa dalam unggul, yaitu Tenga, Palu, Bali dan Mapanget. Penelitian tersebut menganalisis tentang kopra. Kopra adalah bahan baku bagi pembuatan minyak goreng dan

turunannya. Komposisi asam-asam lemak yang dianalisis dari kopra keempat varietas tersebut tertinggi yaitu asam laurat 36,12 - 38,28%, asam miristat 13,42 – 15,90%, asam kaprilat 8,78 – 11,10%, asam kaprat 6,38 – 8,08%, asam palmitat 6,48 – 7,95%, asam oleat 4,27 – 5,26%, asam stearat 1,76 – 2,54%, dan asam linoleat 1,44 – 1,66%. Dengan demikian, hasil analisis minyak murni dari keempat varietas tersebut diperoleh rata-rata asam lemak rantai sedang 56-57% dengan kadar asam laurat 43%. Asam lemak rantai sedang lainnya yang mempunyai khasiat untuk kesehatan adalah asam kaprat, asam oleat (Omega-9), dan asam linoleat (Omega-6).

Syah (2005) dalam Lucida et al (2008) menyatakan VCO mengandung 92% asam lemak jenuh yang terdiri dari 48 – 53 % asam laurat, 1,5 – 2,5 % asam oleat, asam lemak lainnya seperti 8% asam kaprilat, dan 7% asam kaprat.

Menurut Soejobroto (dalam Sutarmi dan Rozaline 2005), minyak kelapa sebenarnya memiliki banyak kelebihan, 50% asam lemak pada minyak kelapa adalah asam laurat dan 7% asam kapriat. Kedua asam tersebut merupakan asam lemak jenuh rantai sedang yang mudah dimetabolisir dan bersifat antimikroba (anti virus, anti bakteri, dan anti jamur) sehingga dapat meningkatkan imun tubuh (kekebalan tubuh) dan mudah diubah menjadi energi. Dalam tubuh, asam laurat menjadi monolaurin, sedangkan asam kapriat menjadi monokaprin. Selain itu, ternyata hasil pecahan lemak jenuh rantai sedang

jarang disimpan sebagai lemak dan jarang menumpuk di pembuluh darah. Minyak kelapa memiliki kadar asam lemak tidak jenuh ganda omega-3 *eicosa-penta-einoic-acid* (EPA) dan *docasa-hexaenoic acid* (DHA) yang dapat menurunkan *very low density lipoprotein* (VLDL) dan viskositas darah, menghambat tromboksan, serta mencegah penyumbatan pembuluh darah. Asam lemak pada minyak kelapa banyak mengandung MCFA (*medium chain fatty acid*) yang berfungsi memperbaiki asam lemak tubuh secara sinergis dengan asam lemak esensial. Dengan mengkonsumsi MCFA, bisa meningkatkan efisiensi asam lemak esensial sebesar 100%. Kandungan MCFA juga sama seperti air susu ibu (ASI), yaitu memberi gizi dan melindungi tubuh dari penyakit menular dan penyakit degeneratif.

3. Cara Pembuatan

Virgin coconut oil (VCO) diolah dengan minimal pemanasan atau tanpa pemanasan sama sekali. Masyarakat Indonesia sejak dahulu mengolah santan kelapa menjadi minyak goreng melalui pemanasan. Pengolahan daging buah kelapa menjadi VCO dapat dilakukan dengan berbagai cara yaitu:

1. Dengan proses mekanis

Pada pengolahan cara ini, daging kelapa dikeringkan dengan cepat lalu dipres hingga keluar minyaknya. Melalui cara ini akan diperoleh 90% minyak dan 10% air. Air yang terpisah dengan minyak dipisahkan sedangkan air yang terkandung dalam minyak dipanaskan dengan cepat

agar menguap.

2. Dengan fermentasi

Metode pembuatan VCO dengan fermentasi menggunakan ragi tempe (*Saccharomyces cereviceae*) atau ragi roti. Santan di fermentasi selama 12-24 jam. Dengan cara ini akan diperoleh VCO dengan kualitas dan kemurnian yang terjamin demikian juga warnanya bening dan mempertahankan aroma khas buah kelapa.

4. Manfaat VCO

Price (2003) menyatakan jika menggunakan lotion biasa untuk perawatan kulit, umumnya lotion menggunakan komponen air sehingga ketika dipakai akan memberikan kesegaran sesaat namun ketika kandungan airnya hilang karena penguapan, maka kulit menjadi kering.

Price (2003) juga menyatakan minyak kelapa yang diolah untuk konsumsi sebagai minyak goreng akan kehilangan sebagian zat-zat aktif yang dibutuhkan kulit karena pengolahan dengan pemanasan dan penjernihan oleh karena itu jika dipakai sebagai bahan topikal untuk perawatan kulit mengakibatkan terciptanya radikal bebas di permukaan kulit dan menyebabkan kerusakan jaringan konektif. Hal demikian dapat dihindari dengan memilih bahan topikal minyak kelapa yang diolah dengan baik yaitu tanpa pemanasan suhu tinggi dan tidak dijernihkan seperti pada VCO.

Pemanfaatan VCO (*Virgin Coconut Oil*) sebagai dasar krim

pelembab karena VCO banyak mengandung pelembab alami dan antioksidan yang penting untuk perawatan kulit dan mampu menghasilkan emulsi yang relatif stabil dan pH mendekati nilai yang diinginkan sebagai bahan pelembab kulit (Nilansari 2006). Potter dan Perry (2005) mengatakan setelah kulit dibersihkan gunakan pelembab untuk melindungi epidermis dan sebagai pelumas tapi tidak boleh terlalu pekat.

Menurut Sutarmi dan Hartin Rozalin (2005), komponen minyak kelapa terdiri dari asam lemak jenuh (90%) dan minyak tak jenuh (10%). Tingginya kandungan asam lemak jenuh menjadikan minyak kelapa sebagai sumber saturated fat. Dalam minyak kelapa murni terdapat MCFA (*medium chain fatty acid*). MCFA merupakan komponen asam lemak berantai sedang yang memiliki banyak fungsi, antara lain mampu merangsang reproduksi insulin sehingga proses metabolisme glukosa dapat berjalan normal. Selain itu, MCFA juga bermanfaat dalam mengubah protein menjadi sumber energi. Asam laurat dan asam lemak jenuh berantai pendek, seperti asam kaprat, kaprilat, dan miristat yang terkandung dalam minyak kelapa murni dapat berperan positif dalam proses pembakaran nutrisi makanan menjadi energi. Fungsi lain dari zat ini, antara lain sebagai antivirus, antibakteri, dan antiprotozoa. Salah satu keistimewaan yang dimiliki lemak kelapa adalah properti antikuman yang dimilikinya. Antikuman tersebut terdapat pada MCFA. Semua asam lemak yang termasuk MCFA dan derivatnya (MGs : Monoglyceride) memiliki kemampuan yang hebat

sebagai antikulit Caprylic acid (C:8), capric acid (C:10), dan myristic acid (C:14) memiliki kemampuan yang sangat baik dalam membasmi beragam spesies mikroba dari kelompok bakteri, cendawan, ragi, serta virus. Sejumlah studi membuktikan kemampuan asam laurat dalam mengatasi berbagai macam kuman. Beberapa penelitian menyebutkan bahwa asam laurat adalah antikulit berspektrum luas. Asam lemak dengan atom karbon berjumlah 12 ini memiliki kemampuan yang sangat baik dalam membasmi bakteri dan virus berlapis lipid. Kemampuan yang handal tersebut terbentuk karena asam lemak rantai sedang ini dapat menembus ke tubuh mikroorganisme sehingga dapat melumpuhkannya dengan sempurna. Berikut species mikroorganisme yang dapat dibasmi oleh asam laurat :

a. Bakteri berlapis lipid :

- 1) *Listeria monocytogenes*
- 2) *Helicobacter pylori*
- 3) *Haemophilus influenza*
- 4) *Staphylococcus aureus*
- 5) *Streptococcus agalodiae*
- 6) *Streptococcus strain A, B, F dan G*
- 7) Sejumlah bakteri gram positif dan negatif

b. Virus berlapis lipid :

- 1) Virus cacar
- 2) HIV (Human Immunodeficiency Virus)

- 3) HSV (Herpes Simplex Virus)
- 4) Virus Sarcoma
- 5) Virus Syncyial
- 6) VSV (Vesicular Stomatitis Virus)
- 7) Virus visna
- 8) Humman lympholeopic virus tipe-1
- 9) Cytomegavirus
- 10) Epstein's barr virus
- 11) Virus influenza
- 12) Virus leukemia
- 13) Virus pneumonia
- 14) HVC (Hepatitis Virus C)

5. Peran dan Kegunaan

Menurut Bogadenta (2013) VCO berkhasiat untuk meningkatkan imun tubuh, mencegah penuaan dini, membantu penyembuhan virus HIV, mengendalikan diabetes, membantu menguatkan gigi, mempercepat proses penyembuha luka, melawan berbagai infeksi dan virus, mencegah masalah jantung.

Menurut Lanny (2012 : 166) Penyakit yang dapt disembuhkan dengan terapi VCO adalah sebagai berikut :

- a. Membantu mengatasi hiperlipidemia (hiperkolesterolemia dan hipertrigliseridemia).

