

**Oleh :**

**FIRYAL FADHILAH NIM. 1911014**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2020**

**Diajukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya**



**Oleh : FIRYAL FADHILAH**

**NIM. 1911014**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2020**

i

**HALAMAN PERNYATAAN**

Saya bertandatangan di bawah ini : Nama : Firyal Fadhilah

NIM : 1911014

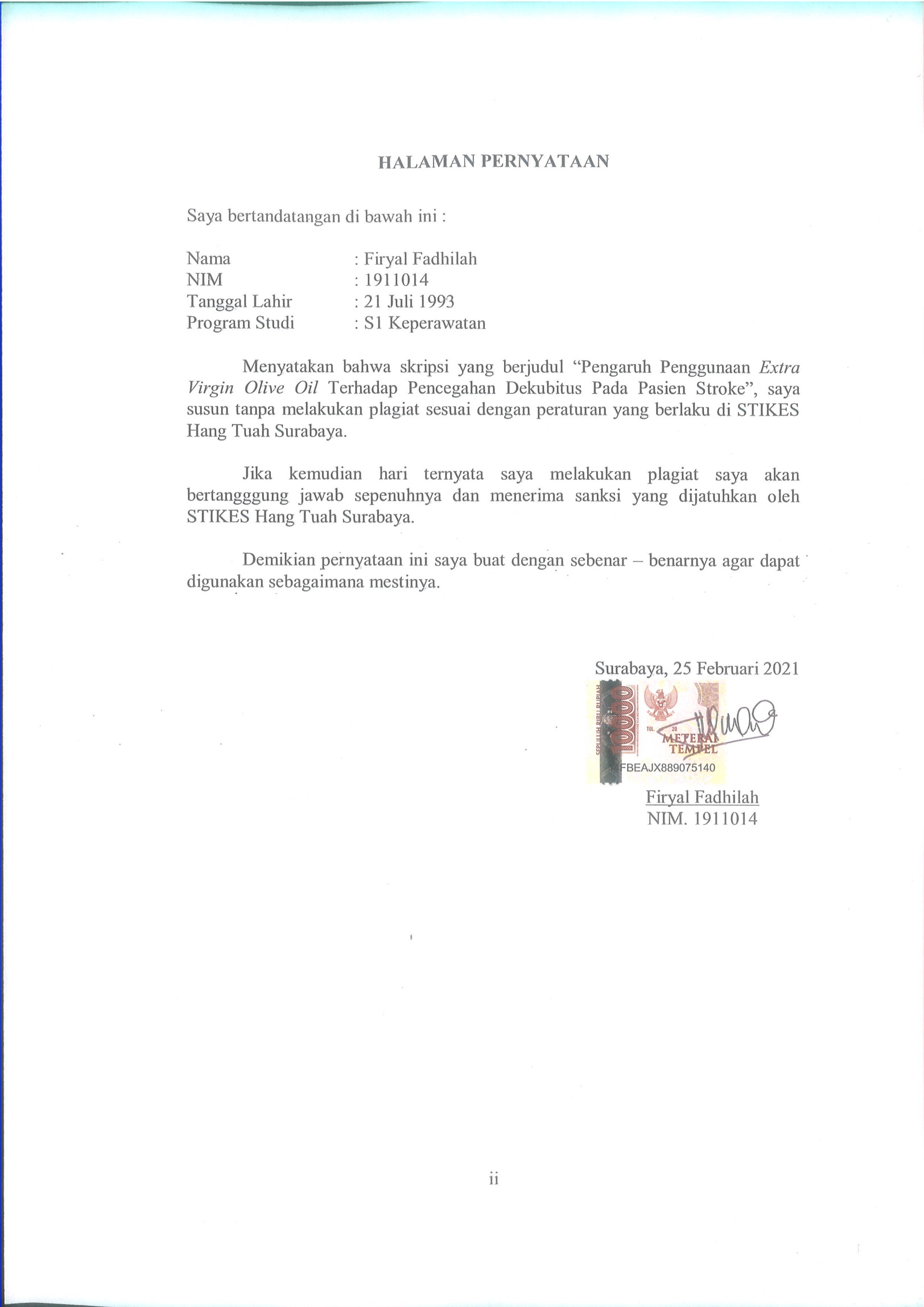
Tanggal Lahir : 21 Juli 1993

Program Studi : S1 Keperawatan

Menyatakan bahwa skripsi yang berjudul “Pengaruh Penggunaan *Extra Virgin Olive Oil* Terhadap Pencegahan Dekubitus Pada Pasien Stroke”, saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan plagiat saya akan bertangggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar – benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.



Surabaya, 25 Februari 2021

Firyal Fadhilah

NIM. 1911014

ii

**HALAMAN PERSETUJUAN**

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa : Nama : Firyal Fadhilah

NIM : 1911014

Program Studi : S1 Keperawatan

Judul : Pengaruh Penggunaan *Extra Virgin Olive Oil* Terhadap

Pencegahan Dekubitus Pada Pasien Stroke.

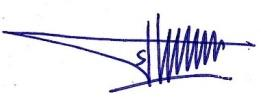
Serta perbaikan – perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa skripsi ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar :

**SARJANA KEPERAWATAN (S.Kep) Pembimbing 1 Pembimbing 2**



**Ns. Nuh Huda M.Kep. Sp. Kep.MB NIP. 03.020**

**Ninik Ambar Sari S.Kep. Ns. M.Kep**

**NIP. 03.039**

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 9 Februari 2021

iii

**HALAMAN PENGESAHAN**

Skripsi dari :

Nama : Firyal Fadhilah

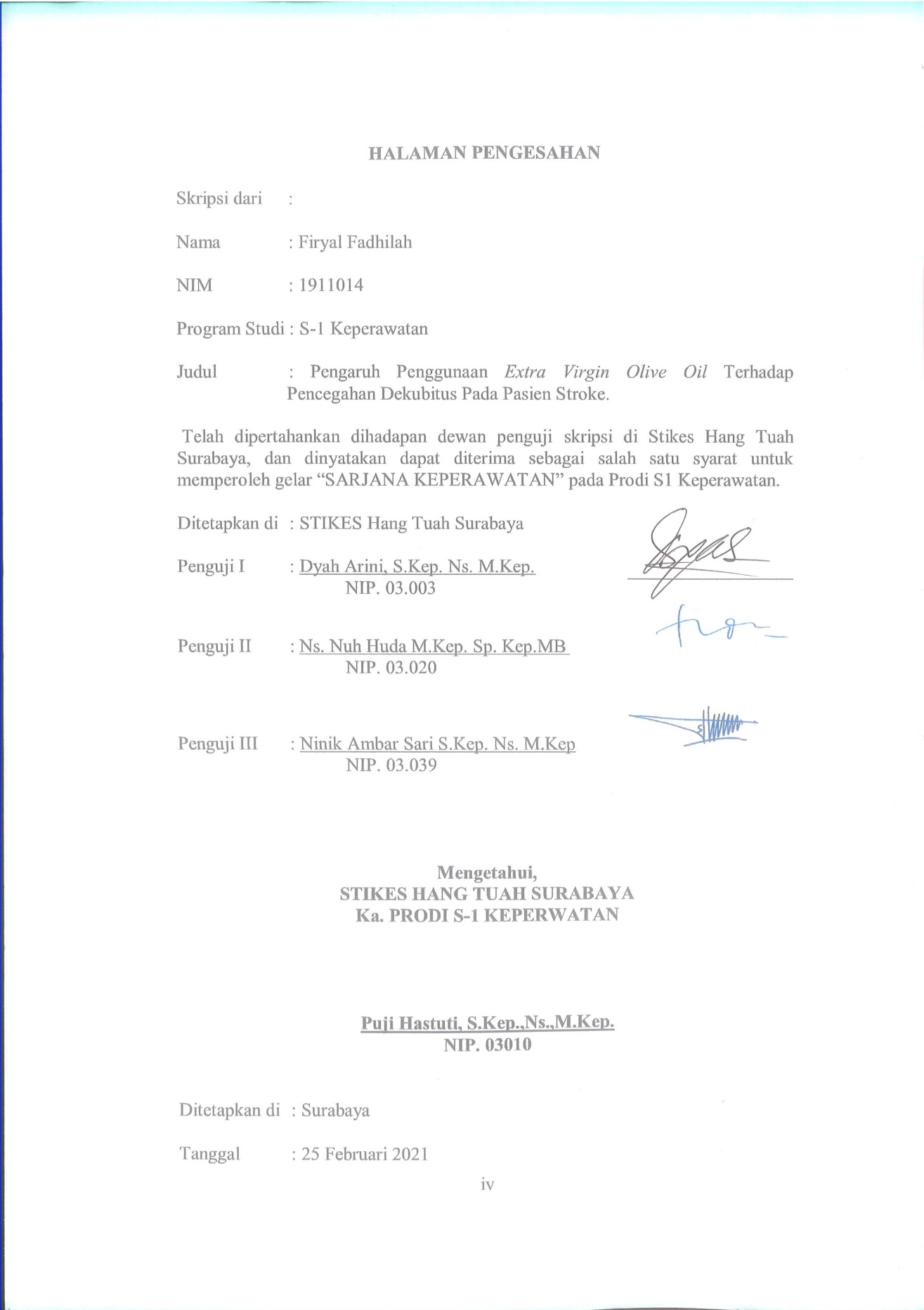
NIM : 1911014

Program Studi : S-1 Keperawatan

Judul : Pengaruh Penggunaan *Extra Virgin Olive Oil* Terhadap

Pencegahan Dekubitus Pada Pasien Stroke.

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji skripsi di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “SARJANA KEPERAWATAN” pada Prodi S1 Keperawatan.

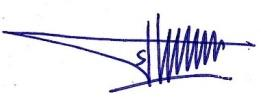


Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Penguji I : Dyah Arini, S.Kep. Ns. M.Kep.

NIP. 03.003

Penguji II : Ns. Nuh Huda M.Kep. Sp. Kep.MB  NIP. 03.020

Penguji III : Ninik Ambar Sari S.Kep. Ns. M.Kep 

NIP. 03.039

**Mengetahui,**

**STIKES HANG TUAH SURABAYA**

**Ka. PRODI S-1 KEPERWATAN**

**Puji Hastuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep.**

**NIP. 03010**

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : 25 Februari 2021

iv

Stroke atau cedera serebrovaskular adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak. Hasil studi yang dilakukan oleh Handayani *et al* (2011) menunjukkan 90% pasien stroke yang mengalami paralisis sebagian besar mengalami gangguan mobilisasi. Penurunan mobilitas akan meningkatkan resiko luka dekubitus pada penderita stroke.

Tujuan penelitian ini adalah mengetahui efektifitas dari *Extra Virgin Olive Oil* terhadap pencegahan terjadinya dekubitus pada pasien stroke yang mengalami immobilisasi dari beberapa studi literature yang tersedia dalam beberapa basis data elektronik.

Desain penelitian ini menggunakan metode studi kepustakaan atau *Literature Review* dari tiga basis data elektronik (*Pubmed, Science Direct* dan *Google Scholar*), Ditemukan 10 studi mengenai pengaruh *Extra Virgin Olive Oil* terhadap pencegahan dekubitus pada pasien stroke. Sebagian besar studi menggunakan desain *Quasi Experimental.* Survey yang diterbitkan 2016 hingga 2020. Kemudian dilakukan *Literature Review* sesuai dengan hasil *Critical Appraisal*.

Hasil tinjauan sistematis ini menemukan 10 studi yang memenuhi kriteria inklusi membahas tentang adanya pengaruh *Extra Virgin Olive Oil* terhadap pencegahan dekubitus pada pasien stroke. Pemberian *Extra Virgin Olive Oil* 2 kali sehari dengan menggunakan mobilisasi miring kanan dan miring kiri selama 2 jam lebih efektif bila dibandingkan dengan teknik pijat dengan menggunakan *Extra Virgin Olive Oil.*

**Kata kunci : Minyak Zaitun, Dekubitus, Stroke.**

v

*Stroke or cerebrovascular injury is a loss of brain function caused by the cessation of blood supply to parts of the brain. The results of a study conducted by Handayani et al (2011) showed that 90% of stroke patients who experienced paralysis mostly had impaired mobility. Decreased mobility will increase the risk of pressure sores in stroke patients.*

*The purpose of this study was to determine the effectiveness of Extra Virgin Olive Oil on the prevention of pressure sores in immobilized stroke patients from several literature studies available in several electronic databases.*

*The design of this study used a literature review method or Literature Review from three electronic databases (Pubmed, Science Direct and Google Scholar), 10 studies were found on the effect of Extra Virgin Olive Oil on the prevention of pressure sores in stroke patients. Most studies use a Quasi Experimental design. The survey was published from 2016 to 2020. Then a Literature Review was carried out according to the results of the Critical Appraisal.*

*The results of this systematic review found 10 studies that met the inclusion criteria discussed the effect of Extra Virgin Olive Oil on the prevention of pressure sores in stroke patients. Giving Extra Virgin Olive Oil 2 times a day by using right and left tilt mobilization for 2 hours is more effective when compared to massage techniques using Extra Virgin Olive Oil.*

***Keywords: Olive Oil, Decubitus, Stroke.***

vi

Puji Syukur saya panjatkan atas kehendak dan ridho Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan segala hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul “Pengaruh Penggunaan *Extra Virgin Olive Oil* Terhadap Pencegahan Dekubitus Pada Pasien Stroke.” sesuai waktu yang telah ditentukan.

Penyusunan skripsi ini digunakan sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Dalam penyusunan proposal ini, penulis memperoleh banyak bimbingan dan bantuan dari para pembimbing serta semua pihak yang ikut membantu dalam penyelesaiannya. Untuk itu dalam kesempatan ini perkenakan penulis menyampaikan rasa terima kasih kepada yang terhormat:

1. Ibu Dr. AV Sri Suhardiningsih, Skp.,M.Kes. Selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi S1

Keperawatan.

2. Puket 1, Puket 2, Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi S1 Keperawatan.

3. Ibu Puji Hastuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep. Selaku Kepala Program Studi Pendidikan

S1-Keperawatan yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk mengikuti dan meyelesaikan Program Pendidikan S1 Keperawatan.

vii

4. Ibu Dyah Arini, S.Kep. Ns. M.Kep. Selaku Ketua penguji terima kasih atas segala arahannya dalam pembuatan skripsi ini.

5. Bapak Ns. Nuh Huda M.Kep. Sp. Kep.MB. Selaku Pembimbing I yang penuh kesabaran dan penuh perhatian memberikan saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan skripsi ini.

6. Ibu Ninik Ambar Sari S.Kep. Ns. M.Kep Selaku Pembimbing II yang telah meluangkan waktu dan tenaga dalam memberikan arahan dan bimbingan dan penyelesaian skripsi ini.

7. Seluruh staf dan karyawan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar di perkuliahan.

8. Teman-teman sealmamater di STIKES Hang Tuah Surabaya yang selalu bersama-sama dan menemani dalam pembuatan skripsi ini.

Penulis berusaha untuk dapat menyelesaikan skripsi ini dengan sebaik – baiknya, namun penulis menyadari skripsi ini jauh dari kata sempurna. Penulis berharap skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak terutama masyarakat dan perkembangan ilmu keperawatan. Semoga budi baik yang telah diberikan kepada peneliti mendapatkan balasan pahala dari Tuhan Yang Maha Esa.

