

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Cidera Kepala

1. Pengertian

Cidera kepala merupakan kerusakan yang disebabkan oleh serangan atau benturan fisik dari luar yang dapat mengubah kesadaran yang dapat menimbulkan kerusakan fungsi kognitif maupun fungsi fisik. (Brain Injury Association of America, 2006).

Cidera kepala adalah suatu trauma yang mengenai kulit kepala, tulang tengkorak atau otak yang terjadi akibat injury baik secara langsung maupun tidak langsung dengan disertai atau tanpa disertai perdarahan yang mengakibatkan gangguan fungsi otak (Smeltzer dan Bare, 2012). Cidera kepala adalah suatu injury yang terjadi pada kulit kepala, tengkorak atau otak karena adanya benturan atau pukulan mendadak pada kepala dengan atau tanpa penurunan kesadaran.

Cidera kepala adalah serangkaian kejadian patofisiologis yang terjadi setelah trauma kepala yang dapat melibatkan setiap komponen mulai dari kulit kepala, tulang, jaringan otak atau kombinasinya (Price dan Wilson, 2012).

Cidera kepala merupakan cidera mekanik yang secara langsung atau tidak langsung mengenai kepala dan mengakibatkan kerusakan jaringan otak sehingga menyebabkan gangguan neurologi yang menyebabkan nyeri (Miranda & Hilman, 2014).

2. Etiologi cidera kepala

Cidera kepala disebabkan sebagian besar karena kecelakaan lalu lintas. Sekitar 60% kejadian cidera kepala diakibatkan karena kecelakaan lalu lintas, 20-30% disebabkan karena jatuh, 10% disebabkan oleh kekerasan sisanya disebabkan oleh perlukaan yang terjadi di rumah maupun ditempat kerja

Cidera kepala bisa disebabkan dua faktor, yaitu :

- a. Trauma Primer : terjadi akibat trauma kepala secara langsung maupun tidak langsung (akselerasi atau deselerasi).
- b. Trauma Sekunder : terjadi akibat trauma saraf (melalui akson) yang meluas, hipertensi intracranial, hipoksia, hiperkapnea, atau

hipotensi sistemik.(Sibuea, 2009).

3. Tingkat Keparahan Cidera Kepala

Penurunan tingkat kesadaran merupakan indikator yang sangat penting dalam menilai dan menentukan derajat keparahan dan kerusakan otak akibat cidera kepala. Untuk mengetahui tingkat kesadaran dan kerusakan otak akibat cidera dapat menggunakan Glasgow Coma Scale (GCS). GCS adalah suatu skala untuk mengukur tingkat kesadaran seseorang yang terdiri dari 3 aspek yaitu respon membuka mata (Eye Opening), respon berbicara (verbal Respon) dan respon motorik (Motoric Response).

4. Cara menentukan tingkatan cidera kepala berdasarkan Glasgow Coma Scale

Berdasarkan nilai Glasgow Coma Scale (GCS) Cidera kepala dapat diklasifikasikan menjadi 3 kelompok yaitu:

- a. Cidera Kepala Ringan (CKR) dengan GCS 14-15 berdasarkan CT Scan kepala tidak terdapat kelainan dengan lama rawat dirumah sakit kurang dari 48 jam.
- b. Cidera Kepala Sedang (CKS) dengan GCS 9-13 berdasarkan CT Scan kepala terdapat kelainan berupa perdarahan atau lesi dan memerlukan tindakan operasi serta dirawat dirumah sakit setidaknya selama 48 jam samap 1 minggu.
- c. Cidera Kepala Berat (CKB) dengan GCS 8 atau kurang dari 8, jika lebih dari 48 jam paska truma atau pasca pembedahan tidak ada peningkatan kesadaran.(Dewi, 2016).