- b. Membantu mengatasi diabetes tipe-2 dan komplikasi yang ditimbulkannya.
- c. Mempercepat penyembuhan penyakit yang disebabkan oleh kuman baik ketika digunakan secara sistemik ataupun topikal.
- d. Membantu pengikisan lemak tubuh bagi yang mengalami kelebihan berat badan (*over weight*) dan obesitas.
- e. Membantu menyetatkan jantung bagi penderita jantung koroner.
- f. Membantu proses penyembuhan penyakit lever dan beberapa macam penyakit ginjal. Menyembuhkan radang gusi dan infeksi pada rongga mulut.
- g. Baik untuk dikonsumsi oleh bayi yang mengalami gizi buruk dan malnutrisi lemak.
- h. Membantu mencegah peradangan pasca operasi.
- i. Memperlancar pencernaan dan membantu mengatasi gangguan perut.
- j. Baik dikonsumsi oleh orang tua yang mengalami kesulitan makan.
- k. Aman dikonsumsi oleh pasien pasca operasi atau menderita sakit lama yang kesulitan mencerna lemak.
- l. Bermanfaat untuk memasok energi lemak bagi pasien yang perlu menjalani diet rendah protein karena VCO bebas protein.
- m. Jika dioleskan pada kulit yang baru saja terbakar maka lukanya cepat mengering dan tidak meninggalkan bekas yang mengganggu keindahan kulit.

- n. Jika dioleskan pada kulit yang mengalami atopik dermatitis maka penyebaran penyakit tersebut dapat dihentikan. Jika digunakan untuk perawatan kulit berjerawat, dapat menghindari peradangan dan mencegah jerawat baru.
- o. Menghaluskan kulit bersisik dan menua.
- p. Jika dioleskan pada kulit kepala maka ketombe dapat hilang.
- q. Konsumsi secara rutin pada penderita kanker dan HIV/AIDS dapat meningkatkan kekebalan tubuhnya terhadap infeksi sekunder.
- r. Bagi wanita hamil, suplementasi VCO dapat mencegah fatigue, diabetes gestasional, serta membantu memperlancar proses persalinan.
- s. Bagi olahragawan, suplementasi VCO berguna untuk meningkatkan performa latihan dan daya tahan tubuh selama menjalani latihan.
- t. Memperkuat tulang dan memelihara kesehatan sendi.
- u. Memiliki kekuatan untuk meningkatkan produksi T-Cell pada pasien kanker sehingga perkembangan kanker dapat dihambat.
- v. Berkhasiat sebagai anti tumor payudara. Konsumsi secara rutin dapat mencegah tumor payudara dan bagi pasien yang telah memiliki tumor payudara maka bermanfaat untuk menghentikan perkembangannya.
- w. Mempercepat pertumbuhan jaringan dan pemulihan tulang rawan yang mengalami trauma.
- x. Jika digunakan sebagai minyak pijat pada bayi prematur dapat mempercepat pertumbuhan bayi tersebut.

F. Konsep Teori Dekubitus

1. Pengertian Dekubitus

Dekubitus merupakan kerusakan kulit pada suatu area dan dasar jaringan yang disebabkan oleh tulang yang menonjol, sebagai akibat dari tekanan, pergeseran, gesekan atau kombinasi dari beberapa hal tersebut (Ayello, 2002 dalam Huda, 2012). Dekubitus adalah kerusakan struktur anatomis dan fungsi kulit normal akibat dari tekanan dari luar yang berhubungan dengan penonjolan tulang dan tidak sembuh dengan urutan dan waktu yang biasa, gangguan ini terjadi pada individu yang berada diatas kursi atau diatas tempat tidur, seringkali pada inkontinensia, malnutrisi, ataupun individu yang mengalami kesulitan makan sendiri, serta mengalami gangguan tingkat kesadaran (Potter & Perry, 2005 dalam Irawan, 2014).

2. Penyebab

Faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya dekubitus dibagi menjadi dua yaitu faktor eksternal dan faktor internal (Arisanty, 2013):

a. Faktor Eksternal

1) Penekanan

a) Mobilitas dan aktivitas

Mobilitas adalah kemampuan untuk mengubah dan mengontrol posisi tubuh, sedangkan aktifitas adalah kemampuan untuk berpindah. Pasien dengan berbaring terus- menerus ditempat tidur tanpa mampu untuk

merubah posisi beresiko tinggi untuk terkena dekubitus. Imobilitas adalah faktor yang paling signifikan dalam kejadian dekubitus, sedangkan imobilitas pada lansia merupakan ketidakmampuan untuk merubah posisi tubuh tanpa bantuan yang disebabkan oleh depresi.(Erfandi, 2013).

b) Penurunan persepsi sensori

Pasien dengan gangguan persepsi sensorik terdapat nyeri dan tekanan lebih beresiko mengalami gangguan integritas kulit daripada pasien dengan sensasi normal. Pasien dengan gangguan persepsi sensorik terdapat nyeri dan tekanan adalah pasien yang tidak mampu merasakan kapan sensasi pada bagian tubuh mereka meningkat, adanya tekanan yang lama, atau nyeri dan oleh karena itu pasien tanpa kemampuan untuk merasakan bahwa terdapat nyeri atau tekanan akan menyebabkan resiko berkembangnya dekubitus.

2) Kelembapan

Adanya kelembapan dan durasi kelembapan pada kulit meningkatkan resiko pembentukan kejadian dekubitus. Kelembapan kulit dapat berasal dari drainase luka, perspirasi yang berlebihan, serta inkontinensia fekal dan urine. Kelembapan yang disebabkan karena inkontinensia dapat

mengakibatkan terjadinya maserasi pada jaringan kulit.

Jaringan yang mengalami maserasi akan mudah mengalami erosi. Selain itu, kelembaban juga mengakibatkan kulit mudah terkena gesekan (*friction*) dan geseran (*shear*). Inkontinensia alvi lebih signifikan dalam perkembangan luka daripada inkontinensia urine karena adanya bakteri dan enzim pada feses yang dapat meningkatkan PH kulit sehingga dapat merusak permukaan kulit.

3) Gesekan

Gaya gesek (*Friction*) adalah tekanan pada dua permukaan bergerak melintasi satu dan yang lainnya seperti tekanan mekanik yang digunakan saat kulit ditarik melintasi permukaan kasar seperti seprei atau *linen* tempat tidur. Cidera akibat gesekan memengaruhi epidermis atau lapisan kulit yang paling atas. Kulit akan merah, nyeri dan terkadang disebut sebagai bagian yang terbakar. (Potter & Perry, 2010).

4) Pergeseran

Gaya geser adalah peningkatan tekanan yang sejajar pada kulit yang berasal dari gaya gravitasi, yang menekan tubuh dan tahanan (gesekan) diantara pasien dan permukaan (Potter & Perry, 2010). Contoh yang paling sering adalah ketika pasien diposisikan pada posisi semi *fowler* yang

melebihi 30°.

b. Faktor Internal

1) Usia

Pasien yang sudah tua memiliki resiko tinggi untuk terkena dekubitus karena kulit dan jaringan akan berubah seiring dengan proses penuaan. 70% dekubitus terjadi pada orang yang berusia lebih dari 70 tahun. Seiring dengan meningkatnya usia akan berdampak pada perubahan kulit yang di indikasikan dengan penghubung dermis-epidermis yang rata (flat), penurunan jumlah sel, kehilangan elastisitas kulit, lapisan subkutan yang menipis, pengurangan massa otot, dan penurunan perfusi dan oksigenasi vaskular intradermal.

2) Nutrisi

Hipoalbumin, kehilangan berat badan dan malnutrisi umumnya diidentifikasi sebagai faktor predisposisi terhadap terjadinya dekubitus, terutama pada lansia. Derajat III dan IV dari dekubitus pada orang tua berhubungan dengan penurunan berat badan, rendahnya kadar albumin, dan intake makanan yang tidak mencukupi. (Potter & Perry, 2010).

3) Tekanan Arteriolar

Tekanan arteriolar yang rendah akan mengurangi toleransi kulit terhadap tekanan sehingga dengan aplikasi tekanan yang rendah sudah mampu mengakibatkan jaringan

menjadi iskemia. Studi yang dilakukan oleh Bergstrom & Braden (1992) dalam Irawan (2010), menemukan bahwa tekanan sistolik dan tekanan diastolik yang rendah berkontribusi pada perkembangan dekubitus.

3. Risiko tinggi terjadinya luka dekubitus ditemukan pada :

Risiko tinggi terjadinya luka dekubitus ditemukan pada (Arisanty, 2013):

- a. Orang-orang yang tidak dapat bergerak misalnya lumpuh, sangat lemah, dipasung.
- b. Orang-orang yang tidak mampu merasakan nyeri, karena nyeri merupakan suatu tanda yang secara normal mendorong seseorang untuk bergerak. Kerusakan saraf misalnya akibat cedera, stroke, diabetes dan koma bisa menyebabkan berkurangnya kemampuan untuk merasakan nyeri.
- c. Orang-orang yang mengalami kekurangan gizi (malnutrisi) tidak memiliki lapisan lemak sebagai pelindung dan kulitnya tidak mengalami pemulihan sempurna karena kekurangan zat-zat gizi yang penting.
- d. Gesekan dan kerusakan lainnya pada lapisan kulit paling luar bisa menyebabkan terbentuknya luka dekubitus.

4. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala pada dekubitus untuk pertama kali ditandai dengan kulit eritema atau kemerahan, terdapat ciri khas dimana bila

ditekan dengan jari, tanda eritema akan lama kembali lagi atau persisten. Kemudian diikuti dengan kulit mengalami edema dan temperatur di area tersebut meningkat atau bila diraba akan terasa hangat, tanda pada luka dekubitus ini akan dapat berkembang hingga sampai ke jaringan otot dan tulang (Arisanty, 2013).