Surabaya, 03 Februari 2020



Firyal Fadhilah

viii

**DAFTAR ISI**

[**HALAMAN COVER ..........................................................................................**](file:///C:/Users/YULIAN%20DWI/Downloads/PROPOSAL%20SKRIPSI%20AFIFAH.docx%23_Toc58594532) **i** [**HALAMAN PERNYATAAAN .........................................................................**](file:///C:/Users/YULIAN%20DWI/Downloads/PROPOSAL%20SKRIPSI%20AFIFAH.docx%23_Toc58594533)**ii** [**HALAMAN PERSETUJUAN ..........................................................................**](file:///C:/Users/YULIAN%20DWI/Downloads/PROPOSAL%20SKRIPSI%20AFIFAH.docx%23_Toc58594534)**iii** [**HALAMAN PENGESAHAN ...........................................................................**](file:///C:/Users/YULIAN%20DWI/Downloads/PROPOSAL%20SKRIPSI%20AFIFAH.docx%23_Toc58594535) **iv ABSTRAK.......................................................................................................... v *ABSTRACT*........................................................................................................ vi** [**KATA PENGANTAR ......................................................................................**](file:///C:/Users/YULIAN%20DWI/Downloads/PROPOSAL%20SKRIPSI%20AFIFAH.docx%23_Toc58594536) **vii** [**DAFTAR ISI .....................................................................................................**](file:///C:/Users/YULIAN%20DWI/Downloads/PROPOSAL%20SKRIPSI%20AFIFAH.docx%23_Toc58594537) **ix** [**DAFTAR TABEL ............................................................................................. x**](file:///C:/Users/YULIAN%20DWI/Downloads/PROPOSAL%20SKRIPSI%20AFIFAH.docx%23_Toc58594538)**i** [**DAFTAR GAMBAR........................................................................................ x**](file:///C:/Users/YULIAN%20DWI/Downloads/PROPOSAL%20SKRIPSI%20AFIFAH.docx%23_Toc58594539)**ii** [**DAFTAR SINGKATAN .................................................................................x**](file:///C:/Users/YULIAN%20DWI/Downloads/PROPOSAL%20SKRIPSI%20AFIFAH.docx%23_Toc58594541)**iii**

[**BAB 1 PENDAHULUAN...................................................................................**](file:///C:/Users/YULIAN%20DWI/Downloads/PROPOSAL%20SKRIPSI%20AFIFAH.docx%23_Toc58594542) **1**

[1.1. Latar Belakang............................................................................................](file:///C:/Users/YULIAN%20DWI/Downloads/PROPOSAL%20SKRIPSI%20AFIFAH.docx%23_Toc58594543) 1

[1.2. Rumusan Masalah.......................................................................................](file:///C:/Users/YULIAN%20DWI/Downloads/PROPOSAL%20SKRIPSI%20AFIFAH.docx%23_Toc58594544) 4

[1.3. Tujuan Penelitian ........................................................................................](file:///C:/Users/YULIAN%20DWI/Downloads/PROPOSAL%20SKRIPSI%20AFIFAH.docx%23_Toc58594545) 4

[1.4. Manfaat Penelitian ......................................................................................](file:///C:/Users/YULIAN%20DWI/Downloads/PROPOSAL%20SKRIPSI%20AFIFAH.docx%23_Toc58594548) 5

[**BAB 2 TINJAUAN TEORI ...............................................................................**](file:///C:/Users/YULIAN%20DWI/Downloads/PROPOSAL%20SKRIPSI%20AFIFAH.docx%23_Toc58594551) **6**

[2.1 Konsep *Literature Review*...........................................................................](file:///C:/Users/YULIAN%20DWI/Downloads/PROPOSAL%20SKRIPSI%20AFIFAH.docx%23_Toc58594552) 6

[2.1.1 Pengertian *Literature Review* ......................................................................](file:///C:/Users/YULIAN%20DWI/Downloads/PROPOSAL%20SKRIPSI%20AFIFAH.docx%23_Toc58594553) 6

[2.1.2 Langkah Menyusun *Literature Review* ........................................................](file:///C:/Users/YULIAN%20DWI/Downloads/PROPOSAL%20SKRIPSI%20AFIFAH.docx%23_Toc58594554) 7

2.1.3 Analisis Jurnal dengan Metode PICO ........................................................ 10

[2.2 Konsep Stroke ..........................................................................................](file:///C:/Users/YULIAN%20DWI/Downloads/PROPOSAL%20SKRIPSI%20AFIFAH.docx%23_Toc58594558) 11

[2.2.1 Definisi Stroke..........................................................................................](file:///C:/Users/YULIAN%20DWI/Downloads/PROPOSAL%20SKRIPSI%20AFIFAH.docx%23_Toc58594559) 11

[2.2.2 Klasifikasi Stroke .....................................................................................](file:///C:/Users/YULIAN%20DWI/Downloads/PROPOSAL%20SKRIPSI%20AFIFAH.docx%23_Toc58594560) 11

[2.2.3 Etiologi Stroke..........................................................................................](file:///C:/Users/YULIAN%20DWI/Downloads/PROPOSAL%20SKRIPSI%20AFIFAH.docx%23_Toc58594561) 12

[2.2.4 Manifestasi Stroke.....................................................................................](file:///C:/Users/YULIAN%20DWI/Downloads/PROPOSAL%20SKRIPSI%20AFIFAH.docx%23_Toc58594562) 13

[2.2.5 Patofisiologi Stroke ...................................................................................](file:///C:/Users/YULIAN%20DWI/Downloads/PROPOSAL%20SKRIPSI%20AFIFAH.docx%23_Toc58594563) 16

[2.2.6 Komplikasi Stroke.....................................................................................](file:///C:/Users/YULIAN%20DWI/Downloads/PROPOSAL%20SKRIPSI%20AFIFAH.docx%23_Toc58594564) 17

2.2.7 Penatalaksanaan Stroke ............................................................................. 19

2.3 Konsep Dekubitus ..................................................................................... 23

2.3.1 Definisi Dekubitus .................................................................................... 23

2.3.2 Klasifikasi Dekubitus ................................................................................ 23

2.3.3 Faktor Resiko Dekubitus ........................................................................... 26

2.4 Konsep *Extra Virgin Olive Oil* .................................................................. 29

2.4.1 Definisi *Extra Virgin Olive Oil* .................................................................. 29

2.4.2 Kandungan *Extra Virgin Olive oil* ............................................................. 30

2.4.3 Manfaat *Extra Virgin Olive Oil* ................................................................. 31

2.5 Konsep Keperawatan Dorothea E. Orem ................................................... 32

2.6 Hubungan Antar Konsep ........................................................................... 36

ix

[**BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL ............................................................**](file:///C:/Users/YULIAN%20DWI/Downloads/PROPOSAL%20SKRIPSI%20AFIFAH.docx%23_Toc58594582) **39**

[3.1 Kerangka Konseptual................................................................................](file:///C:/Users/YULIAN%20DWI/Downloads/PROPOSAL%20SKRIPSI%20AFIFAH.docx%23_Toc58594583) 39

[**BAB 4 METODE PENELITIAN ....................................................................**](file:///C:/Users/YULIAN%20DWI/Downloads/PROPOSAL%20SKRIPSI%20AFIFAH.docx%23_Toc58594586) **40**

[4.1 Strategi Pencarian *Literature Review* .......................................................](file:///C:/Users/YULIAN%20DWI/Downloads/PROPOSAL%20SKRIPSI%20AFIFAH.docx%23_Toc58594587) 40

[4.1.1 Protokol dan Registrasi .............................................................................](file:///C:/Users/YULIAN%20DWI/Downloads/PROPOSAL%20SKRIPSI%20AFIFAH.docx%23_Toc58594589) 40

[4.1.2 Database Pencarian ...................................................................................](file:///C:/Users/YULIAN%20DWI/Downloads/PROPOSAL%20SKRIPSI%20AFIFAH.docx%23_Toc58594591) 40

[4.1.3 Kata Kunci................................................................................................](file:///C:/Users/YULIAN%20DWI/Downloads/PROPOSAL%20SKRIPSI%20AFIFAH.docx%23_Toc58594592) 40

[4.2 Kriteria Inklusi dan Eksklusi .....................................................................](file:///C:/Users/YULIAN%20DWI/Downloads/PROPOSAL%20SKRIPSI%20AFIFAH.docx%23_Toc58594606) 41

4.3 Seleksi Studi dan Penilaian Kualitas .......................................................... 41

4.3.1 Hasil Pencarian dan Seleksi Studi.............................................................. 41

4.4 Keaslian Penelitian .................................................................................... 43

**BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN ............................................................. 46**

5.1 Hasil Penelitian ......................................................................................... 46

5.1.1 Karakteristik Studi .................................................................................... 46

5.1.2 Analisis Jurnal........................................................................................... 57

5.2 Pembahasan .............................................................................................. 66

**BAB 6 PENUTUP ............................................................................................ 71**

6.1 Kesimpulan .................................................................................................. 71

6.2 Saran............................................................................................................ 71

[**DAFTAR PUSTAKA .......................................................................................**](file:///C:/Users/YULIAN%20DWI/Downloads/PROPOSAL%20SKRIPSI%20AFIFAH.docx%23_Toc58594607) **72**

**Lampiran.......................................................................................................... 79**

x

**DAFTAR TABEL**

Tabel 4.1 Strategi PICO *Framework* ................................................................. 41

Tabel 4.2 Keaslian Penelitian ............................................................................ 43

Tabel 5.1 Hasil Pencarian Literature ................................................................. 47

xi

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Dekubitus *Grade* I .......................................................................... 24

Gambar 2.2 Dekubitus *Grade* II ......................................................................... 24

Gambar 2.3 Dekubitus *Grade* III........................................................................ 25

Gambar 2.4 Dekubitus *Grade* IV........................................................................ 25

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual...................................................................... 39

Gambar 4.1 *Diagram Flow* ................................................................................ 42

xii

**DAFTAR SINGKATAN**

SINGKATAN

UMN : *Upper Motor Neuron*

LMN : *Lower Motor Neuron*

PICO : *Population, Intervention, Comparison, Outcome*

MeSH : *Medical Subject Headings* EVOO : *Extra Virgin Olive Oil* MAP : *Mean Arterial Pressure* VCO : *Virgin Coconut Oil*

HOFA : *Hyper Oxygenated Fatty Acid*

xiii

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

**1.1 Latar Belakang**

Stroke atau cedera serebrovaskular adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak (Susilo, 2019). Hasil studi yang dilakukan oleh Handayani *et al* (2011) menunjukkan 90% pasien stroke yang mengalami paralisis sebagian besar mengalami gangguan mobilisasi. Penurunan mobilitas akan meningkatkan resiko luka dekubitus pada penderita stroke. Penyebab utama terjadinya dekubitus yaitu tekanan. Penyebab lain yang mempengaruhi terjadinya dekubitus di antaranya gaya gesek dan friksi, kelembaban, perfusi jaringan, infeksi, usia, dan penyembuhan luka (Perry, 2010).

Data di Indonesia menunjukkan bahwa terdapat kecenderungan peningkatan kasus stroke. Insiden stroke di Indonesia sebesar 51,6 per 100.000 penduduk dan angka kecacatan mencapai 1,6% untuk yang menetap dan 4,3% untuk yang mengalami perburukan. Penderita laki-laki lebih banyak dibandingkan perempuan dengan rincian pada usia dibawah 45 tahun sebesar 11,8%, usia 45-64 tahun sebanyak 54,2% dan diatas 64 tahun sebanyak 33,5% (PERDOSSI, 2011).

Insiden dan prevalensi ulkus dekubitus adalah salah satu indikator yang paling representatif dalam menentukan kualitas perawatan. Di Amerika Serikat menunjukan bahwa pasien stroke dirawat dirumah sakit menderita dekubitus adalah 3-10% dan 2,7% berpeluang terbentuk dekubitus baru. Angka kejadian

dekubitus di ASEAN lainnya (Jepang, Korea, China) adalah 2,1-18%. Faktor yang

1

ditemukan beresiko terhadap stroke dengan angka kejadian luka dekubitus (ulkus) di Indonesia mencapai 33%. Angka ini lebih tinggi dari negara Asia lainnya (Bujang, 2013).

Pasien stroke yang didapatkan lesi pada *Upper Motor Neuron* (UMN) akan mengalami kelainan berupa kelemahan pada otot fleksor ekstremitas bawah atau ekstremitas atas, namun tidak didapatkan atrofi otot. UMN terdiri dari traktus piramidal dan traktus ekstra piramidal. Kelainan pada traktus piramidal akan menghilangkan transmisi semua stimulus gerakan volunter dari korteks motorik ke sel kornu anterior, sehingga mengakibatkan paralisis otot-otot yang dipersyarafi oleh sel-sel ini (Satyanegara, 2014). Berkurangnya kemampuan untuk bergerak menyebabkan penderita tidak mampu merubah posisi atau bergeser untuk mengurangi tekanan pada area tertentu yang beresiko, hal ini menyebabkan penderita beresiko untuk terkena ulkus dekubitus. Imobilitas yang disertai dengan penurunan motorik halus, penyakit kardiovaskuler, permasalahan nutrisi dapat menyebabkan penurunan pasokan oksigen dan nutrisi ke jaringan perifer yang akhirnya mempercepat terjadinya ulkus dekubitus (Anders *et al.*, 2010).

Gangguan mobilisasi pada pasien dengan stroke menyebabkan mekanisme tekanan konstan yang cukup lama dari luar (tekanan eksternal) terutama pada area tulang yang menonjol (*bony prominence*). Tekanan tersebut memiliki kekuatan lebih tinggi dari tekanan intrakapiler arterial dan tekanan kapiler vena sehingga akan merusak aliran darah lokal jaringan lunak. Akibatnya jaringan tersebut akan mengalami iskemia dan hipoksia. Jika tekanan tersebut menetap selama 2 jam

atau lebih maka akan menimbulkan destruksi dan perubahan *irreversibel* dari jaringan sehingga terbentuk luka tekan (*pressure ulcer*) (Handayani *et al.*, 2011).

Perawat merupakan petugas kesehatan yang bersama dengan pasien selama 24 jam, sehingga perawat memiliki peran penting dalam mencegah dekubitus. Dalam pencegahan dekubitus perawat melakukan perawatan kulit yang meliputi perawatan higiene dan pemberian topikal, pencegahan mekanik dan dukungan permukaan yang meliputi penggunaan tempat tidur, pemberian posisi dan kasur terapeutik dan edukasi (Perry, 2010). Salah satu cara pencegahan dekubitus pada pasien stroke adalah dengan pemberian terapi nonfarmakologis.

Penanganan secara nonfarmakologis sangat diminati oleh masyarakat karena sangat mudah untuk dipraktekkan dan tidak mengeluarkan biaya yang terlalu banyak. Penanganan nonfarmakologis juga tidak memiliki efek samping yang berbahaya tidak seperti penanganan farmakologis, sehingga masyarakat lebih menyukai penanganan nonfarmakologis (Ramadi, 2012). Minyak zaitun merupakan salah satu produk herbal yang banyak digunakan dalam pengobatan tradisional untuk waktu yang lama, minyak ini berkhasiat dalam memperbaiki kondisi kulit (Abbas *et al.*, 2015).