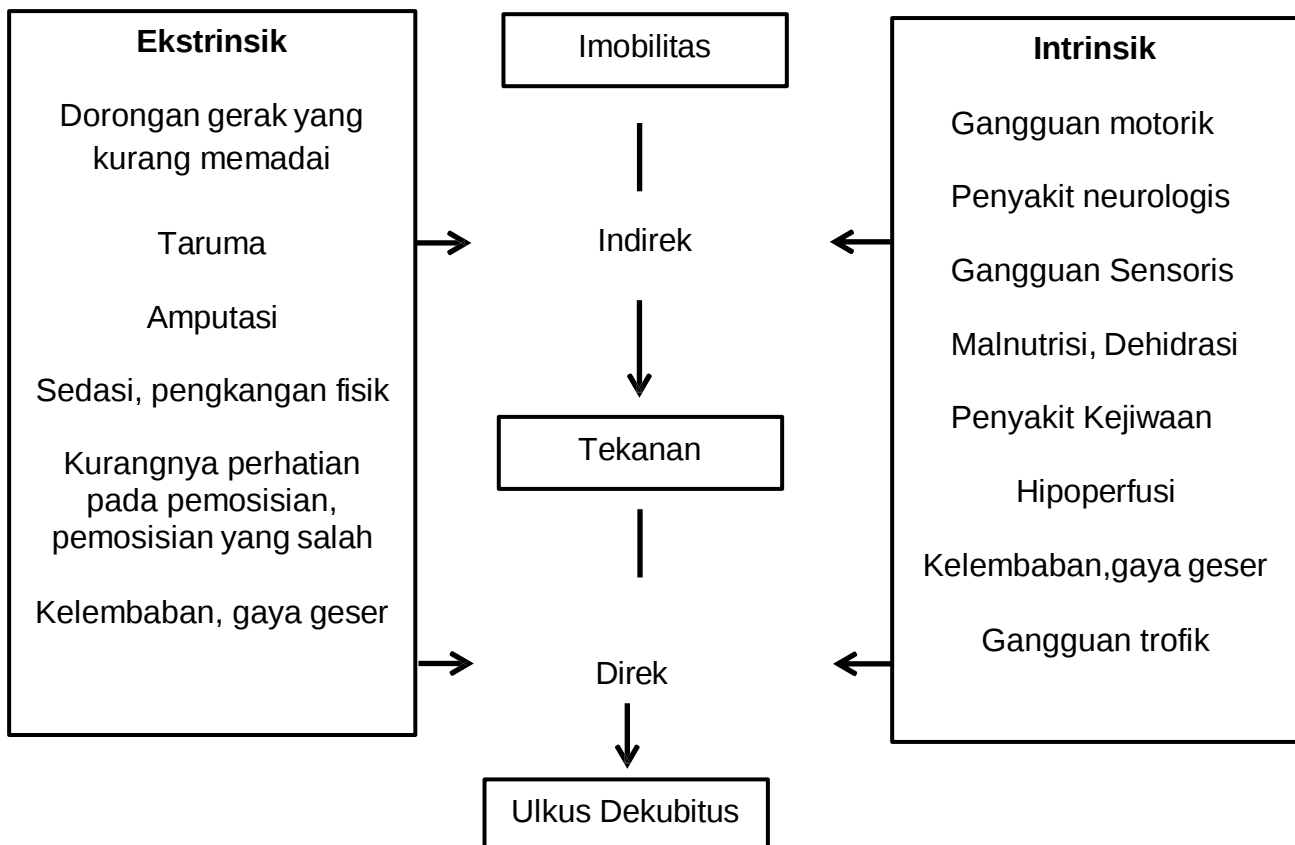
2.2. Konsep Teori Dekubitus

Dekubitus adalah luka akibat trauma atau pembedahan yang mempengaruhi keutuhan kulit atau penyakit kronis akibat penekanan berulang pada kulit yang menyebabkan iritasi. Dekubitus adalah masalah yang sangat serius, terutama bagi mereka yang harus menghabiskan

banyak waktu di rumah sakit dan tidak bisa berbuat banyak. Orang yang harus berbaring di tempat tidur dalam waktu lama bisa mengalami dekubitus.

Sebagai hasil dari tekanan berkepanjangan yang menyebabkan peningkatan tekanan kapiler, dekubitus terjadi di area lokal dengan jaringan nekrotik dan biasanya terjadi pada permukaan dengan tonjolan tulang.(Alimansur, 2019)

A. Patofisiologi dekubitus



Bagan 2.1 : Patofisiologi ulkus dekubiitus

Melalui darah, jaringan memperoleh nutrisi dari oksigen dan membuang sisa metabolisme. Dengan mengurangi atau menghambat sirkulasi jaringan, penekanan mempengaruhi metabolisme sel dan akhirnya menyebabkan iskemia dan nekrosis jaringan. Iskemia jaringan adalah tidak adanya atau berkurangnya

sebagian besar aliran darah lokal akibat penyumbatan. Berat badan pasien ditopang oleh penonjolan tulang saat berbaring atau duduk. Kemungkinan kerusakan kulit meningkat dengan durasi tekanan. Saat tekanan menyebabkan periode hiperemia reaktif atau peningkatan tiba-tiba aliran darah ke area tersebut, ini disebut respons atau kompensasi. Ini hanya bekerja jika kulit dibebaskan dari tekanan sebelum terjadi nekrosis . (Armi, 2019).

Ketika tekanan lebih tinggi dari tekanan penutupan tipis biasa 13-32 mm Hg, kerusakan jaringan terjadi. Setelah periode iskemik, kulit yang berwarna putih atau terang dapat berubah menjadi reaktivitas hiperemik, yang normal dan abnormal. Pada hiperemia reaktif normal, tubuh merespons penurunan aliran darah ke jaringan di bawahnya dengan memproduksi vasodilatasi normal, biasanya dalam satu jam. Di sisi lain, setelah tekanan dihilangkan, reaktivitas hiperemik abnormal, juga dikenal sebagai vasodilatasi berlebihan, dapat berlangsung antara satu jam hingga dua minggu. (Syapitri & Henny, 2018).

Tekanan dapat ditoleransi oleh kulit dan jaringan subkutan. Namun, aliran darah ke jaringan akan terhambat jika tekanan eksternal lebih besar dari tekanan pada dinding kapiler. Jaringan ini akan mengalami hipoksia, yang pada akhirnya akan mengakibatkan cedera akibat iskemia. Pembuluh darah akan kolaps dan membentuk trombus jika tekanan tetap di atas 32 mmHg melewati titik kritis hipoksia; namun, sirkulasi ke jaringan akan pulih jika tekanan ini dihindari sebelum titik kritis hipoksia. (Armi, 2019).

B. Faktor yang mempengaruhi decubitus

Faktor risiko yang menyebabkan dekubitus dapat dibagi menjadi dua kategori: faktor yang bersifat intrinsik dan eksternal. faktor paling signifikan yang didukung oleh gesekan, hambatan, kelembapan, dan imobilisasi yang berkepanjangan, termasuk pembatasan fisik. Sedangkan faktor decubitus intrinsik adalah faktor yang berasal Faktor ekstrinsik adalah faktor luar yang berkaitan dengan pengaruh kerusakan lapisan luar kulit. Adanya tekanan dan durasi yang cukup merupakan dari pasien, seperti penuaan kulit pasien, hilangnya sensasi pada

kulit pasien, gangguan sirkulasi darah, penurunan berat badan, dehidrasi, dan malnutrisi (Tarihoran, 2019).