5. Komplikasi

Komplikasi dapat terjadi infeksi sebagai akibat dari kelemahan dan perawatan di rumah sakit yang berkepanjangan bahkan pada luka dekubitus (Arisanty, 2013).

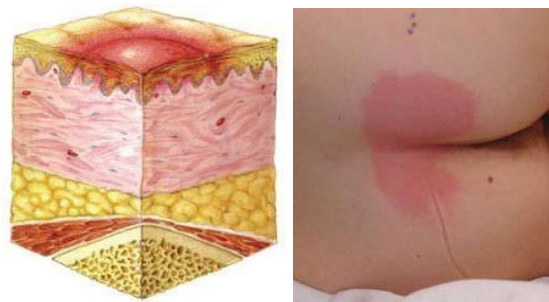
6. Stadium Luka Dekubitus

National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) tahun 2014 membagi derajat dekubitus menjadi enam dengan karakteristik sebagai berikut :

a. Derajat I : *Nonblanchable Erythema*

Derajat I ditunjukkan dengan adanya kulit yang masih utuh dengan tanda-tanda akan terjadi luka. Apabila dibandingkan dengan kulit yang normal, maka akan tampak salah satu tanda sebagai berikut : perubahan temperatur kulit (lebih dingin atau lebih hangat), perubahan konsistensi jaringan (lebih keras atau lunak), dan perubahan sensasi (gatal atau nyeri). Pada orang yang berkulit putih luka akan kelihatan sebagai kemerahan yang menetap, sedangkan pada orang kulit gelap, luka akan kelihatan sebagai warna merah yang menetap, biru atau ungu.

Cara untuk menentukan derajat I adalah dengan menekan daerah kulit yang merah (*erytoma*) dengan jari selama tiga detik, apabila kulitnya tetap berwarna merah dan apabila jari diangkat juga kulitnya tetap berwarna merah.



Gambar 2.4. Dekubitus derajat I (Sumber : NPUAP, 2014)

b. Derajat II : *Partial Thickness Skin Loss*

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

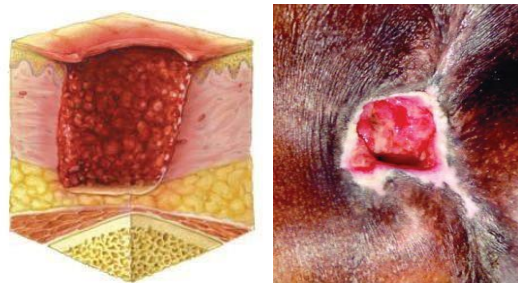


Gambar 2.5. Dekubitus derajat II (Sumber : NPUAP, 2014)

c. Derajat III : *Full Thickness Skin Loss*

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

Disebut sebagai “*typical dekubitus*” yang ditunjukkan dengan adanya kehilangan bagian dalam kulit hingga subkutan, namun tidak termasuk tendon dan tulang. *Slough* mungkin tampak dan mungkin meliputi *undermining* dan *tunneling*.

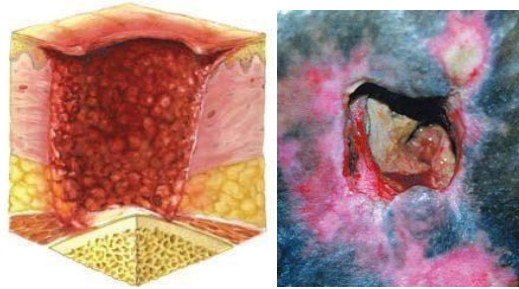


Gambar 2.6. Dekubitus derajat III (Sumber : NPUAP, 2014)

d. Derajat IV : *Full Thickness Tissue Loss*

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

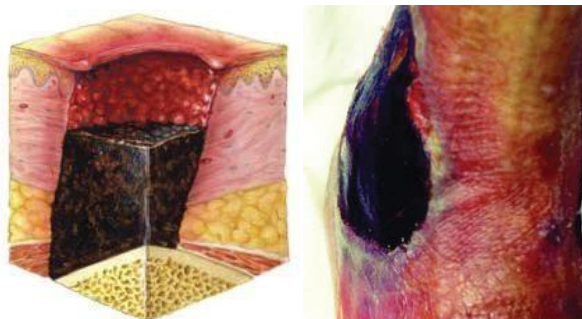
tendon atau sendi) dan memungkinkan terjadinya *osteomyelitis*. Tulang dan tendon yang terkena bisa terlihat atau teraba langsung



Gambar 2.7. Dekubitus derajat IV (Sumber : NPUAP, 2014)

e. *Unstageable : Depth Unknown*

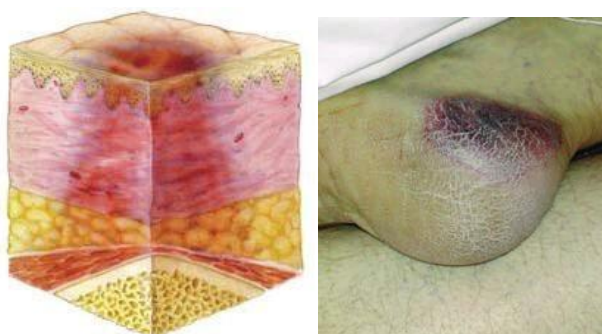
Kehilangan jaringan secara penuh dimana dasar luka (*wound bed*) ditutupi oleh *slough* dengan warna kuning, coklat, abu-abu, hijau, dan atau jaringan mati (*eschar*) yang berwarna coklat atau hitam didasar luka. *slough* dan atau *eschar* dihilangkan sampai cukup untuk melihat (*mengexpose*) dasar luka,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



Gambar 2.8. Dekubitus *unstageable / depth unknown*
(Sumber : NPUAP, 2014)

f. *Suspected Deep Tissue Injury : Depth Unknown*

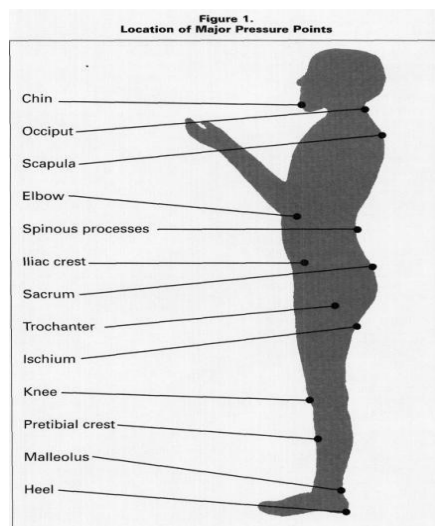
Berubah warna menjadi ungu atau merah pada bagian yang terkena luka secara terlokalisir atau kulit tetap utuh atau adanya *blister* (melepuh) yang berisi darah karena kerusakan yang mendasari jaringan lunak dari tekanan dan atau adanya gaya geser. Lokasi atau tempat luka mungkin didahului oleh jaringan yang terasa sakit, tegas, lembek, berisi cairan, hangat atau lebih dingin dibandingkan dengan jaringan yang ada di dekatnya. Cidera pada jaringan dalam mungkin sulit untuk di deteksi pada individu dengan warna kulit gelap. Perkembangan dapat mencakup *blister* tipis diatas dasar luka (*wound bed*) yang berkulit gelap. Luka mungkin terus berkembang tertutup oleh *eschar* yang tipis. Dari derajat dekubitus diatas, dekubitus berkembang dari permukaan luar kulit ke lapisan dalam (*top-down*), namun menurut hasil penelitian saat ini, dekubitus juga dapat berkembang dari jaringan bagian dalam seperti *fascia* dan otot walaupun tanpa adanya adanya kerusakan pada permukaan kulit. Ini dikenal dengan istilah *injury* jaringan bagian dalam (*Deep Tissue Injury*). Hal ini disebabkan karena jaringan otot dan jaringan subkutan lebih sensitif terhadap iskemia daripada permukaan kulit (Rijswijk & Braden, 1999).



Gambar 2.9. Dekubitus *Suspected deep tissue injury : depth unknown* (Sumber : NPUAP, 2014)

7. Tempat (lokasi) Kejadian Dekubitus

Dekubitus terjadi dimana tonjolan tulang kontak dengan permukaan. Adapun lokasi yang paling sering adalah sakrum, tumit, dan panggul. Penelitian yang dilakukan oleh Irawan (2014), 33,3% pasien mengalami dekubitus dengan lokasi kejadian adalah pada bagian sakrum 73,3%, dan tumit 13,2%, 20 pasien yang mengalami dekubitus derajat I, dan 18 pasien mengalami derajat II, sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Huda (2012), pasien yang mengalami dekubitus sebanyak 62, 5% (40) dengan kriteria 57,1% (30) mengalami derajat I, dan 42,9% mengalami derajat II, lokasi kejadian dekubitus dalam penelitian ini adalah pada tumit 35,7%, sakrum 22,9%, dan skapula 12,9%.



Gambar 2.10. Area yang paling beresiko terjadi dekubitus (Sumber:

NPUAP, 2014).