Minyak zaitun berasal dari pohon *Olea Europaea.* Sebagian besar minyak zaitun terdiri dari Asam oleat dan sedikit kandungan asam lemak lain seperti asam linoleat dan asam palmitat. Studi pada tikus menunjukkan bahwa aplikasi topikal minyak zaitun pada ulkus dekubitus meningkatkan penyembuhan luka ulkus pada tikus tersebut dikarenakan kegunaan minyak tersebut antara lain untuk anti

inflamasi, mengurangi kerusakan oksidatif, dan rekonstruksi dermal (Lin, Zhong and Santiago, 2017). *Extra virgin olive oil* dapat melindungi elastisitas kulit dari kerusakan (Eka *et al.*, 2019). Dalam penelitian yang dilakukan oleh Eka *et al* (2019) menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi sebelum diberikan perlakuan terdapat 9 orang dengan resiko luka tekan sangat tinggi, 5 orang resiko luka tekan tinggi dan resiko luka tekan sedang terdapat 1 orang. Setelah diberikan perlakuan pemberian *extra virgin olive oil* (EVOO) pada kelompok intervensi mengalami penurunan resiko terjadinya ulkus dekubitus menjadi 2 orang dengan resiko luka tekan sangat tinggi, 3 orang dengan resiko luka tekan tinggi, 1 orang resiko luka tekan sedang, 6 orang resiko luka tekan rendah, dan tidak ada resiko sebanyak 3 orang. Dalam uraian tersebut diketahui minyak zaitun mendukung pencegahan dekubitus pada pasien stroke, maka dari hal tersebut peneliti ingin melakukan penelitian *literature review* mengenai pengaruh penggunaan *extra virgin olive oil* terhadap pencegahan dekubitus pada pasien stroke.

**1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas, maka dirumuskan masalah penelitian “Adakah pengaruh penggunaan *extra virgin olive oil* terhadap pencegahan dekubitus pada pasien stroke dengan metode *literature review*?”

**1.3 Tujuan Penelitian**

Tujuan dari penelitian ini adalah melakukan literature review untuk mengetahui apakah ada pengaruh penggunaan *extra virgin olive oil* terhadap pencegahan dekubitus pada pasien stroke.

**1.4 Manfaat Penelitian**

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi literature ilmiah yang dapat dijadikan bahan kajian bagi para akademisi mengenai penggunaan *extra virgin olive oil* terhadap pencegahan dekubitus pada pasien stroke.

**BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

Bab ini membahas mengenai konsep, landasan teori, dan berbagai aspek yang terkait dengan topik penelitian, meliputi : 1) Konsep *Literature Review* 2) Konsep Stroke, 3) Konsep Dekubitus, 4) Konsep *Extra Virgin Olive Oil*, 5) Konsep Teori Keperawatan Dorothea E. Orem, dan 6) Hubungan Antar Konsep.

**2. 1 Konsep *Literature Review***

**2.1.1 Pengertian *Literature Review***

*Literatur review* dapat disebut sebagai tinjauan *literature* dimana didalamnya terdapat makalah ilmiah *(scientific paper)* yang menyajikan pengetahuan terbaru, berupa ringkasan komprehensif dari temuan peneliti-peneliti sebelumnya tentang topik tertentu (Shuttleworth, 2009).

Penelitian kepustakaan dan studi pustaka/riset pustaka meski bisa dikatakan mirip namun berbeda. Kepustakaan adalah penelitian yang dilakukan hanya berdasarkan atas karya tulis, termasuk hasil penelitian baik yang telah dipublikasikan maupun yang belum dipublikasikan.

Penelitian studi *literature* tidak harus turun ke lapangan dan kontak dengan responden. Data yang dibutuhkan dalam penelitian didapatkan dari sumber pustaka atau dokumen. Pada riset pustaka (*library research*) penelusuran pustaka tidak hanya langkah awal menyiapkan kerangka penelitian tetapi juga memanfaatkan sumber-sumber perpustakaan untuk memperoleh data penelitian

(Melfianora, 2017).

6

*Literature review* meninjau artikel ilmiah, buku dan sumber-sumber lain yang relevan dengan bidang penelitian tertentu. Tinjauan tersebut harus menyebutkan, menjelaskan, merangkum, mengevaluasi secara objektif dan memperjelas penelitian sebelumnya. Tinjauan *literature* mengakui karya para peneliti sebelumnya dan menciptakan *landscape* bagi pembaca, membeikan pemahaman penuh tentang perkembangan dilapangan. *Landscape* ini menginformasikan kepada pembaca bahwa penulis telah mengasimilasi semua (atau sebagian besar) karya-karya penting di lapangan kedalam penelitian/karya ilmiah yang disusun (Oakland, 2015).

**2.1.2 Langkah Menyusun *Literature Review***

Langkah-langkah menyusun *literature review* sebagai berikut :

1. Mengidentifikasi dan memilih topik, dalam hal ini adalah pertanyaan penelitian/rumusan masalah. Pada tahap ini penulis dapat mendiskusikan dengan dosen pembimbing dan mencari *literature* khususnya jurnal.

2. Memfokuskan pertanyaan. Pada tahap ini dapat digunakan :

a. Sumber-sumber informasi primer/wajib untuk menyusun *literature review* berupa jurnal nasional terindeks dan jurnal internasional (bereputasi).

b. Sebaiknya terindeks oleh *database Scopus*, EBSCO, *Elsevier*, *ProQuest*, *Google Scholar* atau juga diterbitkan oleh jurnal yang telah terakreditasi.

c. Sebaiknya mempertimbangkan level/tingkatan *evidence.*

d. Sumber referensi untuk membantu dan mendukung analisis dapat menggunakan jurnal laporan penelitian, buku, *ebook*, dan lain-lain, kecuali tulisan blog.

3. Penilaian artikel yang di dapat secara kritis (*Critically appraising The Article*). Ketika menemukan studi artikel, baca abstrak, pengantar dan kesimpulan.

Langkah penilaian kritis suatu artikel (*critical appraisal*) dengan cara : sebelum menilai relevansi item/artikel dengan topik anda pastikan ruang lingkup, integritas dan kedudukan artikel dengan :

a. Menilai posisi penulis - apakah dia seorang akademis? jurnalis?

siswa lain? Seorang peneliti?

b. Lihat tanggal publikasi – apakah topik tersebut mewakili pemikiran pada saat itu?

c. Memastikan khalayak yang dituju – apakah materi ditulis untuk khalayak umum? Peneliti lain? Kelompok tertentu dengan pandangan tertentu?

d. Perhatikan gaya penulisan – apakah ini percakapan? Akademik?

Provokatif? Sensasional? Deskriptif?

e. Lihat presentasi – apakah penulis menggunakan table, grafik, diagram, ilustrasi dengan tepat? Apakah rincian deskriptifnya memadai?

f. Lihat biografi dan refrensi – sudahkah penulis merujuk pada karya orang lain? Sudahkah semua ide diakui dan dikutip? Apakah kutipan

yang terdaftar yang akan memudahkan anda menyusun karya ilmiah?

g. Lihat jenis publikasi dan tujuannya – apakah ini jurnal ilmiah?

Kurnal popular? Publikasi yang direferensikan? Buku? Proses konferensi?

Selanjutnya apabila artikel tersebut telah dipilih dan digunakan, analisis konten secara kritis :

a. Tentukan fakta / *argument*/ sudut pandang

b. Lihat setiap temuan baru – adakah bukti yang jelas untuk mendukung setiap temuan?

c. Memastikan keandalan dan keakuratan dokumen – apakah semua asumsi tersebut valid? Apakah ada kekurangan dalam metodologi ini? Apakah penelitian didasarkan pada fakta yang sudah ada?

d. Tentukan pentingnya artikel tersebut – apakah ini artikel yang penting? Apakah itu hanya membahas apa yang sudah diketahui? Apa yang dikontribusikannya pada teori yang diterima?

e. Memastikan keterbatasan, kelemahan, kekuatan dan asumsi yang mendasari analisis sehubungan dengan *literature* terkait dan pemikiran saat ini.

f. Mengontekstualisasi isi artikel dalam disiplin – dimana itu cocok?

Pemikiran dan gagasan mana yang menghubungkan/bertentangan/mendukung pemikiran saat ini? Adakah persamaan atau kesenjangan dengan topik anda atau antar artikel penelitian?

g. Mempelajari metodologi – apakah itu sesuai dengan jenis studi?

4. Menyusun laporan tinjauan literature (*literature review*). Sistematika penulisan sebagai berikut

Bab 1 : Pendahuluan

Bab 2 : Tinjauan Pustaka

Bab 3 : Kerangka konseptual

Bab 4 : Metode Penelitian

Bab 5 : Hasil dan pembahasan

Bab 6 : Simpulan dan saran

**2.1.3 Analisis Jurnal Dengan Metode PICO**

1. *Populations (Patient, Population, Problem).* Kata-kata mewakili pasien, populasi dan masalah yang diangkat dalam karya ilmiah yang ditulis.

2. *Intervention (intervension, Prognostic Factor, Exposure).* Kata ini mewakili intervensi, faktor *prognostic* atau paparan yang akan diangkat dalam karya ilmiah.

3. *Comparison (comparison).* Kata ini mewakili perbandingan atau intervensi yang ingin dibandingkan dengan intervensi atau paparan pada karya ilmiah yang akan ditulis.

4. *Outcome (outcome).* Kata ini mewakili target apa yang ingin dicapai dari suatu penelitian misalnya pengaruh atau perbaikan dari suaru kondisi atau penyakit tertentu

**2.2 Konsep Stroke**

**2.2.1 Definisi Stroke**

Stroke didefinisikan sebagai defisit atau gangguan fungsi sistem syaraf yang terjadi mendadak dan disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak. Gangguan peredaran darah di otak dapat berupa tersumbatnya pembuluh darah otak atau pecahnya pembuluh darah di otak. Otak yang seharusnya mendapat pasokan oksigen dan zat makanan menjadi terganggu. Kekurangan oksigen ke otak akan memunculkan kematian sel syaraf (neuron). Gangguan fungsi otak ini akan memunculkan gejala stroke (Pinzon, 2010).

Stroke atau cedera serebrovaskular adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak. Umumnya stroke terjadi akibat kulminasi penyakit serebrovaskular selama beberapa tahun. Gangguan serebrovaskular ini menunjukkan beberapa kelainan pada otak, baik secara fungsional ataupun struktural, yang disebabkan oleh keadaan patologis dari pembuluh darah serebral atau dari seluruh sistem pembuluh darah ke otak (Susilo,

2019).

**2.2.2 Klasifikasi Stroke**

Menurut Mulyatsih, E. dan Ahmad (2010) stroke terdapat dua jenis, yaitu:

1. Stroke iskemik

Stroke iskemik disebabkan karena adanya sumbatan pada pembuluh darah di otak. Sumbatan ini dapat terjadi akibat dua hal. Pertama terjadi akibat atherosclerosis yaitu penebalan pada dinding pembuluh darah dan bekuan darah yang bercampur lemak menempel pada dinding pembuluh darah atau yang biasa

dikenal dengan thrombus. Dan kedua akibat tersumbatnya pembuluh darah di otak akibat emboli (bekuan darah dijantung) hal ini biasa terjadi pada pasien yang dipasang katup jantung buatan, setelah serangan miokard infark akut atau pasien dengan gangguan irama jantung berupa fibrilasi atrial, yaitu irama yang tidak teratur yang berasal dari ventrikel jantung.

2. Stroke hemoragik

Sekitar 70% stroke hemoragik terjadi akibat pecahnya pembuluh darah ke otak karena tekanan yang tinggi atau hipertensi. Sisanya biasanya terjadi akibat ruptur atau pecahnya anurisme yaitu pembuluh darah yang bertekstur tipis dan mengembang atau bisa juga karena ruptur pada *Atero Veno Malformation* (AVM), yaitu bentuk yang tidak sempurna dari pembuluh darah arteri dan vena.

**2.2.3 Etiologi Stroke**

Menurut Black,J dan Hawks (2014) etiologi stroke disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain :

1. Thrombus

Penggumpalan mulai terjadi dari adanya kerusakan pada bagian garis edoteliat dari pembuluh darah. Aterosklerosis menyebabkan zat lemak bertumbuk dan membentuk plak pada dinding pembuluh darah. Plak ini akan terus membesar dan menyebabkan penyempitan (stenosis) pada arteri. Stenosis ini yang menghambat aliran darah yang biasanya lancar pada arteri.

2. Embolisme

Sumbatan pada arteri serebral yang disebabkan oleh embolus menyebabkan stroke embolik. Embolus terbentuk dibagian luar otak, kemudian terlepas dan

mengalir melalui sirkulasi serebral sampai embolus tersebut melekat pada pembuluh darah dan menyumbat arteri.

3. Perdarahan

Perdarahan intraserebral paling banyak disebabkan oleh adanya rupture arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah yang bisa menyebabkan perdarahan ke jaringan otak. Stroke yang di sebabkan dari perdarahan sering kali menyebabkan spasme pembuluh darah serebral dan iskemik pada serebral karena darah yang berada diluar pembuluh darah membuat iritasi pada jaringan.

**2.2.4 Manifestasi Stroke**

Manifestasi stroke beragam berdasarkan pada arteri serebral yang terkenadan area otak yang terkena. Wanita yang mengalami stroke lebih cenderung melaporkan manifestasi nontradisional (khususnya disorientasi, konfusi, atau kehilangan kesadaran) daripada pria (LeMone, 2016). Manifestasi selalu tiba-tiba dalam hal awitan, fokal, dan biasanya satu sisi.

Manifestasi stroke berdasarkan keterlibatan pembuluh serebral:

1. Stroke trombosis

a. Arteri Cerebri Anterior

1) Hemiparesis kontralateral dengan kelumpuhan tungkai lebih menonjol.

2) Gangguan mental.

3) Gangguan sensibilitas pada tungkai yang lumpuh.

4) Ketidakmampuan dalam mengendalikan buang air.

5) Bisa terjadi kejang-kejang. b. Arteri Cerebri Media

1) Bila sumbatan di pangkal arteri, terjadi kelumpuhan yang lebih ringan.

2) Bila tidak di pangkal maka lengan lebih menonjol.

3) Gangguan saraf perasa pada satu sisi tubuh.

4) Hilangnya kemampuan dalam berbahasa (aphasia)

c. Arteri Karotis Interna

1) Buta mendadak.

2) Ketidakmampuan untuk berbicara atau mengerti bahasa lisan (disfasia)

bila gangguan terletak pada sisi dominan.

3) Kelumpuhan pada sisi tubuh yang berlawanan (hemiparesis kontralateral) dan dapat disertai sindrom Horner pada sisi sumbatan.

d. Arteri Cerebri Posterior

1) Koma.

2) Hemiparesis kontra lateral.

3) Ketidakmampuan membaca (aleksia).

4) Kelumpuhan saraf kranialis ketiga. e. Sistem Vertebrobasiler

1) Kelumpuhan di satu sampai keempat ekstremitas.

2) Meningkatnya refleks tendon.

3) Gangguan dalam koordinasi gerakan tubuh.

4) Gejala-gejala sereblum seperti gemetar pada tangan (tremor), kepala berputar (vertigo).

5) Ketidakmampuan untuk menelan (disfagia).