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi dekubitus sebagai berikut :

- Mobilisasi dan aktivitas

Aktivitas adalah kemampuan untuk bergerak, sedangkan mobilisasi adalah kemampuan untuk mengubah dan mempertahankan posisi tubuh. Luka tekan lebih mungkin terjadi pada pasien yang tidak dapat mengubah posisi dan berbaring di tempat tidur untuk waktu yang lama. Faktor terpenting dalam kejadian dekubitus adalah imobilisasi, yang terjadi pada orang yang tidak mampu mengubah posisi untuk menghilangkan tekanan. (Yustina et al., 2021).

- Penurunan persepsi sensori

Karena tekanan di atas tulang yang menonjol, pasien yang persepsi sensoriknya berkurang akan mengalami lebih sedikit rasa sakit. Terkadang, pasien tidak dapat merasakan tekanan atau rasa sakit. Ulkus dekubitus dapat berkembang pada pasien jika hal ini berlanjut untuk waktu yang lama.(Yustina et al., 2021). Kelembapan yang mendorong gesekan (*friction*) dan perobekan jaringan (*shear*) (Yustina et al., 2022). Gesekan Ketika dua permukaan bergerak berlawanan arah, gesekan terjadi. Epidermis permukaan kulit dapat dirugikan oleh gesekan. (Yustina et al., 2021).

- Nutrisi

Nutrisi Karena penurunan asupan nutrisi dan penurunan nafsu makan yang disebabkan oleh gangguan menelan, pasien tirah baring dengan penyakit seperti stroke biasanya mengalami penurunan berat badan. Dekubitus umumnya dikaitkan dengan malnutrisi dan penurunan berat badan. Jika dibandingkan dengan orang dengan indeks massa tubuh lebih tinggi, orang dengan BMI rendah cenderung lebih menekankan pada penonjolan tulang, dan orang dengan berat badan lebih rendah dari normal memiliki risiko terbesar. (Yustina et al., 2021).

- usia

Ulkus dekubitus lebih sering terjadi pada pasien yang lebih tua karena kulit dan jaringan memburuk seiring bertambahnya usia. Luka tekan atau dekubitus lebih sering terjadi pada orang berusia di atas 70 tahun. Kedewasaan menyebabkan kerusakan otot, berkurangnya kelenturan kulit dan berkurangnya penyatuan antara epidermis dan dermis. Perkembangan ini dikombinasikan dengan faktor penuaan lainnya akan membuat kulit kurang tahan terhadap ketegangan dan erosi(Yustina et al., 2021).

C. Klasifikasi dekubitus (Irawan., 2021).

- Stadium I

Perubahan rasa gatal atau nyeri, perubahan konsistensi jaringan keras atau lunak, dan perubahan suhu kulit adalah beberapa gejalanya. Luka mungkin muncul sebagai kemerahan yang terus-menerus pada individu berkulit putih.

- Stadium II

Lepuh atau luka superfisial disebabkan ketika beberapa lapisan kulit yang menutupi epidermis dan dermis, atau keduanya, hilang..

- Stadium III

Kerusakan pada jaringan subkutan atau lebih dalam termasuk dalam hilangnya lapisan kulit sepenuhnya.

- Stadium IV

Tahap IV dari dekubitus juga mencakup kerusakan otot, tulang, dan tendon yang luas, hilangnya lapisan kulit sepenuhnya, dan adanya lubang yang dalam dan saluran sinus..

D. Komplikasi dekubitus

Decubitus, juga dikenal sebagai luka tekan, merupakan masalah klinis bagi perawat karena berkaitan dengan cara pencegahannya dan cara mengatasi

komplikasi yang tidak terduga di setiap tahap. Secara klinis, psikologis, sosial, dan finansial, dekubitus berdampak serius. Dampak klinisnya bahkan lebih parah, dengan pasien meninggal akibat komplikasi terkait dekubitus. Fakta bahwa dekubitus mengakibatkan komplikasi pasien yang serius seperti sepsis dan bahkan kematian.. (Faridah & Murtini, 2020).

Pasien bisa menghabiskan waktu berbulan-bulan atau bahkan bertahun-tahun menjalani pengobatan, tergantung keadaan. Efek parah dari dekubitus akan berdampak lebih luas tidak hanya pada pasien tetapi juga pada sistem perawatan kesehatan, terutama pada pasien lanjut usia yang fungsinya memburuk. Kerusakan integritas kulit merupakan masalah yang sangat serius yang berpotensi menyebabkan penderitaan dan kematian pasien. (Khoeriyah, 2020).

Pencegahan dekubitus (Alimansur, 2019). Jaga agar kulit tetap kering dan bersih, terutama pada bagian tulang yang menonjol dan lipatan tubuh. Jangan memijat area kulit yang sudah merah atau menonjol Menjaga pasien berbaring setidaknya setiap dua jam untuk mencegah tekanan berlebihan dan garukan yang dapat merusak kulit..Saat pasien berbaring dalam posisi terlentang, pertahankan sudut 30° terhadap tempat tidur. Dekubitus merupakan luka yang terjadi pada kulit dan jaringan lunak dibawahnya, biasa terjadi diatas tonjolan tulang disebabkan karena tekanan dan gesekan pada waktu yang lama. Tekanan dan gesekan dapat dipengaruhi oleh iklim, nutrisi, perfusi, kormobiditas, dan kondisi kulit (National Pressure Injury Advisory Panel, 2016).Gunakan metode pengukuran keadaan kulit dan suhu kulit untuk menentukan risiko luka tekan. Menginformasikan individu untuk tidak merokok atau mengkonsumsi alkohol.;Periksa setiap cedera regangan yang pernah dialami pasien. Pantau berat badan pasien dan perubahan berat badannya.;