8. Pengkajian Resiko Terjadinya Dekubitus

Ada 5 (lima) instrumen yang digunakan dalam mengkaji resiko terjadinya dekubitus (Kozier, 2010). Sedangkan menurut Arisanty (2013), instrumen yang paling banyak digunakan serta direkomendasikan dalam mengkaji resiko terjadinya dekubitus antara lain : Skala *Norton*, *Braden*, dan Skala *Waterlow*.

a. Skala *Norton*

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

b. Skala *Braden*

Pada Skala *Braden* terdiri dari 6 sub skala faktor resiko terhadap kejadian dekubitus diantaranya adalah : persepsi sensori, kelembaban, aktivitas, mobilitas, nutrisi, pergeseran dan gesekan. Nilai total berada pada rentang 6 sampai 23, nilai rendah menunjukkan resiko tinggi terhadap kejadian dekubitus. Apabila skor yang didapat mencapai ≤ 16 , maka dianggap resiko

tinggi mengalami dekubitus. Berdasarkan beberapa hasil penelitian tentang validitas instrumen pengkajian resiko dekubitus antara lain untuk skala *Braden* di ruang ICU mempunyai sensitivitas 83% dan spesifitas 90% dan di *nursing home* mempunyai sensitivitas 46% dan spesifitas 88%, sedangkan diunit *orthopedic* mempunyai sensitivitas 64% dan spesifitas 87%, dan diunit *Cardiotorasic* mempunyai sensitivitas 73% dan spesifitas 91% (Bell J, 2005 dalam Irawan, 2014).

c. Skala *Waterlow*

Hasil revisi pada tahun 2005, pada skala *Waterlow* terdapat sembilan kategori klinis yang meliputi : tinggi badan dan peningkatan berat badan, tipe kulit dan area resiko yang tampak, jenis kelamin dan usia, skrining malnutrisi, mobilitas, malnutrisi jaringan, defisit neurologis, riwayat pembedahan atau trauma, serta riwayat pengobatan. Semakin tinggi skor, semakin tinggi resiko terjadinya dekubitus. Skor ≥ 20 diprediksi memiliki resiko sangat tinggi terjadinya dekubitus.

d. Skala *Gosnell*

Skala *Gosnell* pertama kali ditemukan pada tahun 1973. Pada skala ini mengacu pada skala *Norton*, namun pada skala ini juga ada beberapa *point* penilaian yang digantikan seperti : kondisi fisik menjadi nutrisi, dan inkontinensia dirubah menjadi kontinensia. Skala ini menilai lima faktor diantaranya adalah :

status mental, kontinensia, mobilisasi, aktivitas, dan nutrisi, total nilai berada pada rentang antara 5 sampai 20 dimana total nilai tinggi mengidentifikasi resiko kejadian dekubitus. Lima parameter tersebut digolongkan lagi menjadi 3 – 5 sub kategori, dimana skor yang lebih tinggi mempunyai resiko lebih besar terhadap kejadian dekubitus.

e. Skala *Knoll*

Skala ini dikembangkan berdasarkan faktor resiko pasien yang berada di ruang perawatan akut Rumah Sakit Besar. Pada skala ini ada delapan faktor resiko terhadap kejadian dekubitus diantaranya adalah : status kesehatan umum, status mental, aktivitas, mobilisasi, inkontinensia, asupan nutrisi melalui oral, asupan cairan melalui oral, dan penyakit yang menjadi faktor predisposisi. Total nilai berada pada rentang 0 sampai 33, nilai tinggi menunjukkan resiko tinggi terjadi dekubitus, nilai resiko berada pada nilai 12 atau lebih (Kozier, 2010).

Skala *Braden* mempunyai validitas yang paling tinggi dibandingkan dengan skala yang lainnya. Skala *Braden* lebih efektif dibandingkan dengan skala *Norton* dalam memprediksi risiko dekubitus di ruang ICU. Sedangkan menurut Mufarika (2013) dalam Irawan (2014), skala *Braden* mempunyai validitas prediksi yang baik dalam memprediksi kejadian dekubitus.

9. Pencegahan Dekubitus

Pencegahan dekubitus merupakan prioritas dalam perawatan pasien dan tidak terbatas pada pasien yang mengalami keterbatasan mobilisasi (Potter & Perry, 2010). Untuk mengurangi kemungkinan perkembangan dekubitus pada semua pasien, perawat harus melakukan berbagai macam tindakan pencegahan, seperti perawat menjaga kebersihan kulit pasien, untuk mempertahankan integritas kulit, mengajarkan pasien dan keluarga untuk pencegahan dan memberikan asuhan keperawatan mengenai cara mencegah dekubitus (Kozier, 2010).

Berdasarkan *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (2014), untuk mencegah kejadian terhadap dekubitus ada 5 (lima) point yang bisa digunakan untuk menilai faktor resiko dekubitus, antara lain sebagai berikut :

a. Mengkaji faktor resiko

Pengkajian resiko dekubitus seharusnya dilakukan pada saat pasien masuk Rumah Sakit dan diulang dengan pola yang teratur atau ketika ada perubahan yang signifikan pada pasien, seperti pembedahan atau penurunan status kesehatan (Potter & Perry, 2010). *National Pressure Ulcer Advisory Panel* mempertimbangkan semua pasien yang berbaring ditempat tidur dan dikursi roda, atau pasien yang kemampuannya terganggu untuk memposisikan dirinya, dengan menggunakan metode yang tepat dan valid yang dapat diandalkan untuk menilai pasien yang

berisiko terhadap kejadian dekubitus, mengidentifikasi semua faktor risiko setiap pasien (penurunan status mental, paparan kelembaban, inkontinensia, yang berkaitan dengan tekanan, gesekan, geser, imobilitas, tidak aktif, defisit gizi) sebagai panduan pencegahan terhadap pasien yang berisiko, serta memodifikasi perawatan yang sesuai dengan faktor risiko setiap pasien.

b. Perawatan pada kulit

Perawatan kulit yang dimaksud disini adalah dengan cara menjaga kebersihan kulit dan kelembaban kulit dengan memberikan *lotion* atau *creams*. Mengontrol kelembaban terhadap urine, feses, keringat, saliva, cairan luka, atau tumpahan air atau makanan, melakukan inspeksi setiap hari terhadap kulit. Kaji adanya tanda-tanda kerusakan integritas kulit. Penelitian yang dilakukan oleh Handayani, et al (2011) dalam Irawan (2014), pemberian *Virgin Coconut Oil (VCO)* dengan *Massage* efektif untuk digunakan dalam pencegahan dekubitus derajat I pada pasien yang berisiko mengalami dekubitus.

c. Perbaiki status nutrisi

Australian Wound Management Association (AWMA, 2012) memberikan rekomendasi untuk standar pemberian makanan untuk pasien dengan dekubitus antara lain intake energi/kalori 30 – 35 kal/kg per kgBB/hari, 1 – 1,5 g protein/kg per kg BB/hari

dan 30 ml cairan/kg per kg BB/hari.

d. *Support surface*

Support surface yang bertujuan untuk mengurangi tekanan (*pressure*), gesekan (*friction*) dan pergeseran (*shear*). *Support surface* ini terdiri dari tempat tidur, dan matras meja operasi, termasuk pelengkap tempat tidur dan bantal (AWMA, 2012).

e. Memberikan edukasi

Pendidikan kesehatan kepada keluarga dilakukan secara terprogram dan komprehensif sehingga keluarga diharapkan berperan serta secara aktif dalam perawatan pasien, topik pendidikan kesehatan yang dianjurkan adalah sebagai berikut : etiologi dan faktor resiko dekubitus, aplikasi penggunaan *tool* pengkajian resiko, pengkajian kulit, memilih dan atau gunakan dukungan permukaan, perawatan kulit individual, demonstrasi posisi yang tepat untuk mengurangi resiko dekubitus, dokumentasi yang akurat dari data yang berhubungan, demonstrasi posisi untuk mengurangi resiko kerusakan jaringan, dan sertakan mekanisme untuk mengevaluasi program efektifitas dalam mencegah dekubitus (NPUAP, 2014).

G. Konsep Keperawatan

Proses keperawatan terdiri atas lima tahap yang berurutan dan saling berhubungan, yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Tahap-tahap tersebut berintegrasi terhadap fungsi intelektual

problem-solving dalam mendefinisikan suatu asuhan keperawatan. Pada pertengahan tahun 1970-an, Bloch (1974), Roy (1975), Mundinger dan Jauron (1975), serta Aspinal (1976), menambahkan tahap diagnosis pada proses keperawatan sehingga menjadi lima tahap, yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

Tujuan proses keperawatan secara umum adalah untuk menyusun kerangka konsep berdasarkan keadaan individu (klien), keluarga, dan masyarakat agar kebutuhan mereka dapat terpenuhi. Proses keperawatan adalah suatu tahapan desain tindakan yang ditujukan untuk memenuhi tujuan keperawatan, yang meliputi mempertahankan keadaan kesehatan klien yang optimal, apabila keadaannya berubah menjadi suatu kuantitas dan kualitas asuhan keperawatan terhadap kondisinya guna kembali ke keadaan yang normal, jika kesehatan yang optimal tidak dapat tercapai, proses keperawatan harus dapat memfasilitasi kualitas kehidupan yang maksimal berdasarkan keadaannya untuk mencapai derajat kehidupan yang lebih tinggi selama hidupnya (Iyer et al., 1996 dalam Carpenito, 2007).

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang di hadapi pasien baik fisik, mental, sosial maupun spiritual dapat ditentukan. Tahap ini mencakup tiga kegiatan yaitu pengumpulan data, analisis data penentuan masalah kesehatan serta keperawatan. Diperoleh data dan informasi mengenai masalah kesehatan

yang ada pada pasien sehingga dapat ditentukan tindakan yang harus diambil untuk mengatasi masalah tersebut yang menyangkut aspek fisik, mental, sosial dan spiritual serta faktor lingkungan yang mempengaruhinya.