6) Gangguan motorik pada lidah, mulut, rahang, dan pita suara sehingga pasien sulit berbicara (disatria).

7) Kehilangan kesadaran sepintas (sinkop), penurunan kesadaran secara lengkap (stupor), koma, pusing, gangguan daya ingat, kehilangan daya ingat terhadap lingkungan (disorientasi).

8) Gangguan penglihatan, seperti penglihatan ganda (diplopia), gerakan arah bola mata yang tidak dikehendaki (nistagmus), penurunan kelopak mata (ptosis), kurangnya daya gerak mata, kebutaan setengah lapang pandang pada belahan kanan atau kiri kedua mata (hemianopia homonim).

9) Gangguan pendengaran.

10) Rasa kaku diwajah, mulut, atau lidah

2. Stroke emboli

a. Defisit hemisfer yang luas (kalau infarknya luas)

b. Didapat pasien penyebab berikut dan atau faktor resiko:

1) Jantung (atrial fibrilasi, kelainan katub dll).

2) Vaskular (stenosis arteri kritis).

3) Darah (hiperkoagulasi).

3. Stroke perdarahan intraserebral

Kelemahan atau kelumpuhan setengah badan, kesemutan, hilang sensasi atau mati rasa setengah badan. Selain itu, setengah orang juga mengalami sulit berbicara atau bicara pelo, merasa bingung, masalah penglihatan, mual, muntah, kejang, dan kehilangan kesadaran secara umum.

4. Stroke subaraknoid

a. Sakit kepala mendadak hebat. b. Defisit saraf kranialis.

c. Hemiparese.

d. Penurunan kesadaran.

**2.2.5 Patofisiologi Stroke**

Pasien stroke yang didapatkan lesi pada *Upper Motor Neuron* (UMN) akan mengalami kelainan berupa kelemahan pada otot fleksor ekstremitas bawah atau ekstremitas atas, namun tidak didapatkan atrofi otot. UMN terdiri dari traktus piramidal dan traktus ekstra piramidal. Kelainan pada traktus piramidal akan menghilangkan transmisi semua stimulus gerakan volunter dari korteks motorik ke sel kornu anterior, sehingga mengakibatkan paralisis otot-otot yang dipersyarafi oleh sel-sel ini. Bila terjadi secara mendadak, interupsi ini menyebabkan supresi refleks regang otot sehingga paralisis yang terjadi pada mulanya adalah flaksid (sampai refleks tersebut kembali pulih). Lesi kecil di kapsula interna dapat menyebabkan interupsi serabut-serabut piramidal yang padat dan menyebabkan kelumpuhan spastik otot-otot tubuh kontralateral, sedangkan lesi di korona radiata dengan ukuran yang relatif sama biasanya hanya menyebabkan paralisis otot sebagian (hanya pada lengan atau tungkai). Kerusakan traktus piramidal dibawah dekusasio akan menyebabkan hemiplegia ipsilateral. Gangguan pada *Lower Motor Neuron* (LMN) memiliki gambaran klinis yang berbeda dengan UMN. Gangguan LMN atau saraf perifer akan menyebabkan kelumpuhan otot yang dipersarafinya dan bersifat flasid (Satyanegara, 2014).

Di sisi yang lain, lesi pada saluran sumsum tulang belakang menyebabkan hemiparesis pada sisi yang sama dari tubuh. Otot pada wajah juga dikendalikan oleh saluran yang sama. Saluran yang mengaktifkan wajah (ganglion) dan saraf wajah muncul dari nukleus mengaktifkan otot-otot wajah selama kontraksi otot

wajah. Karena inti wajah terletak pada pons atas *decussation* tersebut, lesi pada saluran pons atau struktur atas menimbulkan hemiparesis pada sisi tubuh yang berlawanan dan paresis pada sisi yang sama pada wajah yang disebut dengan hemiparesis kontralateral. jika wajah pasien tidak terlibat, ini sangat sugestif dari lesi saluran pada bagian bawah batang otak atau sum-sum tulang belakang. Karena sum-sum tulang belakang merupakan struktur yang paling kecil, sehingga apabila terjadi lesi tidak hanya terjadi kelumpuhan di satu sisi, tetapi kedua sisi. Oleh karena itu, lesi pada sum-sum tulang belakang biasanya dapat menimbulkan kelumpuhan pada kedua lengan dan kaki (quadriparesis) atau kedua kaki (paraparesis) (Mardjono M. and Sidharta, 2018).

**2.2.6 Komplikasi Stroke**

1. Defisit sensori presepsi

Pasien dapat mengalami defisit dalam penglihatan, pendengaran, keseimbangan, rasa, dan indra penciuman. Kemampuan untuk menerima vibrasi/getaran, nyeri,kehangatan, dan dingin. Kehilangan kemampuan sensori ini meningkatkan resiko cedera. Defisit dapat mencakup hal berikut:

a. Hemianopia: kehilangan separuh lapang penglihatan pada satu atau kedua mata.

b. Agnosia: ketidakmampuan untuk mengenali satu benda atau lebih yang sebelumnya familiar, agnosia dapat berupa visual, taktil, atau auditori.

c. Apraksia: ketidakmampuan untuk melakukan beberapa pola motorik

(misal. menggambar, berpakaian)**.**

2. Perubahan kognitif dan perilaku

Perubahan pada kesadaran, rentang dari konfusi ringan hingga koma, merupakan manifestasi stroke yang lazim. Perubahan perilaku mencakup kelabilan emosi (pasien dapat tertawa atau menangis pada kondisi yang tidak sesuai), kehilangan kontrol diri (dimanifestasikan dengan menolak menggunakan pakaian), dan penurunan toleransi terhadap stres (menyebabkan rasa marah atau depresi). Perubahan intelektual dapat mencakup kehilangan memori, penurunan rentang perhatian, penilaian yang buruk, dan ketidakmampuan untuk berpikir secara abstrak.

3. Gangguan komunikasi

Diantara gangguan ini adalah sebagai berikut:

a. Afasia, ketidakmampuan untuk menggunakan atau memahami bahasa.

b. Afasia ekspresif, masalah bicara motorik ketika salah satu dapat memahami apa yang dikatakan, tetapi hanya dapat merespon dalam fase pendek, disebut afasia broka.

c. Afasia reseptif, masalah bicara sensori ketika salah satu dapat memahami kata yang diucapkan (dan sering kali tertulis). Bicara dapat fasih tetapi dengan konten yang tidak tepat, disebut afasia Wernicke.

d. Afasia global, disfungsi bahasa baik dalam hal mamahami maupun ekspresi.

e. Disatria, semua gangguan dalam pengendalian otot bicara

4. Defisit motorik

Bergantung pada area otak yang terlibat, stroke dapat menyebabkan kelemahan, paralisis, dan spastisitas. Defisit mencakup hal berikut:

a. Hemiplegia, paralisis setengah tubuh kanan atau kiri.

b. Hemiparesis, kelemahan setengah tubuh kanan atau kiri.

Defisit motorik dapat menyebabkan perubahan mobilitas, lebih lanjut mengganggu fungsi tubuh. Komplikasi immobilitas melibatkan sistem tubuh multipel dan mencakup hipotensi ortostatik, peningkatan pembentukan trombus, penurunan curah jantung, perubahan fungsi pernapasan, osteoporosis, pembentukan batu ginjal, kontraktur, dan pembentukan luka dekubitus.

5. Gangguan eliminasi

Stroke dapat menyebabkan kehilangan sebagian sensasi yang memicu eliminasi kandung kemih, menyebabkan sering berkemih, urgensi berkemih,atau inkontinensia. Pengendalian urinasi dapat berubah sebagai akibat defisit kognitif. Perubahan dalam eliminasi usus lazim terjadi, akibat dari imobilitas dan dehidrasi (LeMone, 2016).

**2.2.7 Penatalaksanaan**

Menurut Susilo (2019) penatalaksanaan stroke dibagi menjadi 2 yaitu penatalaksanaan pada stroke iskemik dan stroke perdarahan.

1. Stroke Iskemik

a. Penatalaksanaan Umum

1) Nutrisi

2) Hidrasi Intravena : koreksi dengan Nacl 0,9% jika hipovolemik.

3) Hiperglikemia : koreksi dengan insulin, bila stabil beri insulin reguler subkutan.

4) Neurorehabilitasi dini : stimulasi dini secepatnya dan fisioterapi gerak anggota badan aktif maupun pasif.

5) Perawatan kandung kemih : kateter menetap hanya pada keadaan khusus (kesadaran menurun, demensia, dan afasia global).

b. Penatalaksanaan Khusus

1) Terapi spesifik stroke iskemik akut

a) Trombosis rt-PA intravena/intraarterial pada ≤ 3 jam setelah awitan stroke dengan dosis 0,9 mg/kg (maksimal 90 mg). Sebanyak 10% dosis awal diberi sebagai benutk bolus, sisanya dilanjutkan melalui infus dalam 1 jam.

b) Antiplatelet : asam salisilat 160-325 mg/hari 48 jam setelah awitan stroke atau clopidrogel 75mg/hari.

c) Obat neuroprotektif.

2) Hipertensi

Tekanan darah diturunkan apabila tekanan sistolik > 220 mmHg dan/atau tekanan diastolik > 120 mmHg dengan penurunan maksimal

20% dari tekanan arterial rata-rata (MAP) awal per hari.

3) Thrombosis Vena dalam

a) Heparin 5000 unit/12 jam selama 5-10 hari.

b) Low Molecular Weight Heparin (Enoksaparin/nadroparin) 2 x 0,3-0,4

IU SC abdomen.

c) *Pneumatic boots*, *stoking elastic*, fisioterapi, dan mobilisasi.

2. Stroke Perdarahan

Penatalaksanaan untuk stroke hemoragik, antara lain:

a. Perawatan darurat dengan obat-obatan

Terapi dengan obat penghancur gumpalan darah harus dimulai dalam 4,5 jam jika diberikan lewat pembuluh darah. Semakin cepat diberikan, semakin baik. Perawatan cepat tidak hanya meningkatkan peluang klien untuk bertahan hidup, tetapi juga dapat mengurangi komplikasi. Klien bisa diberikan injeksi intravena aktivator plasminogen jaringan (tPA). Injeksi aktivator plasminogen jaringan rekombinan (tPA), juga disebut alteplase, dianggap sebagai pengobatan standar terbaik untuk stroke iskemik.

Injeksi tPA biasanya diberikan melalui vena di lengan. Obat penghancur gumpalan ampuh ini idealnya diberikan dalam waktu tiga jam. Dalam beberapa kasus, tPA dapat diberikan hingga 4,5 jam setelah faktor stroke dimulai. Obat ini mengembalikan aliran darah dengan melarutkan gumpalan darah yang menyebabkan stroke. Selain itu, obat ini dapat membantu penderita stroke untuk pulih sepenuhnya. Sebelum pemberian obat, dokter biasanya mempertimbangkan risiko tertentu, seperti potensi pendarahan di otak, untuk menentukan apakah tPA sesuai untuk klien.

b. Prosedur Endovaskular Darurat

Stroke iskemik terkadang diobati seperti pengobatan untuk penyakit pada pembuluh darah tersumbat. Prosedur ini harus dilakukan sesegera mungkin, tergantung pada fitur bekuan darah:

1) Pengobatan Langsung ke Otak

Tabung tipis (kateter) panjang dimasukkan melalui arteri di selangkangan klien dan terus masuk hingga ke otak untuk mengirim

tPA langsung ke area tempat stroke terjadi. Prosedur ini disebut trombolisis intra-arterial. Jendela waktu untuk pengobatan ini agak lebih lama daripada untuk tPA intravena, tetapi masih terbatas.

2) Membuang Bekuan Dengan Retriever Stent

Tabung tipis (kateter) digunakan untuk mengarahkan perangkat ke pembuluh darah yang tersumbat di otak dan membuang bekuan. Prosedur ini sangat bermanfaat bagi klien dengan gumpalan besar yang tidak dapat dilarutkan sepenuhnya dengan tPA. Meskipun demikian, prosedur ini sering dikombinasikan dengan tPA intravena.

c. Penatalaksanaan Bedah

Untuk mengurangi risiko klien mengalami stroke atau serangan iskemik transien, prosedur bedah mungkin akan dirujuk. Tujuannya adalah untuk membuka arteri yang dipersempit oleh plak. Tergantung keadaan klien, prosedur - prosedur berikut juga mungkin akan dirujuk untuk mencegah stroke:

1) Endarterektomi Karotis

prosedur endarterektomi karotis bertujuan untuk menghilangkan plak dari arteri yang terletak di sepanjang sisi leher hingga otak (arteri karotid). Dalam prosedur ini, dilakukan sayatan di sepanjang bagian depan leher, lalu arteri karotid dibuka, dan plak yang menghalangi arteri karotid dihilangkan. Setelah itu, arteri ditutup lagi dengan jahitan atau patch yang terbuat dari vena atau bahan buatan (cangkokan). Prosedur endarterektomi karotis dapat mengurangi risiko stroke iskemik, namun

juga memiliki risiko, terutama bagi klien dengan penyakit jantung atau kondisi medis lainnya.

2) Angioplasti dan Stent

Dalam prosedur angioplasti, arteri karotid diakses melalui arteri pada selangkangan. Sebuah alat seperti balon kemudian digelembungkan untuk memperluas arteri yang menyempit, dengan demikian stent dapat dimasukkan untuk mendukung arteri yang terbuka.

**2.3 Konsep Dekubitus**

**2.3.1 Definisi Dekubitus**

Menurut *National Pressure Ulcer Advisory and Pan Pacific Pressure Injury Alliance* tahun 2015, Dekubitus adalah cedera lokal pada kulit dan / atau jaringan di bawahnya biasanya di atas tonjolan tulang, sebagai akibat dari tekanan, atau tekanan yang dikombinasikan dengan gesekan.

**2.3.2 Klasifikasi Dekubitus**

Menurut *National Pressure Ulcer Advisory and Pan Pacific Pressure*

*Injury Alliance* tahun 2015, dekubitus dibagi menjadi 4 derajat yaitu :

1. 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 dengan jari selama tiga detik, apabila kulitnya tetap berwarna merah dan apabila jari diangkat juga kulitnya tetap berwarna merah.



**Gambar 2.1** Dekubitus Derajat I

2. 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.

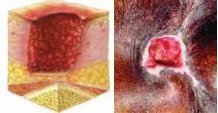


**Gambar 2.2** Dekubitus Derajat II

3. 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 decubitus*” yang

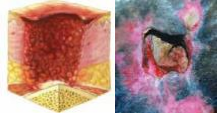
ditunjukkan dengan adanya kehilangan bagian dalam kulit hingga subkutan, namun tidak termasuk tendon dan tulang. *Slough* mungkin tampak dan mungkin meliputi *undermining* dan *tunneling*.



**Gambar 2.3** Dekubitus Grade III

4. Derajat IV (*Full Thickness Tissue Loss*)

Kehilangan jaringan secara penuh sampai dengan terkena tulang, tendon atau otot. *Slough* atau jaringan mati 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 (fasia, tendon atau sendi) dan memungkinkan terjadinya osteomyelitis. Tulang dan tendon yang terkena bisa terlihat atau teraba.