Mencatat kondisi kulit pasien baik pada siang hari maupun saat masuk..Awasi kemerahan pada kulit Singkirkan kelembapan berlebih pada kulit yang berasal dari keringat, drainase luka, dan inkontinensia urin Gunakan bantalan atau krim penyerap kelembapan untuk menghilangkan kelembapan berlebih sesuai kebutuhan Bergerak dengan hati-hati agar tidak merobek kulit halus Jangan

memijat area di atas tonjolan tulang Tinggikan area yang tertekan dengan bantal; Jaga agar linen tetap bersih, kering, dan bebas kerut;

Gunakan alas kaki untuk menyiapkan tempat tidur Jika tersedia kasur dan tempat tidur khusus Jangan gunakan bantal donat pada area scleral. Saat mandi, gunakan air hangat dan sabun lembut. Awasi dari mana tekanan dan gesekan berasal. Jika perlu, gunakan pelindung bahu dan tumit. Beri pasien trapeze untuk membantu mereka mengangkat tubuhnya. Dapatkan cukup kalori, protein, vitamin B dan C, dan zat besi. Membantu pasien dalam mempertahankan berat badan yang sehat Jika diperlukan, beri tahu keluarga pasien dan pengasuh lainnya tentang tanda-tanda kerusakan kulit.

Resiko decubitus pasien dapat dinilai menggunakan berbagai skala. Penilaian risiko ini meliputi persepsi sensorik, kelembapan, aktivitas, mobilisasi, nutrisi, dan gesekan, dan dikembangkan oleh sejumlah ahli. Instrumen yang paling umum digunakan untuk menilai risiko dekubitus adalah: Skala Waterlow, Skala Braden, dan Skala Norton. (Amirsyah et al., 2020).

Skala Norton

Sejak didirikan pada tahun 1962, skala Norton telah menilai lima faktor risiko kejadian dekubitus, termasuk: kondisi mental, kondisi fisik, kapasitas untuk bergerak, inkontinensia, dan aktivitas. Skor total berkisar antara 5 hingga 20. Jika skor Anda di bawah 10 Anda dianggap berisiko tinggi mengalami dekubitus, dan jika skor Anda di atas 14 Anda dianggap hampir mengalami dekubitus. (Amirsyah et al., 2020).

Skala Braden

Berikut ini adalah enam subskala Skala Braden yang mengukur faktor risiko kejadian dekubitus: kelembapan, aktivitas, persepsi sensorik, mobilitas, nutrisi, pergeseran, dan gesekan. Jumlah bagiannya adalah antara 6 dan 23. Risiko terjadinya dekubitus adalah dianggap tinggi jika skor yang diperoleh mencapai 10-13 dianggap sangat tinggi jika skor dibawah 12 (Amirsyah et al., 2020).

2.3. Konsep Teori Massage Efflurage

Pada pasien dengan gangguan immobilisasi untuk mencegah gangguan integritas kulit perawat harus melakukan tindakan alih baring tiap dua jam dan disertai Massage punggung. *Massage* merupakan salah satu intervensi keperawatan yang dapat diberikan pada pasien dengan tirah baring untuk menjaga hidrasi kulit dalam batas wajar juga salah satu upaya yang efektif dan tanpa efek samping saat dilakukan (Santiko & Faidah, 2020). Selain itu *massage* juga dapat berfungsi untuk membantu melancarkan sirkulasi darah dan meningkatkan sistem imun serta melancarkan sistem pernafasan (Diah KD *et al.*, 2022).

Massage effluarage adalah suatu gerakan dengan mempergunakan seluruh permukaan telapak tangan melekat pada bagian tubuh yang digosok. Bentuk telapak tangan dan jari-jari selalu menyesuaikan dengan bagian tubuh yang digosok. Tangan yang menggosok secara supel atau gentel menuju ke arah jantung (centrifugal), misalnya menggosok daerah punggung perut dan dada (Bambang, 2024).

Perubahan posisi tubuh selama 2 jam sekali dalam waktu 24 jam merupakan salah satu cara yang efektif untuk mengurangi resiko terjadinya luka dekubitus. Luka dekubitus biasa terjadi pada daerah punggung, bokong, panggul, tumit, lengan, dan disekitar area tulang belakang sehingga memerlukan tindakan yang dapat membantu melancarkan sirkulasi darah (Diah KD *et al.*, 2022). *Massage* merupakan salah satu intervensi keperawatan yang dapat diberikan pada pasien dengan tirah baring untuk menjaga hidrasi kulit dalam batas wajar juga salah satu upaya yang efektif dan tanpa efek samping saat dilakukan (Santiko & Faidah, 2020). Selain itu *massage* juga dapat berfungsi untuk membantu melancarkan sirkulasi darah dan meningkatkan sistem imun serta melancarkan sistem pernafasan (Diah KD *et al.*, 2022).

Terdapat 5 teknik dalam *massage* diantaranya adalah *effleurage* (gesekan) merupakan gerakan ritmis lembut yang dilakukan ke seluruh permukaan tubuh, *friction* (menekan) merupakan gerakan menekan jaringan, *petrissage* (meremas) merupakan gerakan menggerus yang arahnya bebas keatas atau kebawah, kemudian ada *tapotement* (memukul) merupakan gerakan ringan dan berirama yang diberikan pada bagian otot, dan yang terakhir yaitu *vibration* (getaran) merupakan gerakan menggetarkan yang dilakukan dengan tangan (Hayati *et al.*, 2020). Penulis menggunakan teknik *effleurage* untuk melakukan *massage*, karena *massage effleurage* dapat bermanfaat untuk memperlancar sirkulasi darah, sehingga dapat memenuhi pasokan oksigen dan mencegah terjadinya dekubitus (Adevia *et al.*, 2022). Selain itu, *massage effleurage* pada bagian punggung dapat meningkatkan relaksasi otot, menenangkan ujung-ujungsaraf dan menghilangkan nyeri (Setiawati, 2019).