Pengkajian Klien Post Operasi Laparotomi

a. Data Klinis

Nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, No.MR

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Keluhan utama adalah keluhan atau gejala apa yang menyebabkan pasien berobat atau keluhan saat awal dilakukan pengkajian pertama kali masuk rumah sakit.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat kesehatan sekarang adalah menggambarkan riwayat kesehatan saat ini.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Riwayat kesehatan dahulu adalah riwayat penyakit yang merupakan predisposisi terjadinya penyakit saat ini.

c. Pada penulisan ini menggunakan pendekatan pola Fungsi kesehatan menurut Gordon:

1) Pola persepsi kesehatan atau manajemen kesehatan

Menggambarkan persepsi klien terhadap keluhan apa yang dialami klien, dan tindakan apa yang dilakukan sebelum masuk

rumah sakit.

2) Pola Nutrisi-Metabolik

Menggambarkan asupan nutrisi, cairan dan elektrolit, kondisi kulit dan rambut, nafsu makan, diet khusus/suplemen yang dikonsumsi, instruksi diet sebelumnya, jumlah makan atau minum serta cairan yang masuk, ada tidaknya mual, muntah, kekeringan, kebutuhan jumlah zat gizinya, dan lain-lain.

3) Pola Eliminasi

Pada pola eliminasi menggambarkan eliminasi pengeluaran sistem pencernaan, perkemihan, integumen, dan pernafasan.

4) Pola Kognitif Perseptual

Menggambarkan kemampuan proses berpikir klien, memori, tingkat kesadaran, dan kemampuan mendengar, melihat, merasakan, meraba, dan mencium, serta sensori nyeri.

5) Pola Aktivitas atau Latihan

Menggambarkan tingkat kemampuan aktivitas dan latihan, selain itu, fungsi respirasi dan fungsi sirkulasi. Pada klien dengan obstruktif ileus klien mengalami kelelahan, nyeri pada abdomen sehingga tidak dapat melaksanakan aktifitas sehari-hari

6) Pola Istirahat dan Tidur

Pola istirahat tidur menggambarkan kemampuan pasien mempertahankan waktu istirahat tidur serta kesulitan yang dialami saat istirahat tidur. Pada klien dengan obstruktif ileus

mengalami cemas, nyeri dan kram abdomen

7) Pola Nilai dan Kepercayaan

Pola nilai dan kepercayaan menggambarkan pantangan dalam agama selama sakit serta kebutuhan adanya kerohanian dan lain-lain. Pengaruh latar belakang sosial, faktor budaya, larangan agama mempengaruhi sikap tentang penyakit yang sedang dialaminya. Adakah gangguan dalam pelaksanaan ibadah sehari-hari.

8) Pola Peran dan Hubungan Interpersonal

Pola peran dan hubungan menggambarkan status pekerjaan, kemampuan bekerja, hubungan dengan klien atau keluarga, dan gangguan terhadap peran yang dilakukan. Adanya kondisi kesehatan mempengaruhi terhadap hubungan interpersonal dan mengalami hambatan dalam menjalankan perannya selama sakit

9) Pola Persepsi atau Konsep Diri

Pola persepsi menggambarkan tentang dirinya dari masalah-masalah yang ada seperti perasaan kecemasan, kekuatan atau penilaian terhadap diri mulai dari peran, ideal diri, konsep diri, gambaran diri, dan identitas tentang dirinya. Pada klien dengan obstruktif ileus adanya perubahan pada fungsi dan struktur tubuh akan menyebabkan gangguan pada gambaran diri : rasa terisolasi, harga diri rendah, mekanisme koping destruktif, perasaan tidak berdaya, kurang percaya diri dan putus asa

disertai emosi labil dan kesulitan untuk mengungkapkan.

10) Pola Koping atau Toleransi Stres

Pola koping/toleransi stres menggambarkan kemampuan untuk menangani stres dan penggunaan sistem pendukung. Pada klien dengan obstruktif ileus lama rawatan, perjalanan penyakit yang kronis, perasaan tidak berdaya dapat menyebabkan perasaan marah, cemas, takut, tidak sabaran, mudah tersinggung.

11) Pola Reproduksi dan Seksual

Pola reproduksi dan seksual menggambarkan pemeriksaan payudara/testis sendiri tiap bulan, dan masalah seksual yang berhubungan dengan penyakit. Pada laki-laki berhubungan dengan kebiasaan seks, sehingga penting untuk menghindari aktivitas seksual yang bebas. Pada pasien yang telah atau sudah menikah akan terjadi perubahan.

d. Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum ini dapat meliputi kesan keadaan sakit termasuk ekspresi wajah dan posisi pasien, kesadaran yang dapat meliputi penilaian secara kualitatif seperti kompos mentis, apatis, somnolen, spoor, koma dan delirium, dan status gizinya, GCS (*Glasow Coma Scale*).

e. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan laboratorium, radiologi.

f. Pengkajian Pasca Operasi

Pada umumnya klien dengan pasca operasi akan mengalami nyeri yang hebat sehingga diperlukan pengkajian nyeri dengan prinsip PQIRST (Muttaqin, 2008).

1) *Provoking Incident.*

Merupakan hal-hal yang menjadi faktor presipitasi timbulnya nyeri, biasanya berupa trauma pada bagian tubuh yang menjalani prosedur pembedahan

2) *Quality of Pain.*

Merupakan jenis rasa nyeri yang dialami klien. Klien dengan pasca operasi laparatomy biasa menghasilkan sakit yang bersifat menusuk atau seperti disayat-sayat.

3) *Region, Radiation, Relief*

Area yang dirasakan nyeri pada klien terjadi di area luka operasi. Imobilisasi atau istirahat dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan agar tidak menjalar atau menyebar.

4) *Severity (Scale) of Pain.*

Biasanya klien pasca operasi akan menilai sakit yang dialaminya dengan skala 5-7 dari skala pengukuran 0-10.

5) *Time.*

Merupakan lamanya nyeri berlangsung, kapan muncul dan dalam kondisi seperti apa nyeri bertambah buruk. Klien akan merasa lebih nyeri saat bagian yang mengalami pembedahan

dilakukan pergerakan.

2. Diagnosa Keperawatan

Tahap diagnosis adalah tahap pengambilan keputusan yang paling kritis, dimana perawat dapat menentukan masalahnya yang benar-benar dirasakan klien berikut argumentasinya secara rasional. Semakin perawat terlatih untuk berpikir kritis, maka ia akan semakin tajam dalam menentukan masalah atau diagnosa keperawatan klien baik diagnosa keperawatan yang sifatnya kemungkinan, potensial, ataupun yang aktual. Berpikir kritis memerlukan konseptualisasi dan keterampilan ini sangat penting dalam perumusan diagnosa, karena taksonomi diagnosa keperawatan pada dasarnya adalah suatu konsep (NANDA, 2015).

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akontabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah (NANDA, 2012). Perumusan diagnosa keperawatan :

- a. Aktual : menjelaskan masalah nyata saat ini sesuai dengan data klinik yang ditemukan.
- b. Resiko: menjelaskan masalah kesehatan nyata akan terjadi jika tidak di lakukan intervensi.
- c. Kemungkinan : menjelaskan bahwa perlu adanya data tambahan untuk memastikan masalah keperawatan kemungkinan.

- d. *Wellness* : keputusan klinik tentang keadaan individu, keluarga atau masyarakat dalam transisi dari tingkat sejahtera tertentu ke tingkat sejahtera yang lebih tinggi.
- e. Sindrom : diagnosa yang terdiri dari kelompok diagnosa keperawatan aktual dan resiko tinggi yang diperkirakan muncul atau timbul karena suatu kejadian atau situasi tertentu.

Diagnosa keperawatan yang bisa muncul pada klien dengan pasca operasi Laparatomi adalah (Herdman, 2012) :

- 1) Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh. Definisi : asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik.

Batasan kata karakteristik :

- a) Kram abdomen dan nyeri abdomen.
- b) Menghindari makanan.
- c) Berat badan 20% atau lebih di bawah berat badan ideal atau penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat.
- d) Kerapuhan kapiler.
- e) Diare
- f) Kehilangan rambut berlebih
- g) Bising usus hiperaktif.
- h) Kurang makanan dan kurang informasi.
- i) Kurang minat terhadap makanan.
- j) Tonus otot menurun.

- k) Mengeluh gangguan sensasi rasa.
- l) Mengeluh asupan makanan kurang dari RDA (*Recommended Daily Allowance*).
- m) Sariawan rongga mulut.
- n) Steatore.
- o) Kelemahan otot mengunyah dan otot untuk menelan.

Faktor yang berhubungan

- a) Ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrisi.
 - b) Ketidakmampuan untuk mencerna makanan.
 - c) Ketidakmampuan menelan makanan.
 - d) Faktor psikologis
- 2) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan neuromuskular, ketidakseimbangan perseptual / kognitif, peningkatan ekspansi paru, energi, obstruksi trakeobronkial.

Definisi : Definisi : Pertukaran udara inspirasi dan/atau ekspirasi tidak adekuat.