**Gambar 2.4** Dekubitus Grade IV

**2.3.3 Faktor Resiko Dekubitus**

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kejadian dekubitus pada pasien, diantaranya yaitu :

1. Penurunan Persepsi Sensori.

Hasil penelitian menunjukkan semakin menurun persepsi sensori penderita stroke maka potensial untuk terjadinya luka dekubitus semakin besar. Jika sinyal rasa sakit tidak ada karena kurangnya sensasi, pasien tidak akan menyadari bahwa kerusakan sedang terjadi dan tidak akan menyadari bahwa mereka harus bergerak (Trust, 2011). Pada pasien dengan imobilisasi ulkus dekubitus bisa terjadi lebih cepat di atas tonjolan tulang (misalnya tulang berositas iskial, siku dan tumit) bila disertasi gangguan sensoris pada area tersebut (Bujang, 2013).

Penurunan persepsi sensori pada penderita stroke akan menyebabkan penderita kehilangan rasa atau sensasi, ketika ada jaringan kulit yang mengalami kerusakan penderita tidak bisa merasakannya sehingga cenderung tidak melakukan perubahan posisi sehingga penekanan di area tersebut berlanjut dan terjadilah luka dekubitus (Alimansur and Santoso, 2019).

2. Kelembapan kulit

Peningkatan kelembaban kulit pada penderita stroke akan meningkatkan resiko terjadinya luka dekubitus. Meskipun tekanan dan gaya geser merupakan faktor yang paling dianggap menyebabkan luka dekubitus, faktor ekstrinsik lain seperti akumulasi panas antara pasien dan tempat tidur, gesekan, dan kelembaban adalah faktor penting yang berkontibusi terhadap perkembangan luka dekubitus (Källman, 2015).

3. Mobilitas dan gerak

Penurunan mobilitas akan meningkatkan resiko luka dekubitus pada penderita stroke. Imobilitas pada stroke adalah faktor risiko utama untuk ulkus dekubitus karena patofisiologinya. Berkurangnya kemampuan untuk bergerak menyebabkan penderita tidak mampu merubah posisi atau bergeser untuk mengurangi tekanan pada area tertentu yang beresiko, hal ini menyebabkan penderita beresiko untuk terkena ulkus dekubitus. Imobilitas pada penderita selain disebabkan karena gangguan motorik bisa juga disebabkan oleh adanya kontraktur, gangguan kesadaran atau persepsi sensori yang menurun, anestesi umum. Imobilitas yang disertai dengan penurunan motorik halus, penyakit kardiovaskuler, permasalahan nutrisi dapat menyebabkan penurunan pasokan oksigen dan nutrisi ke jaringan perifer yang akhirnya mempercepat terjadinya ulkus dekubitus (Anders *et al.*,

2010).

4. Aktifitas

Berdasarkan Hasil penelitian penurunan kemampuan melakukan aktivitas akan meningkatkan resiko terjadinya luka dekubitus pada pasien stroke. Kelemahan dan kelumpuhan akibat stroke menyebabkan ketidakmampuan penderita untuk melakukan aktivitas sehari hari (Alimansur and Santoso, 2019).

Penderita stroke yang mengalami kelumpuhan akan sulit untuk melakukan pergerakan. Otot yang spastik dan paralitik akan menimbulkan friksi dan tarikan pada kulit yang meningkatkan kerentanan untuk terjadinya luka dekubitus. Friksi dan tarikan ini sering diakibatkan oleh perubahan posisi penderita yang tidak tepat seperti menarik pasien kearah kepala atau adanya gerakan merosot di tempat tidur (Okatiranti, Sitorus and Tsuawabeh, 2013).

5. Status Nutrisi

Status nutrisi penderita yang kurang akan meningkatkan resiko terjadinya luka dekubitus. Gangguan nutrisi sering menyebakan hipoproteinemia, hipoalbuminemia, dan anemia dimana ketiganya berhubungan positif dengan prevalensi ulkus dekubitus (Neloska *et al.*, 2016).

Kekurangan nutrisi akan menyebakan atropi dan penurunan jaringan subkutan. Kondisi ini menyebabkan bantalan diantara kulit dan tulang menjadi tipis sehingga efek kerusakan akibat tekanan di area tersbut meningkat. Status nutrisi yang jelek ditandai dengan hilangnya banyak protein yang menyebabkan jaringan disekitar tonjolan tulang mudah mengalami edema, edema akan menggangu sirkulasi darah menyebabkan penumpukan sampah metabolik sehingga luka dekubitus lebih mudah terjadi (Karen L. Cooper., 2013).

6. Gesekan.

Shear merupakan faktor ekstrinsik yang dominan menyebabkan luka dekubitus. Pergeseran digambarkan sebagai sesuatu yang saling mempengaruhi antara gravitasi dengan gesekan dan merupakan kekuatan mekanis yang meregangkan dan merobek jaringan, pembuluh darah serta struktur jaringan yang lebih dalam yang berdekatan dengan tulang yang menonjol. Tubuh pasien cenderung bergerak ke bawah karena pengaruh gaya gravitasi sehingga akan terjadi gerakan merosot yang menimbulkan pergeseran sementara permukaan jaringan tubuh dan permukaan matras berupaya mempertahankan tubuh pada posisinya akibatnya karena kulit tidak bisa bergerak bebas maka akan terjadi penurunan toleransi jaringan dan ketika hal tersebut dikombinasikan dengan tekanan yang terus menerus akan timbul luka tekan. Pergeseran (Shear)

diperparah oleh kondisi permukaan matras yang keras dan kasar, linen yang kusut dan lembab atau pakaian yang dikenakan pasien yang berkontribusi terhadap terbentuknya luka tekan (Tong, S., Yip, J., Yick, K., & Yuen, 2016).

7. Tingkat Kesadaran.

Tingkat kesadaran tidak berhubungan dengan terjadinya luka dekubitus. Pasien stroke tidak semuanya mengalami penurunan kesadaran, ada pasien yang kesadaranya masih baik tetapi mengalami keterbatasan gerak sehingga harus bedrest ditempat tidur. Ada yang mengalami penurunan kesadaran sehingga harus perawatan total di rumah sakit. Dekubitus dapat terjadi pada individu yang mengalami penurunan kesadaran akibat tirah baring lama (Okatiranti, Sitorus and Tsuawabeh, 2013).

**2.4 Konsep *Extra Virgin Olive Oil***

**2.4.1 Definisi *Extra Virgin Olive Oil***

Zaitun *(Olea europaea L.)* adalah pohon kecil, yang termasuk dalam keluarga *Oleaceae* dan berasal dari daerah beriklim tropis dan hangat di dunia. Pohon, terkenal dengan buahnya, juga disebut zaitun, penting secara komersial di wilayah Mediterania sebagai sumber utama minyak zaitun. Pohon itu biasanya tersebar di daerah pesisir di Cekungan Mediterania timur, daerah pesisir yang bersebelahan dengan Eropa tenggara, Asia barat dan Afrika utara serta Iran utara di ujung selatan Laut Kaspia. Meskipun zaitun sekarang dibudidayakan di beberapa bagian dunia, wilayah Medetarrianen masih berfungsi sebagai daerah

produksi utama yang menyumbang sekitar 98% dari budidaya zaitun dunia

(Ghanbari *et al.*, 2012).

*Extra virgin olive oil* (EVOO) atau minyak zaitun murni adalah minyak yang didapatkan dengan proses ekstrak atau pemerasan pertama melalui proses *cold pressing method* (perasan dingin) artinya buah zaitun tidak mengalami proses pemanasan seperti dicelup ke dalam air panas, dan tanpa bahan kimia, agar tidak merubah atau mempengaruhi komposisi asli minyak zaitun. Keunggulan minyak zaitun dapat dikonsumsi dalam bentuk cair, tanpa proses pemasakan, karena tidak menimbulkan efek negatif bagi lambung dan saluran pencernaan, serta membantu melindungi lambung sehingga terbebas dari gangguan maag dan gastritis (Astawan,M.,Tutik,W.,Nurayla, 2015).

**2.4.2 Kandungan *Extra Virgin Olive Oil***

Extra virgin olive oil terdiri dari fraksi gliserol (90-99% dari buah zaitun) dan non-gliserol (0,4-5% dari buah zaitun) yang mengandung senyawa fenolik. Fraksi gliserol EVOO terdiri dari *Monounsaturated Fatty Acid* (MUFA), 6

*Polyunsaturated Fatty Acid* (PUFA), dan *Saturated Fatty Acid* (SFA), sedangkan fraksi non gliserol diantaranya terdiri dari senyawa fenolik (*hydroxytyrosol*, *oleuropein, caffeic acid, coumaric acid, vanillic 13 acid*), α-tokoferol, squalene, klorofil (pigmen warna), dan β-karoten yang berfungsi sebagai antioksidan (Ghanbari *et al.*, 2012).

*Extra Virgin Olive Oil* (EVOO) adalah minyak tumbuhan yang diperas dari buah pohon zaitun *(Olea europeae L).* Minyak zaitun dikenal sebagai salah satu minyak paling sehat khususnya extra virgin yang mengandung 74,4 % - 77.5

% asam oleat *(Oleic acid), palmitic acid* 11.5%- 12.1% dan *linoleic acid* 8.9% -

9.4% (Hysi and Kongoli, 2015).

**2.4.3 Manfaat *Extra Virgin Olive Oil***

Komponen zat yang terkandung pada EVOO bermanfaat dalam merawat kulit yaitu efektif untuk mencegah luka tekan karena mempunyai kemampuan untuk menjaga kelembaban alami kulit, melindungi kulit dari basahan *urine* atau keringat serta sebagai antioksidan, antiinflamasi dan antimikroba (Handayani *et al.*, 2011).

Minyak zaitun sendiri memiliki manfaat menjaga elastisitas kulit dan melembapkan kulit. Bahan yang terkandung dalam minyak zaitun yaitu *squalene* atau dikenal sebagai cairan eter organik yang bermanfaat bagi sistem imun manusia, zat besi, kalsium, potassium dan polifenol. Minyak zaitun memiliki kandungan utama vitamin E yang berfungsi sebagai anti penuaan dini. Selain itu minyak zaitun juga berfungsi untuk menghaluskan dan melembabkan permukaan kulit tanpa menimbulkan penyumbatan pada pori. Minyak zaitun juga berfungsi sebagai pelembab yang baik serta dapat meningkatkan kelembapan kulit wajah dan tubuh. Minyak zaitun juga bermanfaat untuk membuang lapisan sel-sel kulit mati. Kandungan minyak zaitun yaitu asam lemak linoleat yang rendah sebanyak

7% dan asam oleat yang tinggi sebesar 80%. Fungsi dari Asam linoleat untuk memperkuat lapisan pelindung pada kulit sehingga mempersulit penetrasi air ke dalam permukaan kulit. Sebaliknya asam oleat membantu meningkatkan permeabilitas kulit sehingga membantu menjaga kelembapan (Nurviana, 2020).

Penggunaan rutin minyak zaitun dapat dijadikan pencegahan primer terjadinya dekubitus karena asam lemak yang terkandung dalam minyak zaitun mendorong regenerasi kulit, meningkatkan hidrasi kulit, elastisitas dan dapat menghaluskan dermis. Minyak juga dapat mengurangi kerusakan kulit dan dapat menjadi perlindungan kulit dari gesekan atau tekanan dengan periode yang lama baik pada pasien yang bedrest maupun berada di kursi roda (Lupiáñez-pérez *et al.*,

2013).

*Extra virgin olive oil* memiliki konsentrasi polifenol yang tinggi, yang merupakan antioksidan alami dapat mengurangi proses inflamasi. Komponen minyak seperti senyawa fenolik dan klorofil dalam *extra virgin olive oil* memiliki efek antioksidasi yang tinggi dan oleh karena itu bersifat anti-penuaan, selain mempercepat proses penyembuhan dermis. Selain itu, dalam minyak zaitun juga terdapat vitamin E, yang merupakan sumber perlindungan yang sangat baik terhadap radikal bebas yang menyebabkan oksidasi sel. Kelebihan radikal bebas dalam organisme mempercepat penuaan dan akibatnya membran sel epitel berubah, sehingga menyulitkan nutrisi kulit, dan juga merusak serat kolagen dan elastin, sehingga kulit kehilangan kekencangan dan elastisitasnya. Radikal bebas ini termasuk atom oksigen 7-elektron, atom oksigen yang stabil memiliki delapan elektron dan menjadi tidak stabil ketika kehilangan satu elektron. Ketika elektron semacam itu hilang, ia dipinjam dari membran sel dan menghasilkan radikal bebas lain, menyebabkan reaksi berantai. Ini dilawan oleh aksi antioksidan, yang menetralkan atom oksigen (Lupiáñez-pérez *et al.*, 2013).

**2.5 Konsep Keperawatan Dorothea E. Orem (Model Konsep *Self Care***

***Deficit*)**

Teori Orem dikenal dengan *“teori self care deficit”*. Teori ini disusun berdasarkan tiga teori yang berhubungan yaitu: *self care, self care deficit* dan *nursing system*. Asumsi dasar dari ketiga hal tersebut menurut Orem, adalah sebagai berikut:

1. Teori *Self Care*

Untuk memahami teori *self care* sangat penting terlebih dahulu memahami konsep *self care, self care agency, basic conditioning factor* dan kebutuhan *self care therapeutik. Self care* adalah *performance* atau praktek kegiatan individu untuk berinisiatif dan membentuk prilaku mereka dalam memelihara kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan. Jika *self care* dibentuk dengan efektif maka hal tersebut akan membantu membentuk integritas struktur dan fungsi manusia dan erat kaitannya dengan perkembangan manusia. *Self care agency* adalah kemampuan manusia atau kekuatan untuk melakukan *self care*. Kemampuan individu untuk melakukan *self care* dipengaruhi oleh *basic conditioning factors* seperti; umur, jenis kelamin, status perkembangan, status kesehatan, orientasi sosial budaya, sistem perawatan kesehatan (diagnostik, penatalaksanaan modalitas), sistem keluarga, pola kehidupan, lingkungan serta ketersediaan sumber.

Kebutuhan *self care therapeutik* (*Therapeutic self care demand*) adalah merupakan totalitas dari tindakan *self care* yang diinisiatif dan dibentuk untuk memenuhi kebutuhan *self care* dengan menggunakan metode yang valid yang berhubungan dengan tindakan yang akan dilakukan. Konsep lain yang berhubungan dengan teori *self care* adalah *self care requisite*. Orem mengidentifikasikan tiga katagori *self care requisite*:

a. *Universal* meliputi; udara, air makanan dan eliminasi, aktifitas dan istirahat, solitude dan interaksi sosial, pencegahan kerusakan hidup, kesejahteraan dan peningkatan fungsi manusia.

b. *Developmental,* lebih khusus dari universal dihubungkan dengan kondisi yang meningkatkan proses pengembangan siklus kehidupan seperti, pekerjaan baru, perubahan struktur tubuh dan kehilangan rambut.

c. Perubahan kesehatan (*Health Deviation*) berhubungan dengan akibat terjadinya perubahan struktur normal dan kerusakan integritas individu untuk melakukan self care akibat suatu penyakit atau injury.