Dalam melakukan *massage effleurage* perlu pelumas untuk memperlancar saat melakukan gerakan *massage* yang dapat membantu meningkatkan efektifitas untuk memperlancar sirkulasi darah, salah satu pelumas yang dapat digunakan yaitu minyak zaitun dan minyak almond. Dalam melakukan *massage effleurage* perlu pelumas untuk memperlancar saat melakukan gerakan *massage* yang dapat membantu meningkatkan efektifitas untuk memperlancar sirkulasi darah, salah satu pelumas yang dapat digunakan yaitu minyak zaitun dan minyak almond. Minyak zaitun mengandung asam lemak yaitu asam oleat yang bersifat antiinflamasi dan senyawa fenolik yang bersifat antioksidan (Kustina *etal.*, 2022).

Penulis menggunakan teknik *effleurage* untuk melakukan *massage*, karena *massage effleurage* dapat bermanfaat untuk memperlancar sirkulasi darah, sehingga dapat memenuhi pasokan oksigen dan mencegah terjadinya dekubitus (Adevia *et al.*, 2022). Selain itu, *massage effleurage* pada bagian punggung dapat meningkatkan relaksasi otot, menenangkan ujung-ujungsaraf dan menghilangkan nyeri (Setiawati, 2019).

2.4. Konsep Teori Minyak Zaitun

Zaitun telah menjadi bagian integral dari budaya Mediterania sejak zaman kuno. Bangsa Mesir Kuno, bangsa Yunani Kuno, dan bangsa Romawi Kuno semuanya menghargai buah zaitun dan minyaknya baik untuk makanan maupun sebagai bahan dalam produk kecantikan dan obat-obatan. Bahkan, zaitun disebutkan dalam banyak teks kuno dan kitab suci, termasuk Alkitab dan Quran. (Hinestroza, 2018).

Proses pembuatan minyak zaitun dimulai dengan memanen buah zaitun yang matang. Kemudian, buah-buahan itu dicuci dan dihancurkan untuk menghasilkan pasta yang kemudian diperas untuk mengeluarkan minyaknya. Ada berbagai metode ekstraksi minyak zaitun, baik yang tradisional maupun modern, tetapi intinya adalah untuk memisahkan minyak dari pasta buah zaitun. Minyak zaitun memiliki banyak manfaat kesehatan karena kandungan lemak baiknya, seperti asam lemak tak jenuh tunggal dan antioksidan seperti vitamin E dan polifenol. Itu juga digunakan dalam berbagai masakan Mediterania dan internasional, serta dalam produk kecantikan dan perawatan kulit. Jadi, minyak zaitun memiliki sejarah panjang dan kaya sebagai bagian penting dari budaya Mediterania dan telah menjadi bahan makanan dan kecantikan yang berharga selama ribuan tahun.

Minyak zaitun merupakan produk buatan Indonesia yang semakin banyak digunakan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. Karena sejarah panjang produksi minyak zaitun masyarakat Indonesia dan tersedianya minyak yang dikelola industri atau swasta (Ioana, 2019). Diperkirakan bahwa menggunakan pelembab untuk mencegah luka tekan dapat melindungi kulit dari kerusakan. Sabun dengan pH seimbang digunakan untuk membersihkan kulit, dan krim, salep, pasta, atau film digunakan untuk melembabkannya. Urea atau asam laktat, petrolatum, seng oksida, atau Dimethicone adalah bahan umum dalam krim, pasta, atau salep. Di Indonesia, sejumlah fasilitas perawatan menyarankan pelembab dengan minyak zaitun. Hal ini mungkin karena tanaman minyak zaitun merupakan salah satu minyak yang umum di Indonesia, sehingga mudah (Kusumah, A.M.P., Hasibuan, 2021).

a. Definisi minyak zaitun

Minyak zaitun telah diketahui memiliki efek antiinflamasi yang dapat merekonstruksi membran sel, memberikan kehalusan yang lebih tinggi ke dermis dengan mengembalikan tingkat kelembaban kulit dan memberikan elastisitas. Selain itu, minyak zaitun mengandung vitamin E, senyawa fenolik dan klorofil yang memiliki kekuatan antioksidan sehingga dapat mempercepat proses penyembuhan dermis. Pijat kulit setiap hari dengan minyak zaitun diresepkan untuk menghilangkan pembengkakan, ulkus dekubitus, radang sendi, dan nyeri otot.¹² Melihat manfaat yang diberikan oleh minyak zaitun untuk mencegah terjadinya ulkus dekubitus, maka sangat penting untuk mengidentifikasi efektifitas minyak zaitun dalam mencegah terjadinya ulkus dekubitus pada pasien yang berisiko tinggi (Haslinda, M. 2020).

b. Manfaat dan kegunaan minyak zaitun

Kandungan zat aktifnya, seperti 90% asam lemak jenuh (saturated fatty acid) dan 10% asam lemak tak jenuh (unsaturated fatty acid), merupakan salah satu khasiat minyak zaitun yang bermanfaat untuk kesehatan tubuh Anda. Asam lemak jenuh dalam minyak zaitun dapat mencapai 92%, dengan asam laurat (C12) terhitung 48%-53%, asam oleat (1,5-2,5%), dan asam lemak lainnya seperti asam kaprilat (8%) (C: 8% kaprat). Selain memiliki banyak asam laurat, minyak zaitun juga memiliki banyak vitamin E. Kandungan asam lemak minyak zaitun terutama asam laurat dan oleat membuat kulit terasa lembut. Selain itu, minyak zaitun dapat digunakan secara aman dan efektif sebagai pelembab kulit untuk meningkatkan hidrasi dan mempercepat penyembuhan (Muthia, 2018).

c. Kegunaan minyak zaitun untuk pencegahan luka tekan

(Hinestroza, 2018) Saat membahas teori sebelumnya, disebutkan bahwa penyebab utama luka tekan adalah tekanan yang berkepanjangan

pada area tubuh tertentu, sehingga menghambat sirkulasi dan menyebabkan kerusakan jaringan di sana. Selain itu, faktor toleransi jaringan merupakan salah satu faktor risiko luka tekan. . Pasien dengan toleransi jaringan yang buruk dan imobilitas lebih mungkin untuk mengembangkan luka tekan lebih cepat dibandingkan dengan toleransi jaringan yang baik. Akibatnya, pasien yang berisiko mengalami luka tekan membutuhkan peningkatan toleransi jaringan selain intervensi untuk mengubah posisi. Salah satu cara menjaga toleransi jaringan adalah dengan merawat kulit dengan baik. (Lucida et al, 2018).