Batasan karakteristik :

- a) Penurunan tekanan inspirasi/ekspirasi
- b) Penurunan pertukaran udara per menit
- c) Menggunakan otot pernafasan tambahan
- d) Nasal flaring
- e) Dyspnea
- f) Orthopnea

- g) Perubahan penyimpangan dada
- h) Nafas pendek
- i) Assumption of 3-point position
- j) Pernafasan pursed-lip
- k) Tahap ekspirasi berlangsung sangat lama
- l) Peningkatan diameter anterior-posterior

Faktor yang berhubungan :

- a) Hiperventilasi
 - b) Deformitas tulang
 - c) Kelainan bentuk dinding dada
 - d) Penurunan energi/kelelahan
 - e) Perusakan/pelemahan muskulo-skeletal
 - f) Obesitas
 - g) Posisi tubuh
 - h) Kelelahan otot pernafasan
 - i) Hipoventilasi sindrom
 - j) Nyeri
 - k) Kecemasan
 - l) Disfungsi Neuromuskuler
 - m) Kerusakan persepsi/kognitif
 - n) Perlukaan pada jaringan syaraf tulang belakang
 - o) Imaturitas Neurologis
- 3) Nyeri akut

Definisi : pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa, awitannya yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung selama < 6 bulan.

Batasan Karakteristik :

- a) Perubahan selera makan.
- b) Perubahan tekanan darah.
- c) Perubahan frekuensi jantung.
- d) Perubahan frekuensi pernafasan.
- e) Laporan isyarat.
- f) Diaforesis.
- g) Perilaku distraksi.
- h) Mengekspresikan perilaku (merengek, menangis, gelisah).
- i) Sikap melindungi area nyeri.
- j) Melaporkan nyeri secara verbal.
- k) Perubahan posisi untuk melindungi nyeri.
- l) Gangguan tidur.

Faktor yang berhubungan :

Agens cedera (misalnya, biologi, fisik, zat kimia, psikologis)

4) Hambatan Mobilitas Fisik

Definisi : keterbatasan pada pergerakan fisik tubuh atau satu atau lebih

ekstremitas secara mandiri dan terarah.

Batasan karakteristik :

- a) Penurunan waktu reaksi.
- b) Kesulitan membolak-balik posisi.
- c) Dispnea setelah beraktivitas.
- d) Perubahan cara berjalan.
- e) Keterbatasan kemampuan melakukan keterampilan motorik kasar
- f) Keterbatasan rentang pergerakan sendi.
- g) Pergerakan lambat.
- h) Pergerakan tidak terkoordinasi.

Faktor yang berhubungan :

- a) Intoleransi aktivitas
- b) Ansietas.
- c) Kontraktur.
- d) Penurunan kekuatan otot.
- e) Ketidaknyamanan.
- f) Nyeri.
- g) Progam pembatasan gerak.

5) Resiko Infeksi

Definisi : mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik.

Faktor risiko :

- a) Penyakit kronis (DM/Obesitas)
- b) Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemajanan patogen.
- c) Pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat
 - (1) Gangguan peristaltik.
 - (2) Kerusakan integritas kulit.
 - (3) Trauma jaringan
 - (4) Penurunan hemoglobin

3. Intervensi keperawatan

Roy mendefinisikan bahwa tujuan intervensi keperawatan adalah meningkatkan respons adaptif berhubungan dengan 4 jenis respons. "*nursing aims is to increase the person's adaptive response and to decrease ineffective responses*" (Roy, 1984: 37). Perubahan internal dan eksternal dan stimulus input tergantung dari kondisi coping individu. Kondisi coping seseorang atau keadaan coping seseorang merupakan tingkat adaptasi seseorang. Tingkat adaptasi seseorang akan ditentukan oleh stimulus *focal*, *contextual*, dan *residual*. *Focal* adalah suatu respons yang diberikan secara langsung terhadap ancaman / input yang masuk. Penggunaan *focal* pada umumnya tergantung tingkat perubahan yang berdampak terhadap seseorang. *Stimulus contextual* adalah semua stimulus lain seseorang baik internal maupun eksternal yang mempengaruhi situasi dan dapat diobservasi, diukur, dan secara subyektif disampaikan oleh individu. *Stimulus residual* adalah karakteristik/ riwayat

dari seseorang yang ada dan timbul relevan dengan situasi yang dihadapi tetapi sulit diukur secara obyektif (Nursalam, 2008). Berikut diagnosa keperawatan, tujuan dan kriteria hasil beserta intervensi keperawatan pada pasien post operasi laparatomi (Nurarif dan Kusuma, 2015) :

Tabel 2.1

Diagnosa Keperawatan dan NOC NIC

No	Diagnosa Keperawatan	NOC Tujuan dan Kriteria Hasil	NIC Intervensi Keperawatan
1	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p> <p>Faktor yang berhubungan:</p> <p>a. Ketidakmampuan menelan</p> <p>b. Intoleransi makanan</p> <p>c. Kesulitan mengunyah</p> <p>d. Intake tidak adekuat</p> <p>Batasan Karakteristik:</p> <p>a. Berat badan kurang dari 20% atau lebih dibawah berat badan ideal untuk tinggi badan dan rangka tubuh</p> <p>b. Asupan makanan kurang dari kebutuhan metabolik, baik kalori total maupun zat gizi tertentu</p> <p>c. Kehilangan berat badan dengan asupan makanan</p>	<p>Nutritional Status : food and Fluid Intake</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam status nutrisi pasien normal dengan indikator :</p> <p>a. Intake nutrien normal</p> <p>b. Intake makanan dan cairan normal</p> <p>c. Berat badan normal</p> <p>d. Massa tubuh normal</p> <p>e. Pengukuran biokimia normal</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam status nutrisi: intake nutrient pasien adekuat dengan indikator:</p> <p>a. intake kalori</p> <p>b. intake protein</p> <p>c. intake lemak</p> <p>d. intake karbohidrat</p> <p>Keterangan skala:</p> <p>1= Tidak mencukupi</p> <p>2= Agak mencukupi</p> <p>3= Cukup mencukupi</p> <p>4= Pada dasarnya mencukupi</p> <p>5= Sepenuhnya mencukupi</p>	<p>Nutrisi Monitoring</p> <p>1.1 BB pasien dalam batas normal</p> <p>1.2 Monitor adanya penurunan berat badan</p> <p>1.3 Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan</p> <p>1.4 Monitor lingkungan selama makan</p> <p>1.5 Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan</p> <p>1.6 Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi</p> <p>1.7 Monitor turgor kulit</p> <p>1.8 Monitor kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah</p> <p>1.9 Monitor mual dan muntah</p> <p>1.10 Monitor kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar Ht</p> <p>1.11 Monitor makanan kesukaan</p> <p>1.12 Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva</p> <p>1.13 Monitor kalori dan</p>

	<p>yang adekuat</p> <p>d. Melaporkan asupan makanan yang tidak adekuat</p>		<p>intake nutrisi</p> <p>1.14 Catat adanya edema, hiperemik, hipertoni papila lidah dan cavitas oral.</p> <p>1.15 Catat jika lidah berwarna magenta, scarle</p>
2	<p>Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru.</p> <p>Batasan Karakteristik:</p> <p>a. Penurunan tekanan inspirasi/ekspirasi</p> <p>b. Penurunan pertukaran udara per menit</p> <p>c. Menggunakan otot pernafasan tambahan</p> <p>d. Nasal flaring</p> <p>e. Dyspnea</p> <p>f. Orthopnea</p> <p>g. Perubahan penyimpangan dada</p> <p>h. Nafas pendek</p> <p>i. Assumption of 3-point position</p> <p>j. Pernafasan pursed-lip</p> <p>k. Tahap ekspirasi berlangsung sangat lama</p> <p>l. Peningkatan diameter anterior-posterior</p>	<p>Respiratory status : Ventilation</p> <p>Respiratory status : Airway patency</p> <p>Vital sign Status</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan</p> <p>Selama 3x8 jam pola nafas pasien efektif dengan indikator :</p> <p>a. Status tanda-tanda vital</p> <p>b. Status pernafasan : Ventilasi</p> <p>c. Status pernafasan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>a. Warna kulit normal</p> <p>b. Pola nafas normal</p> <p>c. Saturasi > 95%</p> <p>d. Frekuensi nafas 12-20 kali permenit</p>	<p>Airway Manajemen</p> <p>2.1 Monitor pola nafas</p> <p>2.2 Kaji suara nafas</p> <p>2.3 Kaji adanya penggunaan otot-otot pernafasan</p> <p>2.4 Monitor saturasi oksigen</p> <p>2.5 Kaji warna kulit</p> <p>2.6 Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi</p> <p>2.7 Pasang mayo bila perlu</p> <p>2.8 Lakukan fisioterapi dada jika perlu</p> <p>2.9 Keluarkan sekret dengan batuk atau suction</p> <p>2.10 Bersihkan mulut, hidung dan secret trakea</p> <p>2.11 Pertahankan jalan nafas yang paten</p> <p>2.12 Ajarkan bagaimana batuk efektif</p>
3	<p>Nyeri akut Agen injury fisik (Pos.Op laparotomy)</p>	<p>Level Nyeri</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama</p>	<p>Pain Manajemen</p> <p>3.1 Lakukan pengkajian nyeri secara</p>