2. Teori *Self Care Deficit*

Merupakan hal utama dari teori general keperawatan menurut Orem. Dalam teori ini keperawatan diberikan jika seorang dewasa (atau pada kasus ketergantungan) tidak mampu atau terbatas dalam melakukan *self care* secara efektif. Keperawatan diberikan jika kemampuan merawat berkurang atau tidak dapat terpenuhi atau adanya ketergantungan. Orem mengidentifikasi lima metode yang dapat digunakan dalam membantu *self care*:

a. Tindakan untuk atau dilakukan untuk orang lain. b. Memberikan petunjuk dan pengarahan.

c. Memberikan dukungan fisik dan psikologis.

d. Memberikan dan memelihara lingkungan yang mendukung pengembangan personal.

e. Pendidikan.

Perawat dapat membantu individu dengan menggunakan beberapa atau semua metode tersebut dalam memenuhi self care. Orem menggambarkan hubungan diantara konsep yang telah dikemukakannya.

Berdasarkan gambaran diatas dapat dilihat bahwa jika kebutuhan lebih banyak dari kemampuan, maka keperawatan akan dibutuhkan. Tindakan-tindakan yang dapat dilakukan oleh perawat pada saat memberikan pelayanan keperawatan dapat digambarkan sebagi domain keperawatan. Orem, (1991) mengidentifikasikan lima area aktifitas keperawatan yaitu:

a. Masuk kedalam dan memelihara hubungan perawat klien dengan individu, keluarga, kelompok sampai pasien dapat melegitimasi perencanaan keperawatan.

b. Menentukan jika dan bagaimana pasien dapat dibantu melalui keperawatan.

c. Bertanggung jawab terhadap permintaan pasien, keinginan dan kebutuhan untuk kontak dan dibantu perawat.

d. Menjelaskan, memberikan dan melindungi klien secara langsung dalam bentuk keperawatan.

e. Mengkoordinasikan dan mengintegrasi keperawatan dengan kehidupan sehari-hari klien, atau perawatan kesehatan lain jika dibutuhkan serta pelayanan sosial dan edukasional yang dibutuhkan atau yang akan diterima.

3. Teori *Nursing System*

Sistem didesain oleh perawat didasarkan pada kebutuhan *self care* dan kemampuan pasien melakukan *self care*. Jika ada *self care defisit, self care agency* dan kebutuhan *self care therapeutik* maka keperawatan akan diberikan. *Nursing agency* adalah suatu properti atau atribut yang lengkap diberikan untuk orang-orang yang telah didik dan dilatih sebagai perawat yang dapat melakukan, mengetahui dan membantu orang lain untuk menemukan kebutuhan *self care terapeutik* mereka, melalui pelatihan dan pengembangan *self care agency*. Orem mengidentifikasi tiga klasifikasi nursing system yaitu:

a. *Wholly Compensatory system*

Suatu situasi dimana individu tidak dapat melakukan tindakan *self care*, dan menerima *self care* secara langsung serta ambulasi harus dikontrol dan pergerakan dimanipulatif atau adanya alasan-alasan medis tertentu. Ada tiga kondisi yang termasuk dalam kategori ini yaitu: tidak dapat melakukan tindakan *self care* misalnya koma, dapat membuat keputusan, observasi atau pilihan tentang *self care* tetapi tidak dapat melakukan ambulasi dan pergerakan manipulatif, tidak mampu membuat keputusan yang tepat tentang self carenya.

b. *Partly compensatory nursing system*

Suatu situasi dimana antara perawat dan klien melakukan perawatan atau tindakan lain dan perawat atau pasien mempunyai peran yang besar untuk mengukur kemampuan melakukan *self care*.

c. *Supportive educative system*

Pada sistem ini orang dapat membentuk atau dapat belajar membentuk *internal* atau *external self care* tetapi tidak dapat melakukannya tanpa bantuan. Hal ini juga dikenal dengan *supportive developmental system* (Tomey, A, M, & Alligod, M, 2006).

**2. 6 Hubungan Antar Konsep**

Stroke didefinisikan sebagai defisit atau gangguan fungsi sistem syaraf yang terjadi mendadak dan disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak. Gangguan peredaran darah di otak dapat berupa tersumbatnya pembuluh darah otak atau pecahnya pembuluh darah di otak. Berkurangnya kemampuan untuk bergerak menyebabkan penderita stroke tidak mampu merubah posisi atau

bergeser untuk mengurangi tekanan pada area tertentu yang beresiko, hal ini menyebabkan penderita beresiko untuk terkena ulkus dekubitus.

Aplikasi Teori *Self Care* (Orem) pada penderita Stroke yang mengalami immobilisasi dalam pencegahan ulkus dekubitus menurut Tommey and Alligod, (2006) teori Orem disusun berdasarkan tiga teori yang saling berhubungan yaitu *self care, self care deficit dan nursing system*. *Self care* menggambarkan atau menjelaskan tentang perawatan diri sendiri dalam suatu kontribusi berkelanjutan pada orang dewasa untuk eksistensi, kesehatan dan kesejahteraannya. Dapat pula diartikan sebagai latihan aktifitas individu dalam memulai dan menampilkan kepentingan mereka dalam mempertahankan hidup, kesehatan dan kesejahteraan. Perawatan mandiri adalah suatu kebutuhan universal untuk menjaga dan meningkatkan eksistensinya, kesehatannya, dan kesejahteraan hidupnya. Perawat membantu klien untuk mencapai kemampuan perawatan diri dengan pemenuhan oks igenasi, air, makanan, kebersihan, aktifitas dan istirahat, menyendiri dan interaksi sosial, pencegahan dari bahaya, dan pengenalan fungsi makhluk hidup.

Apabila seseorang tidak mampu memenuhi *self care* nya maka akan masuk dalam kategori yang disebut dengan *self care deficit*. *Self care dificit* merupakan suatu kondisi manakala seseorang mengalami ketidakmampuan melakukan perawatan pada dirinya sendiri. Pada penderita Stroke yang mengalami immobilisasi dikatakan mengalami *self care deficit* karena ketidakmampuan penderita untuk melakukan perawatan diri secara mandiri terutama kemampuan untuk bergerak sehingga memerlukan bantuan pada perawat atau orang lain untuk mencegah komplikasi immobilisasi yaitu ulkus dekubitus. Berkaitan dengan *self care defisit* yang dialami penderita stroke yang mengalami immobilisasi, maka perawat mengkategorikan bahwa penderita tersebut membutuhkan sistem keperawatan penuh.

Sistem keperawatan penuh dalam hal ini perawat mengambil alih seluruh aktifitas yang tidak dapat dilakukan penderita tersebut, yaitu dengan melakukan perawatan kulit dengan menggunakan *extra virgin olive oil* dalam mencegah ulkus dekubitus pada pasien stroke yang mengalami immobilitas. *Extra Virgin Olive Oil* mengandung beberapa bahan diantaranya asam linoleat, asam oleat, polifenol dan vitamin E. Kandungan dalam *extra virgin olive oil* mampu mendorong regenerasi kulit, meningkatkan hidrasi kulit, elastisitas dan dapat menghaluskan dermis. *Extra virgin olive oil* juga dapat mengurangi kerusakan kulit dan dapat menjadi perlindungan kulit dari beberapa faktor penyebab dekubitus seperti gesekan dan penekanan terus menerus pada area tubuh yang menonjol.

**BAB III**

**KERANGKA KONSEPTUAL**

dan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Penyebab terjadinya stroke :**  1. Thrombus  2. Emboli  3. Hemorraghic |  | Pasien stroke |
|  |
| Terdapat lesi di UMN LMN | |

**Konsep Keperawatan**

**Dorothea Orem**

*1. Wholly compensatory system*

Aplikasi EVOO pada area yang menonjol.

*2. Partly compensatory nursing system*

*3. Supportive*

*educative system*

Kelemahan pada satu/keempat anggota gerak

Hemiparese/Hemiplegi kanan dan kiri

Dekubitus

Kandungan *Extra Virgin*

*Olive Oil (EVOO)*

**Faktor resiko dekubitus**

1. Penurunan persepsi sensori.

2. Kelembaban kulit meningkat.

3. Gangguan mobilitas fisik dan gerak.

4. Status nutrisi.

5. Gesekan.

6. Tingkat kesadaran.

Asam linoleat

Polifenol Vitamin E Asam Oleat

Memperkuat lapisan pelindung

Merupakan antioksidan alami

Melawan radikal bebas

Mendorong regenerasi kulit

Mempersulit penetrasi air ke kulit

Mengurangi proses inflamasi pada kulit

Nutrisi kulit meningkat

Meningkatkan hidrasi kulit dan elastisitas kulit

Tingkat kelembaban kulit terjaga

Kekencangan dan elastisitas kulit meningkat

Melindungi kulit dari gesekan dan tekanan

Keterangan :

: tidak diteliti

: diteliti

Penurunan resiko ulkus dekubitus

**Gambar 3.1** Kerangka Konseptual Pengaruh Penggunaan *Extra Virgin Olive Oil*

Terhadap Pencegahan Dekubitus Pada Pasien Stroke

39

**BAB IV METODE PENELITIAN**

**4.1 Strategi Pencarian *Literature***

**4.1.1 Protokol dan Registrasi**

Rangkuman menyeluruh dalam bentuk literature review mengenai pengaruh penggunaan *extra virgin olive oil* terhadap pencegahan dekubitus pada pasien stroke. Studi ini akan menggunakan table PICO untuk menentukan penyeleksian studi yang telah ditentukan dan disesuaikan dengan tujuan dari *literature review*.

**4.1.2 *Database* Pencarian**

*Literature review* yang merupakan rangkuman menyeluruh beberapa studi penelitian yang ditentukan berdasarkan tema tertentu. Pencarian literatur dilakukan pada bulan Oktober - Desember 2020. Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder yang diperoleh bukan dari pengamatan langsung, akan tetapi diperoleh dari hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti-peneliti terdahulu. Sumber data sekunder yang didapat berupa artikel jurnal bereputasi baik nasional maupun internasional dengan tema yang sudah ditentukan. Pencarian literatur dalam *literature review* ini menggunakan tiga *database* dengan kriteria kualitas sedang, yaitu *Science Direct, Pubmed* dan *Google Scholar*.

**4.1.3 Kata Kunci**

Pencarian artikel jurnal menggunakan *keyword* dan *boolean operator (AND, OR, NOT or AND NOT)* yang digunakan untuk memperluas atau menspesifikkan pencarian, sehingga mempermudah dalam penentuan artikel atau jurnal yang

digunakan. Kata kunci dalam *literature review* ini disesuaikan dengan *Medical*

40

*Subject heading (MeSH)*. Keyword Bahasa inggris yang digunakan adalah “*Extra Virgin Olive Oil*”, “*Olive Oil*” , “ *Pressure Ulcer*” ,”*Bedsore*”, “*Cerebrovascular Accident”.* Dalam Bahasa Indonesia menggunakan “*Extra Virgin Olive Oil*”, “Minyak Zaitun”, “Dekubitus”, “ *Extra Virgin Olive Oil* dan Dekubitus“ “*Extra Virgin Olive Oil* dan Stroke”, “Stroke dan Dekubitus”.

**4.2 Kriteria Inklusi dan Ekslusi**

Strategi yang digunakan untuk mencari artikel menggunakan PICO

*framework*, yang terdiri dari:

***Tabel 4.1 Strategi PICO framework***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kriteria** | **Inklusi** | **Eksklusi** |
| *Population* | Pasien mengalami stroke,  Pasien dengan tirah baring. Pasien berumur 40-80 tahun, Pasien belum mengalami dekubitus. | Hewan percobaan dan pasien  dengan riwayat alergi *extra virgin olive oil.* |
| *Intervention* | Pemberian *extra virgin olive oil* kepada pasien. | tidak terdapat intervensi pemberian *extra virgin olive*  *oil kepada pasien.* |
| *Comparators* | Tidak ada pembanding |  |
| *Outcomes* | Studi yang menjelaskan efek  dari pemberian *extra virgin olive oil* terhadap pencegahan dekubitus. | Studi yang tidak berhubungan  dengan efek dari pemberian *extra virgin olive* oil terhadap pencegahan dekubitus. |
| *Publication Years* | 2016 – 2020 | Dibawah tahun 2016 |
| *Lauguage* | Bahasa Indonesia dan bahasa  inggris | Selain Bahasa Indonesia dan  Bahasa Inggris |

**4.3 Seleksi Studi dan Penilaian Kualitas**

**4.3.1 Hasil Pencarian dan Seleksi Studi**

Berdasarkan hasil pencarian literatur melalui publikasi di tiga *database* dan menggunakan kata kunci yang sudah disesuaikan dengan *MeSH*, peneliti mendapatkan 456 artikel yang sesuai dengan kata kunci tersebut. Hasil pencarian yang sudah didapatkan kemudian diperiksa duplikasi, ditemukan terdapat 201 artikel yang sama sehingga dikeluarkan dan tersisa 255 artikel. Peneliti kemudian

melakukan skrining berdasarkan judul (n=50), abstrak (n=12) dan *full text* (n=10) yang disesuaikan dengan tema *literature review*. *Assesment* yang dilakukan berdasarkan kelayakan terhadap kriteria inklusi dan eksklusi didapatkan sebanyak

10 artikel, dengan rincian pencarian dari database (*Google Scholar*: 6 artikel ; *Pubmed* : 2 artikel ; *Science Direct* : 2 artikel) yang bisa dipergunakan dalam *literature review*. Hasil seleksi artikel studi dapat digambarkan dalam *Diagram*

*Flow* dibawah ini

Identified studies from online databases namely *Pubmed, Science Direct, Google Scholar*

***Identification***

(n = 456)

Records after duplicates removed

(n=255)

Records screened

***Screening***

(n=255)

Records excluded

(n=205)

Full text articles assesed for eligibility

(n=50)

***Eligibility***

Studies included in qualitative synthesis

(n=10)

Studies included in quantitative synthesis

***Included***

(meta-analysis)

(n=10)

Full-text articles excluded (n=40), with reasons of does not focus on studies comprised affected EVOO or olive oil to prevention pressure ulcer, duplications, irrelevant with prevention pressure ulcer or outcomes not available and studies comprised affected olive oil to a mice.