Perawatan kulit mencakup menjaga kebersihan kulit, melindunginya dari kelembapan yang berlebihan dari keringat, feses, atau cairan tubuh lainnya, dan mencegahnya menjadi terlalu kering, menjaga kulit tetap terhidrasi dan cukup ternutrisi, serta mengoleskan pelembap atau bahan topikal lainnya. Minyak zaitun atau lotion dapat digunakan sebagai bahan topikal dalam produk perawatan kulit untuk mencegah luka tekan. menyatakan bahwa losion perawatan kulit biasa biasanya mengandung air untuk memberikan rasa segar sementara saat dioleskan, namun seiring kandungan airnya menguap, kulit menjadi kering. (Nilmasari PA, 2019).

Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Aryani *et al* (2022) jika minyak zaitun dapat membantu mencegah terjadinya luka dekubitus. Minyak zaitun memiliki manfaat untuk menghaluskan dan melembabkan permukaan kulit tanpa menyumbat pori-pori. Asam linoleat dalam minyak zaitun membantu memperkuat lapisan kulit sehingga penetrasi air sulit masuk ke dalam permukaan kulit dan membantu menjaga kelembaban kulit. Selain itu, minyak Zaitun dapat membantu mencegah terjadinya dekubitus (Varaei *et al.*, 2019).

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan CKB Post Craniotomy

2.5.1 Pengkajian

a. Identitas klien

1) Identitas klien

Meliputi : Nama, umur, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, suku/bangsa, agama, status perkawinan, tanggal masuk rumah sakit, nomor register dan diagnosa medik.

2) Identitas Penanggung Jawab

Meliputi : Nama, umur, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, serta status hubungan dengan pasien

b. Keluhan utama

Keluhan yang dapat muncul antara lain: nyeri kepala, gelisah.

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pengkajian yang mendukung keluhan utama dengan memberikan pertanyaan tentang kronologi keluhan utama. Keluhan lain yang menyerta biasanya : sakit kepala , pusing, penglihatan buram, mual

d. Riwayat kesehatan Dahulu

Penting untuk mengkaji mengenai riwayat pemakaian obat-obatan masa lalu dan adanya riwayat alergi terhadap jenis obat.

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Kaji didalam keluarga adanya riwayat penyakit , penyakit metabolik, penyakit menular seperti TBC, HIV, infeksi saluran kemih, dan penyakit menurun seperti diabetes militus, asma, dan lain-lain

Pemeriksaan Fisik

a. Sirkulasi

1) Gejala :

- a) Riwayat CKB, aterosklerosis, penyakit jantung koroner/ katup dan penyakit serebrovaskuler
- b) Episode palpitasi

2) Tanda :

- a) Nadi denyutan jelas dari karotis,ugularis,radialis, takikardia
- b) Murmur stenosis vulvular

- c) Distensi vena jugularis
 - d) Kulit pucat, sianosis, suhu dingin (vasokonstriksi perifer)
 - e) Pengisian kapiler mungkin lambat / tertunda
- b. Aktivitas/istirahat
 - 1) Gejala : kelemahan, letih, nafas pendek, gaya hidup monoton.
 - 2) Tanda : frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea. Tanda
- c. Nutrisi dan cairan
 - 1) Gejala : Makanan yang disukai yang mencakup makanan tinggi garam, lemak serta kolesterol. Mual, muntah dan perubahan berat badan (meningkat/turun) dan riwayat penggunaan diuretik
 - 2) Tanda : Berat badan normal atau obesitas, adanya edema, glikosuria
- d. Eliminasi

Gejala : gangguan ginjal saat ini (seperti obstruksi) atau riwayat penyakit ginjal pada masa yang lalu.
- e. Integritas ego
 - 1) Gejala : riwayat perubahan kepribadian, ansietas, faktor stress multiple (hubungan, keuangan, yang berkaitan dengan pekerjaan).
 - 2) Tanda : letupan suasana hati, gelisah, penyempitan perhatian, tangisan meledak.
- f. Neurosensori
 - 1) Gejala :
 - a) Keluhan pening / pusing, berdenyut, sakit kepala, suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam)
 - b) Gangguan penglihatan (diplopia, penglihatan kabur, epistaxis)
 - 2) Tanda :
 - a) Status mental, perubahan orientasi, pola/ isi bicara, efek, proses berpikir

- b) Penurunan kekuatan genggam tangan
- g. Nyeri / ketidaknyamanan

Gejala : sakit kepala post op
- h. Pernapasan
 - 1) Gejala :
 - a) Dyspnea yang berkaitan dari aktivitas/ kerja, takipnea, ortopnea atau batuk dengan / tanpa pembentukan sputum
 - b) Riwayat merokok
 - 2) Tanda :
 - a) Distress pernapasan/penggunaan otot aksesori pernapasan
 - b) Bunyi napas tambahan (crakles/mengi)
 - c) Sianosis
- i. Keamanan

Gejala : gangguan koordinasi/ cara berjalan, hipotensi postural.