<p>Batasan</p> <p>Karakteristik :</p> <ol style="list-style-type: none"> Perubahan selera makan. Perubahan tekanan darah. Perubahan frekuensi jantung. Perubahan frekuensi pernafasan. Laporan isyarat. Diaforesis. Perilaku distraksi. Mengekspresikan perilaku (merengek, menangis, gelisah). Sikap melindungi area nyeri. Melaporkan nyeri secara verbal. Perubahan posisi untuk melindungi nyeri. Gangguan tidur. 	<p>3x8 jam nyeri berkurang dengan kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Laporkan frekuensi nyeri Kaji frekuensi nyeri Lamanya nyeri berlangsung Ekspresi wajah terhadap nyeri Kegelisahan Perubahan TTV <p>Kontrol Nyeri</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengenal faktor penyebab Gunakan tindakan pencegahan Gunakan tindakan non analgetik Gunakan analgetik yang tepat <p>Keterangan Skala:</p> <p>1 = tidak menunjukkan 2 = jarang menunjukkan 3 = kadang-kadang menunjukkan 4 = sering menunjukkan 5 = selalu menunjukkan</p>	<p>komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.2 Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3.3 Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien 3.4 Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri 3.5 Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau 3.6 Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau 3.7 Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan 3.8 Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 3.9 Kurangi faktor presipitasi nyeri 3.10 Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal) 3.11 Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi 3.12 Ajarkan tentang teknik non farmakologi 3.13 Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
---	---	---

			<p>3.14 Evaluasi keefektifan kontrol nyeri</p> <p>3.15 Tingkatkan istirahat</p> <p>3.16 Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil</p> <p>3.17 Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri</p> <p><i>Analgesic Administration</i></p> <p>3.18 Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat</p> <p>3.19 Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi</p> <p>3.20 Cek riwayat alergi</p> <p>3.21 Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu</p> <p>3.22 Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri</p> <p>3.23 Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal</p> <p>3.24 Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur</p> <p>3.25 Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali</p> <p>3.26 Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat</p> <p>3.27 Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala (efek samping)</p>
--	--	--	--

4	<p>Hambatan mobilitas fisik</p> <p>Faktor yang berhubungan</p> <ol style="list-style-type: none"> Penurunan kekuatan kendali atau massa otot Ketidaknyamanan Intoleransi aktivitas dan penurunan kekuatan pertahanan Kelemahan sekunder terhadap pembedahan Nyeri <p>Batasan karakteristik</p> <ol style="list-style-type: none"> Gerakan lambat Gerakan spastik Keterbatasan rentang gerak Ketidaknyamanan Kesulitan membolak balik posisi 	<p>Mobility level</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam status nutrisi pasien normal dengan indikator :</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Keseimbangan penampilan Memposisikan tubuh Gerakan otot Gerakan sendi Ambulansi jalan Ambulansi kursi roda <p>Keterangan Skala:</p> <p>1 = Mandiri total 2 = Memerlukan penggunaan peralatan 3 = Memerlukan bantuan dari orang lain untuk membantu mengawasi dan mengajari 4 = Memerlukan bantuan dari orang lain dan peralatan 5 = Ketergantungan total</p>	<p>Exercise Therapy:</p> <p>Ambulation</p> <ol style="list-style-type: none"> Bantu pasien untuk menggunakan fasilitas alat bantu jalan dan cegah kecelakaan atau jatuh Tempatkan tempat tidur pada posisi yang mudah dijangkau/diraih pasien. Konsultasikan dengan fisioterapi tentang rencana ambulansi sesuai kebutuhan Monitor pasien dalam menggunakan alat bantu jalan yang lain Instruksikan pasien/pemberi pelayanan ambulansi tentang teknik ambulansi.
5	<p>Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan primer (kerusakan kulit, trauma jaringan lunak, prosedur invasiv/pembedahan)</p>	<p>Kontrol Infeksi</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan kontrol infeksi selama 3 x 8 jam diharapkan tidak ada infeksi sehingga resiko infeksi tidak terjadi.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi Tidak ada tanda-tanda infeksi (<i>dolor, calor, rubor, tumor</i>) Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi <p>Keterangan Skala :</p>	<p>Infection Control (Kontrol infeksi)</p> <ol style="list-style-type: none"> Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain Pertahankan teknik isolasi Batasi pengunjung bila perlu Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien Gunakan sabun

		<p>1 = Tidak pernah menunjukkan 2 = Jarang menunjukkan 3 = Kadang menunjukkan 4 = Sering menunjukkan 5 = Selalu menunjukkan</p>	<p>antimikrobia untuk cuci tangan</p> <p>5.6 Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan</p> <p>5.7 Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung</p> <p>5.8 Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat</p> <p>5.9 Tingkatkan intake nutrisi</p> <p>5.10 Berikan terapi antibiotik bila perlu</p> <p><i>Infection Protection</i> (proteksi terhadap infeksi)</p> <p>5.11 Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal</p> <p>5.12 Monitor hitung granulosit, WBC</p> <p>5.13 Monitor kerentanan terhadap infeksi</p> <p>5.14 Batasi pengunjung</p> <p>5.15 Saring pengunjung terhadap penyakit menular</p> <p>5.16 Pertahankan teknik aseptis pada pasien yang beresiko</p> <p>5.17 Pertahankan teknik isolasi</p> <p>5.18 Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase</p> <p>5.19 Inspeksi kondisi luka / insisi bedah</p> <p>5.20 Dorong masukan nutrisi yang cukup</p> <p>5.21 Dorong masukan cairan</p> <p>5.22 Instruksikan pasien untuk minum antibiotik</p>
--	--	---	--

			sesuai resep 5.23 Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi 5.24 Ajarkan cara menghindari infeksi 5.25 Laporkan kecurigaan infeksi
--	--	--	--

4. Tindakan Keperawatan

Merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada *nursing orders* untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan pasien. Adapun tahap-tahap dalam tindakan keperawatan (Hidayat, 2007), adalah sebagai berikut :

a. Tahap 1 : persiapan

Tahap awal tindakan keperawatan ini menuntut perawat untuk mengevaluasi yang diidentifikasi pada tahap perencanaan.

b. Tahap 2 : intervensi

Fokus tahap pelaksanaan tindakan perawatan adalah kegiatan dan pelaksanaan tindakan dari perencanaan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional. Pendekatan tindakan keperawatan meliputi tindakan independen, dependen interdependen.

c. Tahap 3 : dokumentasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan harus diikuti oleh pencatatan yang

lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan.

5. Evaluasi Keperawatan

Perencanaan evaluasi memuat kriteria keberhasilan proses dan keberhasilan tindakan keperawatan. Keberhasilan proses dapat dilihat dengan jalan membandingkan antara proses dengan pedoman atau rencana proses tersebut. Sasaran evaluasi (Nursalam, 2008), adalah sebagai berikut:

- a. Proses asuhan keperawatan, berdasarkan kriteria atau rencana yang telah disusun)
- b. Hasil tindakan keperawatan, berdasarkan kriteria keberhasilan yang telah di rumuskan dalam rencana evaluasi.

Terdapat 3 kemungkinan hasil evaluasi yaitu :

- a. Tujuan tercapai, apabila pasien telah menunjukkan perbaikan atau kemajuan sesuai dengan kriteria yang telah di tetapkan.
- b. Tujuan tercapai sebagian, apabila tujuan itu tidak tercapai secara maksimal, sehingga perlu di cari penyebab dan cara mengatasinya. Tujuan tidak tercapai, apabila pasien tidak menunjukkan perubahan atau kemajuan sama sekali bahkan timbul masalah baru. Dalam hal ini perawat perlu untuk mengkaji secara lebih mendalam apakah terdapat data, analisis, diagnosa, tindakan, dan faktor-faktor lain yang tidak

sesuai yang menjadi penyebab tidak tercapainya tujuan. Setelah seorang perawat melakukan seluruh proses keperawatan dari pengkajian sampai dengan evaluasi kepada pasien, seluruh tindakannya harus di dokumentasikan dengan benar dalam dokumentasi keperawatan.

- c. Tujuan tidak tercapai, apabila pasien tidak menunjukkan perubahan / kemajuan sama sekali bahkan timbul masalah baru. dalam hal ini perawat perlu untuk mengkaji secara lebih mendalam apakah terdapat data, analisis, diagnosa, tindakan, dan faktor-faktor lain yang tidak sesuai yang menjadi penyebab tidak tercapainya tujuan.

6. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi adalah segala sesuatu yang tertulis atau tercetak yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang, tujuan dalam pendokumentasian (Nursalam, 2008), yaitu :

- a. Komunikasi

Sebagai cara bagi tim kesehatan untuk mengkomunikasikan (menjelaskan) perawatan pasien termasuk perawatan individual, edukasi pasien dan penggunaan rujukan untuk rencana pemulangan.

- b. Tagihan *financial*

Dokumentasi dapat menjelaskan sejauhmana lembaga perawatan mendapatkan ganti rugi (*reimburse*) atas pelayanan yang diberikan bagi pasien.

- c. Edukasi

Dengan catatan ini peserta didik belajar tentang pola yang harus ditemui dalam berbagai masalah kesehatan dan menjadi mampu untuk mengantisipasi tipe perawatan yang dibutuhkan pasien.

d. Pengkajian

Catatan memberikan data yang digunakan perawat untuk mengidentifikasi dan mendukung diagnosa keperawatan dan merencanakan intervensi yang sesuai.

e. Pemantauan

Tinjauan teratur tentang informasi pada catatan pasien memberi dasar untuk evaluasi tentang kualitas dan ketepatan perawatan yang diberikan dalam suatu institusi.

f. Dokumentasi legal

Pendokumentasian yang akurat adalah salah satu pertahanan diri terbaik terhadap tuntutan yang berkaitan dengan asuhan keperawatan.

g. Riset

Perawat dapat menggunakan catatan pasien selama studi riset untuk mengumpulkan informasi tentang faktor-faktor tertentu. Audit dan pemantauan

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

BAB IV

ANALISA SITUASI

SILAHKAN KUNJUNGI

PERPUSTAKAAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH

KALIMANTAN TIMUR

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan

Pada analisis praktik klinik keperawatan pada Bapak. A dengan post operasi Laparatomi dengan indikasi Ileus Obstuktif di Ruang ICU RSUD AWS Samarinda yang dilakukan oleh penulis didapatkan data subyektif dan obyektif yang mengarah pada masalah keperawatan yaitu 1) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan nyeri dan distensi abdomen. 2) Nyeri akut berhubungan dengan Agen injury fisik (Post.Op laparotomy). 3) Konstipasi berhubungan dengan kelemahan peristaltic. 4) Intoleran aktivitas berhubungan dengan imobilisasi. 5) Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik (imobilitas fisik). 6) Resiko infeksi berhubungan dengan ketidak adekuatan pertahanan primer.