**Gambar 4.1** *Diagram flow literature review*

**4.4 Keaslian Penelitian**

Tabel 4.2 Keaslian Penelitian

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Judul Penelitian** | **Metode Penelitian (Desain, Sampel, Variabel, Instrument, Analisis)** | **Hasil** |
| 1. | Efektifitas *Nigella*  *Sativa Oil* Untuk Mencegah Terjadinya ulkus Dekubitus Pada Pasien Tirah Baring Lama.  (Utomo, 2012) | D : *Quasi Experimental* dengan  pendekatan *Randomized Post test Only Control Design.*  S : 30 orang.  V: Skor ulkus dekubitus Pre dan post test pemberian *nigella sativa oil.*  I: lembar observasi *Pressure Ulcer Data Collecting Form* dengan modifikasi.  A: univariat dan bivariat dengan uji *Mann-Whitney.* | Hasil penelitian pada 30  orang yang terbagi antara kelompok intervensi dan kontrol menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan. Rata-rata skor ulkus dekubitus pada kelompok eksperimen sebesar 0.40 dan kelompok kontrol sebesar  3.73. Hasil uji Mann- Whitney menunjukkan nilai p = 0,000 (nilai p < =  0,05) atau NS Oil efektif dalam mencegah terjadinya ulkus dekubitus pada pasien dengan tirah baring lama. |
| 2. | Faktor Resiko  Dekubitus Pada  Pasien Stroke.  (Alimansur and  Santoso, 2019) | D : Penelitian dekriptif analitik  dengan pendekatan *Cross*  *Sectional.*  S : 40 responden.  V: penurunan sensasi, kelembaban kulit, penurunan mobilitas atau gerak, kemampuan aktivitas, gesekan, status nutrisi dan inkontinensia. I: -  A: *spearman rho* dengan menggunakan perangkat lunak SPSS 19. | Berdasarkan hasil  pengolahan data didapatkan nilai p-value =  0,000 untuk variabel penurunan sensasi, kelembaban kulit, penurunan mobilitas atau gerak, kemampuan aktivitas, gesekan, status nutrisi dan inkontinensia yang menunjukkan variabel tersebut sangat berhubungan dengan perkembangan luka dekubitus. Untuk penurunan kesadaran didapatkan nilai p-value  =0,812.yang berarti penurunan kesadaran tidak ada mempengaruhi secara langsung terjadinya luka dekubitus. |
| 3. | Pendidikan  Kesehatan, Mobilisasi  Dan Deteksi Dini Resiko Dekubitus Dalam Pencegahan Kejadian Dekubitus Pada Pasien Stroke. | D : Deskriptif Analitik  S : 40 reponden  V: Pendidikan Kesehatan  , Mobilisasi  dan Deteksi Resiko dekubitus.  I: kuesioner pencegahan dekubitus dan lembar pemeriksaan dekubitus.  A: uji *Pearson* sedangkan untuk | Hasil penelitian  menunjukkan bahwa  Pendidikan Kesehatan  , Mobilisasi dan Deteksi Resiko dekubitus didapatkan nilai  p-value < 0,05 yang berarti variabel pencegahan tersebut |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | (Alimansur *et al.*,  2021) | reliabilitasnya di uji dengan  *Cronbach’s Alpha.* | berpengaruh terhadap  perkembangan luka dekubitus. |
| 4. | Perbedaan Efektivitas  Posisi Miring 30  Derajat Dan 90  Derajat Dalam Menurunkan Risiko Dekubitus Pada Pasien Bedrest Total Di Rsud Salatiga.  (Sarwanto, 2016) | D : *Quasi eksperiment* dengan  *two group pretest and posttest only design*  S : 16 pasien  V: posisi miring 30 derajat, posisi miring 90 derajat dan klasifikasi skor dekubitus.  I: lembar observasi dekubitus skala Braden.  A: *Uji paired t-test* dan  *unpaired t-test* | Hasil penelitian  menunjukkan rata-rata peringkat intervensi posisi miring 30 derajat lebih tinggi (p=0,041)daripada intervensi pemberian posisi 90 (p=0,004) derajat. Hal ini meununjukkan bahwa ada pengaruh pada inervensi posisi 30 derajat dan 90 derajat. Posisi 30 derajat lebih efektif dibandingkan posisi 90 derajat dalam menurunkan risiko dekubitus. |
| 5. | Keberhasilan  Penggunaan *Virgin Coconut Oil* secara Topikal untuk Pencegahan Luka Tekan (Dekubitus) Pasien Stroke di Rumah Sakit Sumber Hidup Ambon.  (Sumah, 2020) | D : Quasi eksperimen dengan  desain *one group pretest –*  *posttest*.  S : 15 responden.  V: *Virgin coconut oil* dan skor integritas jaringan kulit  I: lembar observasi penilaian integritas kulit  A: *Uji Wilcoxon.* | Hasil penelitian yang  dilakukan pada 15 responden menunjukkan adanya pengaruh VCO secara topikal terhadap perubahan integritas jaringan kulit luka tekan (dekubitus) pada pasien stroke yang ditunjukkan pada perbedaan skor 2,4 dengan nilai *p value* =  <0,001 (p<0,05). |
| 6. | Pengaruh Perawatan  Perianal Hygiene Dengan Minyak Zaitun Terhadap Pencegahan Ruam Popok Pada Bayi.  (Widiyanti, 2020) | D : Metode pre-eksperimental  dengan satu kelompok pre-post desain uji pendekatan.  S : 34 responden.  V: Perawatan perianal hygiene dengan minyak zaitun dan pencegahan ruam popok  I: Lembar observasi ruam popok untuk kejadian ruam popok dan lembar observasi pelaksanaan tindakan perawatan perianal.  A: Paired Sample T-Test. | Hasil penelitian yang  dilakukan pada 34 bayi di puskesmas cengkareng didapatkan hasil nilai ρ <α adalah 0,000 <0,05 menunjukkan bahwa ada pengeruh perawatan perianal hygiene dengan minyak zaitun terhadap pencegahan ruam popok pada bayi di Puskesmas Cengkareng Jakarta Barat. |
| 7. | Personal Hygiene  Mandi Dalam  Pencegahan  Dekubitus Pasien  Stroke. (Alimansur, 2018) | D : Deskriptif analitik.  S : 40 responden.  V: *Personal hygiene* mandi dan luka dekubitus  I: lembar observasi dan wawancara.  A: Uji Regresi Ordinal dengan menggunakan software SPSS  19. | Hasil penelitian yang  dilakukan pada 40 responden stroke yang dilakukan personal hygiene mandi termasuk membersihkan area punggung sebagian besar (95,8%) tidak mengalami luka dekubitus. |
| 8. | Hubungan  Pelaksanaan | D : Penelitian korelasi.  S : 118 orang dengan teknik | Hasil dari penelitian ini  dengan menggunakan uji |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | *Range Of Motion*  Dengan Risiko Dekubitus Pada Pasien Stroke.  (Maria, 2020) | sampling Consecutive  Sampling.  V: ROM dan resiko dekubitus. I: Kuesioner.  A: uji Spearman’s. | Spearman’s diperoleh nilai  p = 0,000 ang artinya ada hubungan antara pelaksanaan  *range of motion*  dengan risiko dekubitus pada pasien stroke  di ruang saraf RSUD Ratu  Zalecha Martapura. |
| 9. | Pengaruh  penggunaan extra virgin olive oil pencegahan luka Tekan pada pasien berisiko dengan skala braden.  (Eka *et al.*, 2019) | D : Eksperimen semu quasi  experimental dengan  *post - test only design with control group*  S : 30 responden  V: *Extra Virgin Olive Oil* dan resiko luka tekan.  I: kuesioner lembar observasi mengenai menggunakan skala braden.  A: uji *statistic Paired Sample t- Test.* | Hasil dari penelitian yang  dilakukan kepada 30 responden yang terbagi antara kelompok intervensi dan kontrol. Didapatkan hasil terjadi penurunan resiko luka tekan yang bermakna antara pre dan post intervensi pada kelompok intervensi dengan nilai P=0,000 yang menunjukkan bahwa ada pengaruh penggunaan extra virgin olive oil terhadap pencegahan luka tekan pada pasien beresiko. |
| 10. | Perbedaan Efek Extra  Virgin Olive Oil (EVOO) Dan Virgin Coconut  Oil (VCO) Terhadap Kejadian Luka Tekan Grade I Pada Pasien Stroke di RSUD KRMT  Wongsonegoro  Semarang.  (Supriyanti *et al.*,  2019) | D : Quasy experimental dengan  post test only group design. S : 44 responden.  V: Extra Virgin Olive Oil,  Virgin Coconut Oil, dan kejadian luka tekan.  I: lembar observasi penilaian luka tekan NPUAP.  A: uji kolmogorov smirnov dan  Uji Chi-Square. | Dalam penelitian ini  didapatkan hasil bahwa EVOO dan VCO efektif dalam mencegah luka tekan. Akan tetapi tidak ada perbedaan efek EVOO dan VCO terhadap pencegahan luka tekan grade 1 pada pasien stroke. |

**BAB V**

**HASIL DAN PEMBAHASAN**

**5.1 Hasil Penelitian**

**5.1.1 Karakteristik Studi**

Sepuluh artikel memenuhi kriteria inklusi yaitu pasien stroke, pasien dengan tirah baring, pasien berumur 40-80 tahun, pasien belum mengalami dekubitus. *Design* penelitian dalam artikel sebagian besar menggunakan *Design Quasi eksperimental.* Rata-rata jumlah peserta mulai dari puluhan hingga ratusan dimana setiap penelitian membahas tentang pengaruh intervensi *extra virgin olive oil* terhadap pencegahan dekubitus pada pasien stroke dengan immobilisasi. Studi yang sesuai dengan tinjauan sistematis ini dilakukan di Indonesia dan Luar Negeri. Di Indonesia dilakukan oleh (Eka *et al.*, 2019), (Supriyanti *et al.*, 2019), (Meliza and Ritarwa, 2020), (Saragih, 2020), dan (Nisak, Kristinawati and Widayati, 2019). Di luar negeri penelitian dilakukan oleh (Hawaibam, 2016), (Díaz-valenzuela and García-fernández, 2019), (Lupiáñez-pérez *et al.*, 2013), (Sönmez and Güneş Yapucu, 2020), dan (Abbas *et al.*, 2015). Hasil pencarian literature ditulis dalam bentuk tabel yang disusun secara sistematis. Adapun

bentuk tabel dapat bervariasi sebagai berikut :

46

**Tabel 5.1 Hasil Pencarian *Literature***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No  . | Peneliti/  Pengarang, dan  Tahun | Jenis Penelitian/ Metode | Sampel/ Responden | Random/ Acak | Perlakuan dan Dosis  Intervensi | Kontrol | Hasil | | Database |
| Variabel | Temuan Peneliti |
| 1. | Pengaruh  penggunaan extra virgin olive oil pencegahan luka Tekan pada pasien berisiko dengan skala braden.  (Eka *et al.*, 2019) | Eksperime  n semu quasi experiment al dengan *post - test only design with*  *control group* | 30 responden | Accident  al  Sampling  . | Tindakan  eksperiment dengan  menggunakan ekstra virgin olive oil  selama 5 hari berturut-turut yang dilakukan  pagi setelah mandi dan sore setelah mandi pada kelompok intervensi. | 15  responde n | 1. Extra Virgin  Olive Oil  2. Resiko luka tekan. | 1. Sebelum pemberian EVOO,  Pada kelompok intervensi, didapatkan hasil resiko luka tekan sangat tinggi terdapat 9 orang, pada resiko luka tekan tinggi terdapat 5 orang dan resiko luka tekan sedang terdapat 1 orang.  2. Setelah pemberian EVOO, pada kelompok intervensi didapatkan hasil resiko luka tekan sangat tinggi terdapat 2 orang, resiko luka tekan tinggi terdapat 3 orang, resiko luka tekan sedang terdapat 1 orang, resiko luka tekan rendah terdapat 6 orang, dan tidak ada resiko 3 orang.  3. Berdasarkan uji *Paired Sampel T-Test* pada program komputer SPSS dengan tingkat kepercayaan 95% (p≤0,05) yang digunakan untuk mengetahui pengaruh penggunaan *extra virgin olive* oil untuk pencegahan luka tekan pada pasien yang beresiko berdasarkan Skala | *Google*  *Scholar* |

47

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No  . | Peneliti/  Pengarang, dan  Tahun | Jenis Penelitian/ Metode | Sampel/ Responden | Random/ Acak | Perlakuan dan Dosis  Intervensi | Kontrol | Hasil | | Database |
| Variabel | Temuan Peneliti |
|  |  |  |  |  |  |  |  | Braden di RSUD Pirngadi  Medan didapatkan nilai p=0,000. |  |
| 2. | Perbedaan Efek  Extra Virgin Olive Oil (EVOO) Dan Virgin Coconut  Oil (VCO) Terhadap Kejadian Luka Tekan Grade I Pada Pasien Stroke di RSUD KRMT Wongsonegoro Semarang.  (Supriyanti *et al.*,  2019) | Quasy  experiment al dengan *posttest only group design*. | 44 responden | Purposiv  e sampling  . | Responden pada  kelompok EVOO dan VCO diberikan intervensi berupa EVOO atau VCO topikal dan perawatan  pencegahan luka  tekan standar selama tiga hari kemudian pada hari keempat dilakukan evaluasi kejadian luka tekan. | 22  responde n | 1. Extra Virgin  Olive Oil.  2. Virgin Coconut  Oil.  3. Luka Tekan  Dekubitus. | 1. Pada kelompok intervensi  EVOO terdapat 1 responden terdapat luka tekan dan 21 responden tidak terjadi luka tekan. Hasil uji kolmogorov smirnov kelompok EVOO signifikan yaitu p=0.000, sehingga hipotesis diterima yang artinya EVOO efektif mencegah terjadinya luka tekan grade I pada pasien stroke iskemik.  2. Pada kelompok intervensi VCO terdapat 1 responden terdapat luka tekan dan 21 responden tidak terjadi luka tekan. Hasil uji kolmogorov smirnov kelompok VCO signifikan yaitu p=0.000, sehingga hipotesis diterima yang artinya VCO efektif mencegah terjadinya luka tekan grade I pada pasien stroke iskemik.  3. EVOO maupun VCO memiliki efek yang sama baiknya dalam mencegah | *Google*  *Scholar* |

48

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No  . | Peneliti/  Pengarang, dan  Tahun | Jenis Penelitian/ Metode | Sampel/ Responden | Random/ Acak | Perlakuan dan Dosis  Intervensi | Kontrol | Hasil | | Database |
| Variabel | Temuan Peneliti |
|  |  |  |  |  |  |  |  | terjadinya luka tekan pada  pasien stroke. |  |
| 3. | The Prevention Of  Ulcers Decubitus With Mobilization And The Usage Of Olive Oil On Stroke Patients.  (Meliza and  Ritarwa, 2020) | Quasi-  experiment al, pretest- posttest method  with control design. | 64 responden. | *Convenie*  *nce (Non- probabili ty).* | Peneliti memberikan  intervensi mobilisasi kanan dan kiri pada pasien bergantian selama 2 jam serta memberikan pijat olive oil 15cc ke bagian yang beresiko terkena luka tekan diantaranya kepala, punggung, tangan, kaki, dan lutut selama 10-15 menit. | 32  responde n. | 1. Olive Oil.  2. Resiko Luka  Tekan. | 1. Pada kelompok intervensi  sebelum pemberian olive oil terdapat 4 responden yang beresiko sangat tinggi, 19 dengan resiko tinggi dan 9 responden dengan resiko sedang. Setelah diberikan intervensi mengalami perubahan menjadi 8 responden dengan resiko sedang dan 24 responden dengan resiko rendah.  2. Pada kelompok kontrol tidak terdapat perubahan yang signifikan terhadap resiko luka tekan responden.  3. Hasil uji wilcoxon didapatkan hasil P 0.001 yang merupakan adanya pengaruh mobilisasi dengan olive oil untuk pencegahan ulkus dekubitus pada pasien stroke. | *Google*  *Scholar* |
| 4. | Pengaruh  Pemberian Minyak Zaitun Dalam Pencegahan Dekubitus Pada Pasien Stroke Di | Quasy  experiment al dengan desain penelitian case | 30 responden. | Total  Sampling  . | Pemberian baluran  minyak zaitun pada punggung dan sakrum pada pagi dan sore hari selama  5 hari berturut-turut. | 15  responde n. | 1. Minyak zaitun.  2. Derajat Luka dekubitus. | 1. Sebelum dilakukan intervensi  pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi menunjukkan bahwa 15 responden dari masing- masing kelompok tidak | *Google*  *Scholar* |