2.5.2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pathway diagnosa yang muncul berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia oleh Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) pada kasus CKB Post Op Craniotomi adalah sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis kontraktur (terputusnya jaringan tulang)
- 2) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan persepsi/kognitif, terapi pembatasan/kewaspadaan keamanan, tirah baring, immobilisasi
- 3) Kerusakan memori berhubungan dengan hipoksia, gangguan neurologis
- 4) Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas, ditandai dengan dyspnea
- 5) Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan perubahan kadar elektrolit serum (muntah)

- 6) Resiko ketidakseimbangan suhu tubuh berhubungan dengan trauma jaringan otak
- 7) Resiko perdarahan berhubungan dengan trauma, riwayat jatuh
- 8) Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan penurunan ruangan untuk perfusi serebral, sumbatan aliran darah serebral
- 9) Resiko infeksi
- 10) Resiko cedera berhubungan dengan penurunan tingkat kesadaran, gelisah, agitasi, gerak involunter dan kejang

2.5.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah d.d pengisian kapiler >3detik dan nadi perifer menurun atau tidak teraba	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil : 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Warna kulit pucat menurun 3. Edema perifer menurun 4. Pengisian kapiler membaik 5. Akral membaik 6. Turgor kulit membaik	Perawatan Sirkulasi O : - Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler) - Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (hipertensi) - Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas T : - Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi

		7. Tekanan darah sistolik membaik 8. Tekanan darah diastolik membaik	• Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi • Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera • Lakukan pencegahan infeksi • Lakukan perawatan kaki dan kuku E : • -
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan persepsi/kognitif, terapi pembatasan/kewaspadaan keamanan, tirah baring, immobilisasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun 4. Gelisah menurun 5. Frekuensi nadi membaik 6. Tekanan darah membaik 7. Pola tidur membaik	Manajemen Nyeeri O : • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respon nyeri secara verbal • Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri • Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan T :

			• Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi musik, dan relaksasi napas dalam) • Fasilitasi istirahat dan tidur E : • Jelaskan penyebab, periode dan penyebab nyeri • Jelaskan strategi meredakan nyeri • Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri • Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat K : Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
3.	Hipervolemia b.d gangguan aliran balik vena d.d dispnea, edema anasarka dan/atau edema perifer	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Asupan cairan meningkat 2. Haluaran urin meningkat 3. Kelembaban membran mukosa meningkat	Manajemen Hipervolemia O : • Periksa tanda dan gejala hypervolemia • Identifikasi penyebab hypervolemia • Monitor status hemodinamik, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO jika tersedia

		4. Asupan makanan meningkat 5. Edema menurun 6. Tekanan darah membaik 7. Denyut nadi radial membaik 8. Mata cekung menurun	• Monitor intake output cairan • Monitor tanda hemokonsentrasi (kadar Natrium, BUN, hematocrit, berat jenis urine) • Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma • Monitor kecepatan infus secara ketat • Monitor efek samping diuretik T : • Timbang berat bada setiap hari pada waktu yang sama • Batasi asupan cairan dan garam • Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat E : • Anjurkan melapor jika haluaran urine < 0.5 ml/kg/jam dalam 6 jam • Anjurkan melapor jika BB bertambah > 1 kg dalam sehari
--	--	---	---

			• Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan • Ajarkan cara membatasi cairan K : • Kolaborasi pemberian diuretik • Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretic • Kolaborasi pemberian continuous renal replacement therapy
4.	Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen d.d mengeluh lelah, frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat, dan tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : 1. Frekuensi nadi meningkat 2. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 3. Kecepatan berjalan meningkat 4. Kekuatan tubuh bagian atas meningkat	Manajemen Energi O : • Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan • Monitor kelelahan fisik dan emosional • Monitor pola dan jam tidur • Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas T : • Sediakan lingkungan nyaman dan rendah

		5. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat 6. Keluhan lelah menurun 7. Dispnea saat aktivitas menurun 8. Dispnea setelah aktivitas menurun 9. Perasaan lemah menurun 10. Tekanan darah membaik	stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) • Lakukan rentang gerak pasif dan/atau aktif • Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan • Fasilitas duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan E : • Anjurkan tirah baring • Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap • Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang • Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan K : • Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
5.	Ansietas b.d kurang terpapar informasi d.d merasa khawatir dengan akibat kondisi yang dihadapi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam tingkat	Reduksi Ansietas O :

		ansietas menurun dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Tekanan darah menurun 6. Tremor menurun 7. Pucat menurun 8. Pola tidur membaik	• Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (kondisi, waktu, stressor) • Identifikasi kemampuan mengambil keputusan • Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) T : • Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan • Temani pasien untuk mengurangi kecemasan • Pahami situasi yang membuat ansietas • Dengarkan dengan penuh perhatian • Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan • Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan • Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang E :
--	--	---	---

			• Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami • Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis • Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien • Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi • Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi kecemasan • Latih teknik relaksasi K : • Kolaborasi pemberian obat antiansietas, <i>jika perlu</i>
6.	Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi d.d menanyakan masalah yang dihadapi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Perilaku sesuai dengan	Edukasi Kesehatan O : • Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi • Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

		pengetahuan meningkat 3. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 4. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun 5. Perilaku membaik	T : • Sediakan materi dan media pendidikan Kesehatan • Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan • Berikan kesempatan untuk bertanya E : • Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan • Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat • Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
7.	Resiko penurunan curah jantung d.d perubahan afterload	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam curah jantung meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kekuatan nadi perifer meningkat 2. <i>Ejection fraction</i> (EF) meningkat 3. <i>Cardiac index</i> (CI) meningkat 4. Palpitasi menurun	Perawatan Jantung O : • Identifikasi tanda/gejala primer Penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, adema ortopnea paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CPV) • Identifikasi tanda /gejala sekunder penurunan