Pada enam masalah keperawatan yang ditemukan masalah keperawatan diurutkan dalam bentuk prioritas tinggi, sedang dan rendah. Pada tindakan inovasi untuk mengatasi masalah tirah baring Bapak. A adalah dengan masasse punggung menggunakan VCO. Hasilnya menunjukkan setelah 3 (tiga) hari perawatan terdapat perubahan terhadap skala Branden yang digunakan sebagai pengukuran decubitus, yaitu dari 12 (kriteria berat) menjadi 17 (kriteria ringan). Teknik terapi ini sangat baik bagi kesehatan, teknik terapi ini merupakan terapi komplementer inovasi yang akhir-akhir ini diterapkan dan dapat bermanfaat untuk mencegah dekubitus akibat tirah baring. Hal ini dibuktikan oleh Fatonah, (2013), dengan judul “ Efektifitas Penggunaan Virgin Coconut Oil (VCO) secara Topikal

untuk Mengatasi Luka Tekan (Dekubitus) Grade I Dan II”. Desain Penelitian kuasi eksperimen yang bertujuan untuk mengetahui efektifitas penggunaan Virgin Coconut Oil terhadap penyembuhan luka tekan grade I dan II pada pasien yang mengalami luka tekan. Alat pengumpul data lembar observasi skor bates jensen sebagai instrumen pengukuran proses penyembuhan luka. Sampel penelitian 42 responden yang terbagi kedalam 21 kelompok intervensi dan 21 responden kelompok kontrol. Uji statistik menggunakan independen t-test dengan alpha 5%. Hasil penelitian menunjukkan ada perbedaan yang signifikan terhadap penurunan skor bates jensen pada pasien yang dirawat dengan VCO dibandingkan dengan minyak kelapa biasa ($p-v = 0,000$). Analisis multivariat menunjukkan faktor kadar albumin mempengaruhi selisih skor bates jensen pada pasien yang dirawat dengan VCO.

Dari beberapa penelitian terdahulu telah membuktikan bahwa teknik relaksasi dapat dijadikan pengobatan non farmakologi pada pasien. Karena pada dasarnya manusia terdiri dari aspek biologi, psikologi, sosial dan spiritual, sehingga diharapkan para pemberi asuhan keperawatan selalu menyeluruh untuk mendapatkan hasil yang maksimal.

B. Saran

Dalam analisis ini ada beberapa saran yang disampaikan yang kiranya dapat bermanfaat dalam pelayanan keperawatan khususnya penatalaksanaan pencegahan dekubitus pada klien dengan tirah baring sebagai berikut :

1) Bidang keperawatan

Bidang keperawatan hendaknya dapat menjadi pioner program adanya terapi modalitas dengan memberikan banyak referensi pelatihan terkait hal ini.

2) Bidang Diklit

Bidang diklit hendaknya memberikan kesempatan kepada perawat untuk dapat melakukan banyak penelitian tentang terapi modalitas dan membuat kumpulan SOP terkait hal ini

3) Perawat

Perawat hari ini hendaknya inovatif dengan meningkatkan kapasitas dirinya dengan berinovasi pada terapi modalitas dan tidak terpaku pada tindakan advis medis saja.

DAFTAR PUSTAKA

- Azevedo, R.P., & Machado, F.R. (2013). Constipation in critically ill patients: much more than we imagine. *Rev Bras Ter Intensiva*, 25(2), 73–78.
- Assuncao, (2009), Effect of Dietary Coconut Oil On the Biochemical and anthropometric profiles of women presenting abdominal obesity lipids 44 : 593-601.
- Bambang Setyohadi, (2015). Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid II Ed 5. Jakarta: EGC
- British Thoracic Society standards of care committee.* (2014). *Noninvasive ventilation in acute respiratory failure.* *Thorax* 2014;57:192-211.
- Brunner and Suddarth. (2015). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, edisi. 8 volume 2. Jakarta : EGC
- Corwin, Elizabeth J, (2011), *Buku saku Patofisiologi*, Edisi bahasa Indonesia, EGC, Jakarta
- Djojoningrat, (2009). Dispepsia Fungsional. Buku ajar Ilmu. Penyakit Dalam. Jilid I edisi IV. Jakarta: BP FKUI
- Drossman D. Rome III, (2016). *The new criteria.* *Chinese Journal of Digestive Diseases.* 2016; 7:181-5.
- Ginting, dameraia, Agung Waluyo dan Lestari (2015). Mengatasi konstipasi pasien stroke dengan masase abdomen dan minum air putih hangat. *Jurnal keperawatan Indonesia.* Vol 18. No 1, Maret 2015, hal 23-30.
- Guerra, T.L., Mendonca, S.S., & Marshall, N.G. (2013). Incidence of constipation in an intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva*, 25(2), 87–92.
- Gumiwang. (2016). Peran Triglicerida sebagai faktor resiko kardiovaskuler. Pusat

penerbitan departemen ilmu penyakit dalam. Jakarta : FKUI.

Guyton, Arthur C.(2016). Buku Ajar Fisiologi Edisi Tujuh. Alih Bahasa, Tengadi, dkk. Jakarta:EGC.

Hapsari,N (2007) pembuatan Virgin Coconut Oil (VCO) dengan metode sentrifigasi jurnal, teknik kimia UPN Veteran Surabaya.

Hasanul, H.T (2012) Pemanfaatan VCO dengan teknik *Massage* dalam penyembuhan luka Decubitus derajat 2 para lansia. Skripsi Stikes Kusuma Husada Surakarta.

Ismayadi (2016). *Proses menua (Aging proses)*. Artikel Universitas Sumatra Utara

Kahraman, B.B., & Ozdemir, L. (2015). The Impact of abdominal *Massage* administered to intubated and enterall fed patients on the development of ventilasi mekanik associated pneumonia: a randomized controlled study. *International Journal of Nursing Studies*, 519– 524.

Kyle.G. (2011). Constipation: review of management and treatment. *Journal of Community Nursing*, 23(6), 30–38.

Lamas, UH Graneheim, S Strang (2012). Experience of abdominal *Massage* for constipations. *International Journal of Nursing* , 21 (5-6), 757–765.

Marza-Danila, D. (2011). *The Effectiveness of Usimg Certain Combine Reflex Massage Methods in Treating Functional Constipation*. *Journal of Phycical Education and Sport*, 74-78. No.1 Vol XII

Mehta S, Hill N.(2013). *Noninvasive ventilation*. *Am J Respir Crit Care Med* ;163:540-77.

Nurarif, Amin Huda dan Hardhi Kusuma. (2012). *Handbook for Health Student*. Yogya: Mediacion Publishing.

Price, Sylvia.(2014) *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-proses Penyakit*.

Jakarta: EGC.

Pontopidan (2015). *Bahan Kuliah Keperawatan Gawat Darurat PSIK Angkatan I*, Universitas Airlangga, Surabaya

Potter & Perry (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Jakarta :Penerbit Buku Kedokteran EGC

Santos FB, Nagato LKS, Zin WA, (2012). *Control of breathing*. In: *Lucangelo U editor. Respiratory system and artificial ventilation*. New York: Springer;2012.p.3-20.

Setiawan,arif. (2015). *Sport Massage pijat kebugaran*. Yogyakarta : Magnum Pustaka Utama

Shandu. (2011). *What is Abdominal Massage*. Artikel International Professional School of Bodywork Massage Therapy Center

Sinclair, M. (2011). The use of abdominal *Massage* to treat chronic constipation. *Journal of Bodywork & Movement Therapies*, doi:10.1016/j.jbmt.2010.07.007.

Siregar. (2013). *Kebutuhan Dasar Manusia Eliminasi BAB*. Artikel Universitas Sumatera Utara

Suarsyaf hani dan Dyah (2015). Pengaruh terapi pijat terhadap konstipasi. *Majority*. Vol 4. No. 9. Desember 2015

Sudoyo, Aru et al.(2009). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: FKUI.

Tekunduz, K.S., Gurol, A., Apay, S.E., & Caner, I. (2014). Effect of abdomen *Massage* for prevention of feeding intolerance in preterm infants. *Italian Journal of Pediatrics*, 40(1), 1–6.

Toner & Claros (2012). *Preventing, Assessing and Managing Constipation in Older Adults*. Lippicott Williams & Wilkins.

Van Der Plas, R.N., Benninga, M.A., Stalman, C.R., Akkermans, L., Redekop, W., Taminiou, J.A. (2016). *Megarectum in constipation. Arch Dis Child*; 83(1):52-58.

Vincent, J.L., & Preiser, J.C. (2015). *Getting critical about constipation. Practical Gastroenterology. 144*, 14–25.