		5. Bradikardia menurun 6. Takikardia menurun 7. Gambaran EKG aritmia menurun 8. Edema menurun 9. Distensi vena jugularis menurun 10. Dispnea menurun 11. Murmur jantung menurun 12. Tekanan darah membaik 13. <i>Capillary refill time</i> (CRT) membaik	curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegali ditensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat) • Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu) • Monitor intake dan output cairan • Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama • Monitor saturasi oksigen • Monitor keluhan nyeri dada (mis. Intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presipitasi yang mengurangi nyeri) • Monitor EKG 12 sadapan • Monitor aritmia • Monitor nilai laboratorium jantung (mis. Elektrolit, enzim jantung, BNP, Ntpro-BNP) • Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktifitas
--	--	---	---

			• Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat (mis. Betablocker, ACEinhibitor, calcium channel blocker, digoksin) T : • Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman • Berikan diet jantung yang sesuai (mis. Batasi asupan kafein, natrium, kolestrol, dan makanan tinggi lemak) • Gunakan stocking elastis atau pneumatik intermiten, sesuai indikasi • Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi hidup sehat • Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres, jika perlu • Berikan dukungan emosional dan spiritual • Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%
--	--	--	--

			E : • Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi • Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap • Anjurkan berhenti merokok • Ajarkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian • Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian K : • Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu • Rujuk ke program rehabilitasi jantung
8.	Resiko jatuh b.d gangguan penglihatan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil : 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuh saat duduk menurun 4. Jatuh saat berjalan menurun	Pencegahan Jatuh O : • Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) • Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap

		5. Jatuh saat naik tangga menurun 6. Jatuh saat di kamar mandi menurun 7. Jatuh saat membungkuk menurun	shift atau sesuai dengan kebijakan institusi • Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) • Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu • Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya T : • Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga • Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci • Pasang handrail tempat tidur • Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah • Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station
--	--	--	--

			• Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker) • Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien K : • Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah • Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin • Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh • Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri • Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat
--	--	--	---

2.5.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain

yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Muryanti, 2017).

2.5.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan suatu proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dilakukan terus-menerus terhadap respon pasien pada tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi proses atau promotif dilakukan setiap selesai tindakan. Evaluasi dapat dilakukan menggunakan SOAP sebagai pola pikirnya.

S : Respon subjektif pasien dan keluarga terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

O : Respon objektif pasien dan keluarga terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

A : Analisa ulang data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah teratasi, masalah teratasi sebagian, masalah tidak teratasi atau muncul masalah baru.

P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon pasien

2. Kerangka Konsep

Kerangka konsep ini dapat dijabarkan sebagai berikut :

Gambar 2.2 Kerangka konsep

Variabel Independen

Variabel Dependen



Tabel 2.2 Penelitian Terkait penerapan massage effleurage menggunakan minyak zaitun, minyak almon dan VCO dalam mencegah dikubitus

No	Penulis & Judul	Jurnal & Tahun Terbit	Sample Pasien	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1	Adevia,Dewi, N.R., & Ayubbana (2022) “Penerapan Massage Effleurage Mengguinakan VCO Terhadap Pencegahan Dikubitus Pada Pasien Stroke”	Jurnal stikes kendal 2022	Sebanyak 2 responden	<i>Pretest – Post Test Design</i>	Setelah dilakukan penerapan massage effluarage menggunakan VCO terjadi peningkatan scala braden yaitu pada subyek A I dari 9 menjadi A 12 sedangkan subyek II dari 14 menjadi 21. Hasil penerapan ini diharapkan dapat dapat menjadi pilihan keluarga pasien dengan tirah baring lama sehingga mencegah terjadinya dikubitus.
2	Kurnia suci arta, dewi Listyorini, hermawati hermawati (2023)”Penerapan Massage Effleurage menggunakan minyak zaitun dan minyak almon untuk	Jurnal proners	2 responden	quasi eksperimen. dengan pendekatan <i>pre and post control group design</i> .	Hasil penerapan ini menunjukkan bahwa kedua responden mengalami penurunan terjadinya resiko dikubitus dari resiko sangat tinggi menjadi tinggi dan resiko sedang.

	menurunkan resiko dikubitus “				
3	Agustina, D., Dewi, Y.S., Kriswidyatomo, p.(2023) “Efektifitas Massage Effleurage Minyak Zaitun Kombinasi Posisi Terhadap Pencegahan Luka Tekan Grade 1 (NonBlancable Erythema) Pada Pasien Tirah Baring Lama	Jurnal keperawatan, 15(3)1331-1338	20 responden	<i>quasi experiment</i> dan menggunakan metode <i>post-test only control group design</i>	Berdasarkan hasil uji Fisher exact test didapatkan nilai p value sebesar $0,001 < 0,05$ menunjukkan adanya perbedaan luka tekan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hasilnya adalah adanya pengaruh pemberian massage effleurage minyak zaitun kombinasi pengaturan posisi terhadap kejadian luka tekan grade 1 pada pasien tirah baring lama.
4	Retno Setyawati , Suyanto, Mohammad Arifin Noor, 2015 Pengaruh Mobilisasi Dan Penggunaan Vco (Virgin Coconut Oil) Terhadap Ulkus Dekubitus Pada Gangguan Fungsi Motorik Pasca Stroke	NURSCOPE Jurnal Keperawatan dan Pemikiran Ilmiah ISSN 2476-8987	16 responden	quasi experiment dengan pendekatan timeseriesdes ign	penelitian ini didapatkan hasil bahwa nilai p value=0.495, sehingga dapat disimpulkan pada tingkat significancy 5% tidak didapatkan perbedaan yang signifikan antara mobilisasi dan penggunaan VCO terhadap luka dekubitus pada pasien dengan gangguan fungsi motorik pasca stroke.