49

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No  . | Peneliti/  Pengarang, dan  Tahun | Jenis Penelitian/ Metode | Sampel/ Responden | Random/ Acak | Perlakuan dan Dosis  Intervensi | Kontrol | Hasil | | Database |
| Variabel | Temuan Peneliti |
|  | Ruang Icu Di  Murni Teguh Memorial Hospital Tahun 2019.  (Saragih, 2020) | control. |  |  |  |  |  | mengalami dekubitus.  2. Setelah dilakukan intervensi, responden pada kelompok intervensi tidak mengalami dekubitus, sedangkan pada kelompok kontrol 15 responden mengalami dekubitus grade I. |  |
| 5. | Aplikasi *Massage*  *Olive Oil* untuk Mencegah Dekubitus pada Pasien Kritis di Ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro  Klaten.  (Nisak,  Kristinawati and  Widayati, 2019) | Analisis  masalah untuk mendapatk an informasi tentang efektifitas olive oil terhadap pencegaha  n dekubitus pada pasien kritis. | 12 pasien  bedrest. | tidak | *Massage*  menggunakan 5-10 cc *olive oil* dilakukan sehari sekali selama 5 hari dengan waktu  5-10 menit. | Tidak | 1. Olive oil.  2. GCS.  3. Resiko  Dekubitus. | 12 pasien yang dilakukan  massage menggunakan olive oil menunjukkan hasil p-value 0.04 (< 0.05) yang berarti bahwa massage olive oil signifikan dalam mencegah dekubitus. | *Google*  *Scholar* |
| 6. | Effectiveness Of  Olive Oil Massage On Prevention Of Decubitus Ulcer Among Bedridden Patients. | Quasi-  experiment al (pretest posttest control group) | 40 responden.  20 responden kelompok eksperiment dan  20 responden kelompok | tidak | Pijat olive oil  dilakukan 2 kali sehari selama 7 hari. | iya | 1. Olive oil  2. Resiko Luka  Tekan. | 1. Ditemukan peningkatan  angka tidak adanya resiko luka tekan pada kelompok eksperimen yang ditunjukkan dengan pada hari pertama post intervensi terdapat 55% | *Pubmed* |

50

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No  . | Peneliti/  Pengarang, dan  Tahun | Jenis Penelitian/ Metode | Sampel/ Responden | Random/ Acak | Perlakuan dan Dosis  Intervensi | Kontrol | Hasil | | Database |
| Variabel | Temuan Peneliti |
|  | (Hawaibam, 2016) | design. | kontrol. |  |  |  |  | responden tidak beresiko dan  meningkat menjadi 65% pada hari ke 7. Hal ini menunjukkan bahwa peluang terjadinya ulkus dekubitus terkontrol dengan baik pada kelompok eksperimen akibat pijat minyak zaitun.  2. Sedangkan pada kelompok kontrol terjadi peningkatan responden yang mengalami ulkus ringan hingga 90% post intervensi.  3. Peneliti menerapkan paired t- test untuk perbandingan skor pretes dan postes hari ke-7 kelompok eksperimen didapatkan hasil 0.008 (P  <0.05) yang berarti pijat minyak zaitun efektif dalam pencegahan ulkus dekubitus pada pasien yang terbaring di tempat tidur di rumah sakit tertentu di kota pune. |  |
| 7. | Effectiveness and  safety of olive oil preparation for topical  use in pressure ulcer prevention: | Multicentr  e, controlled, randomise d, and double- | 571 responden.  (288 di kelompok  HOFA dan 283 di kelompok minyak zaitun) | iya | Pemberian minyak  EVOO atau larutan HOFA pada area yang beresiko untuk terjadinya ulkus dekubitus di masing- | tidak | 1. EVOO.  2. HOFA  3. Kategori  *Pressure Ulcer.* | 1. Aplikasi topikal dari sediaan  minyak zaitun terbukti setidaknya sama efektifnya dengan aplikasi larutan HOFA untuk pencegahan ulkus dekubitus. | *Google*  *Scholar* |

51

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No  . | Peneliti/  Pengarang, dan  Tahun | Jenis Penelitian/ Metode | Sampel/ Responden | Random/ Acak | Perlakuan dan Dosis  Intervensi | Kontrol | Hasil | | Database |
| Variabel | Temuan Peneliti |
|  | Multicentre,  controlled, randomised, and double-blinded clinical trial.  (Díaz-valenzuela and García- fernández, 2019) | blinded  clinical trial. |  |  | masing grup selain  prosedur perawatan biasa. Untuk memastikan dosis dan penyebaran agen yang konsisten, perawat yang merawat menerapkan dua semprotan ke setiap area risiko setiap 12 jam (saat mandi pagi dan setelah makan malam), menggunakan alat penyemprot dan jari mereka untuk menyebarkan produk dengan lembut tanpa menggosok, mengikuti rekomendasi yang dipublikasikan. Satu semprotan menghasilkan 0,2 mL. |  |  | 2. Perbedaan insiden PU absolut  (dengan 95% CI) antara minyak zaitun dan kelompok HOFA berada dalam margin ekivalensi ± 7% dan tidak berbeda menurut pendekatan analisis data.  3. Tidak ada efek samping yang diamati pada kelompok minyak zaitun. Satu efek samping dicatat (ruam kulit dan gatal) pada kelompok HOFA, yang menghilang setelah penghentian pengobatan. |  |
| 8. | Topical Olive Oil  Is Not Inferior to Hyperoxygenated Fatty Aids to | Non-  inferiority, triple- blind, | 831 responden.  (Minyak zaitun  437 responden dan HOFA 394 | Iya | Aplikasi EVOO dan  HOFA pada area- area yang ditentukan seperti daerah tumit, | Iya | 1. Olive Oil.  2. HOFA.  3. Kejadian luka tekan. | 1. Dalam analisis per protokol,  tidak ada area tubuh yang dievaluasi yang menunjukkan perbedaan risiko untuk | *Science*  *Direct* |

52

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No  . | Peneliti/  Pengarang, dan  Tahun | Jenis Penelitian/ Metode | Sampel/ Responden | Random/ Acak | Perlakuan dan Dosis  Intervensi | Kontrol | Hasil | | Database |
| Variabel | Temuan Peneliti |
|  | Prevent  Pressure Ulcers in High-Risk Immobilised Patients in Home Care. Results of a Multicentre Randomised  Triple-Blind Controlled Non- Inferiority Trial  (Lupiáñez-pérez *et al.*, 2013) | parallel,  multicentre  , randomise  d clinical trial. | responden) |  | sakrum, trochanter  yang dioleskan dalam waktu 16 minggu. |  |  | kejadian ulkus tekanan yang  melebihi nilai delta 10% yang ditetapkan. Sacrum: Olive Oil  8 (2.55%) vs HOFA 8 (3.08%), ARR 0.53 (-2.2 to  3.26) Right heel: Olive Oil 4 (1.27%) vs HOFA 5 (1.92)%, ARR0.65 (-1.43 to 2.73). Tumit kiri: Olive Oil 3 (0.96%) vs HOFA 3 (1.15%), ARR0.2 (-1.49 hingga 1.88). Trochanter kanan: Minyak Zaitun 0 (0%) vs HOFA 4 (1,54%), ARR1,54 (0,04 hingga 3,03). Trochanter kiri: Olive Oil 1 (0,32%) vs HOFA  1 (0,38%), ARR0.07 (-0.91 hingga1.04).  2. penggunaan minyak zaitun extra-virgin topikal untuk mencegah PU di lingkungan rumah, untuk pasien imobilisasi berisiko tinggi, tidak kalah dengan  penggunaan HOFA.  3. Sehubungan dengan efek samping yang diamati selama penelitian, dua kasus terjadi pada pasien yang menggunakan HOFA dan satu |  |

53

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No  . | Peneliti/  Pengarang, dan  Tahun | Jenis Penelitian/ Metode | Sampel/ Responden | Random/ Acak | Perlakuan dan Dosis  Intervensi | Kontrol | Hasil | | Database |
| Variabel | Temuan Peneliti |
|  |  |  |  |  |  |  |  | pada pasien yang  menggunakan minyak zaitun (gatal atau kemerahan). Tidak satu pun dari kedua kelompok ini yang efeknya parah, dan sembuh secara spontan; namun, pasien ini memilih untuk meninggalkan penelitian. |  |
| 9. | Preventive effect of extra virgin  olive oil on pressure injury development: A randomized controlled trial in  Turkey.  (Sönmez and  Güneş Yapucu,  2020) | Randomize d  controlled experiment al study | 129 pasien. (64 kelompok  kontrol dan 65 kelompok EVOO). | Iya | Aplikasi EVOO  sebanyak 1cc pada  pada daerah sakrum dan 0.6cc pada daerah trochanter dan tumit. Dioleskan selama 1 menit dengan gerakan melingkar lembut dilakukan 2 kali sehari selama 5 hari hingga 4 minggu. | Iya | 1. EVOO  2. Kejadian ulkus  dekubitus. | 1. Dalam penelitian ini didapatkan 16,9% (11/65)  pasien dalam kelompok EVOO mengalami ulkus dekubitus grade 1 dan 2,  32,8% (21/64) pasien dalam kelompok kontrol mengalami dekubitus grade 1 dan 2.  Sementara ulkus dekubitus grade 1 berkembang menjadi  30,7% pasien dalam kelompok EVOO, 50,0% pasien dalam kelompok  kontrol.  2. Pada kedua kelompok, area paling umum terjadi ulkus dekubitus adalah sakrum.  3. Dalam studi ini, waktu yang dibutuhkan untuk mengembangkan PI adalah  10,455,20 hari pada | *Science*  *Direct* |

54

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No  . | Peneliti/  Pengarang, dan  Tahun | Jenis Penelitian/ Metode | Sampel/ Responden | Random/ Acak | Perlakuan dan Dosis  Intervensi | Kontrol | Hasil | | Database |
| Variabel | Temuan Peneliti |
|  |  |  |  |  |  |  |  | kelompok EVOO dan 7,50  5,43 hari pada kelompok kontrol.  4. Penggunaan EVOO topikal secara signifikan mengurangi perkembangan ulkus dekubitus pada pasien ICU. |  |
| 10. | The effect of  topical olive oil on prevention of bedsore in intensive care units patients.  (Abbas *et al.*,  2015) | *Quasi*  *experiment al pretest- posttest method*  *with control group.* | 60 responden.  (30 responden kelompok  kontrol dan 30  responden kelompok eksperimental). | Simple  Random  Sampling  . | Sampel kelompok  55acrum55 telah mendapatkan perawatan kulit rutin termasuk mengubah posisi mereka setiap  2 jam dan kasur bergelombang bergetar. Pada kelompok intervensi, selain perawatan rutin (berganti posisi setiap 2 jam serta kasur bergetar bergelombang), mereka juga mendapatkan 15 cc premium dan minyak zaitun formula standar. Minyak ini dioleskan dengan lembut sekali sehari di area berikut : | 30  responde n kelompo k  kontrol. | 1. Olive Oil.  2. Derajat Luka  Dekubitus. | 1. Dalam penelitian  menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi lokasi luka baring terdapat di daerah bahu (3,3%), pinggang (3,3%), pantat (3,3%) dan sakrum (6,6%), tetapi 25 pasien (83,3%) tidak mengalami ulkus dekubitus.  2. Pada kelompok kontrol lokasi luka baring meliputi daun telinga (3,3%), bahu (3,3%), bokong (10%), iliaka (3,3%) dan sakrum (20%); selain itu,  18 pasien (60%) tidak memilikinya.  3. Lokasi luka baring yang paling umum adalah di daerah sacrum  4. Dalam penelitian ini minyak  zaitun tidak menimbulkan efek samping.  5. Waktu rata-rata pasien | *Pubmed* |

55

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No  . | Peneliti/  Pengarang, dan  Tahun | Jenis Penelitian/ Metode | Sampel/ Responden | Random/ Acak | Perlakuan dan Dosis  Intervensi | Kontrol | Hasil | | Database |
| Variabel | Temuan Peneliti |
|  |  |  |  |  | cuping telinga  (masing-masing 0,5 cc), bahu (masing- masing 1,5 cc), tulang belakang (1,5 cc), pinggang (1,5 cc)cc), bokong (masing-masing 1,5 cc), iliaka (1 cc),  56acrum (1cc), siku (masing-masing 0,5 cc), tumit (masing- masing 0,5 cc) dan pergelangan kaki (masing-masing 0,5 cc). |  |  | terkena luka baring adalah  setelah 18,73 ± 5,36 hari pada kelompok intervensi dan setelahnya15,46 ± 7,40 hari pada kelompok kontrol.  6. Rata-rata lama rawat inap di rumah sakit adalah 30,63 ±  5,93 hari pada kelompok intervensi dan 35,70 ± 7,25 hari pada kelompok kontrol. |  |

56

**5.1.2 Analisis Hasil Jurnal**

Penelitian yang telah ditelaah dalam artikel sejumlah 5 artikel indonesia dan 5 artikel internasional untuk mengetahui pengaruh *olive oil* terhadap pencegahan dekubitus pada pasien stroke. *Design* penelitian dalam artikel tersebut sebagian besar menggunakan *Design Quasi eksperimental* yang mendapatkan adanya pengaruh pemberian *olive oil* terhadap pencegahan dekubitus pada pasien Stroke.

Pada penelitian “Pengaruh penggunaan *extra virgin olive oil* pencegahan luka Tekan pada pasien berisiko dengan skala braden” oleh (Eka *et al.*, 2019). Penelitian ini menggunakan Desain penelit ian eksperimen semu quasi experimental dengan *post - test only design with control group.* Pengambilan Sampel dengan menggunakan teknik *accidental Sampling* diperoleh 30 responden. Responden terbagi menjadi 15 kelompok intervensi dan 15 kelompok kontrol. Tindakan eksperimen yang dilakukan pada kelompok intervensi adalah menggunakan ekstra virgin olive oil selama 5 hari berturut-turut yang dilakukan pagi setelah mandi dan sore setelah mandi. Berdasarkan penelitian tersebut didapatkan hasil pada kelompok intervensi sebelum dilakukan tindakan pemberian extra virgin olive oil terdapat 9 responden dengan resiko luka tekan sangat tinggi dengan skala braden < 10, 5 responden resiko tinggi luka tekan dengan skala braden 10-12, dan 1 responden resiko sedang dengan skala braden 13-14. Setelah dilakukan perlakuan pada kelompok intervensi mengalami penurunan resiko luka tekan pada responden dengan rincian 2 responden dengan resiko luka tekan sangat

tinggi (skala braden <10), 3 responden dengan resiko tinggi (skala braden 10-12),

1 responden dengan resiko sedang (skala braden 13-14), 6 responden dengan resiko rendah (skala braden 15-18), dan 3 responden tidak ada resiko ulkus dekubitus (skala 19-23). Sedangkan pada kelompok kontrol tidak terjadi penurunan yang bermakna. Hasil uji Paired Sample T-Test pada kelompok intervensi didapatkan P = 0,000 < 0,05 yang berarti H0 ditolak dan Ha diterima, menunjukkan adanya pengaruh pemberian extra virgin olive olive untuk pencegahan luka tekan pada pasien beresiko dengan skala braden di RSUD Pirngadi Medan.

Pada penelitian “Perbedaan Efek Extra Virgin Olive Oil (EVOO) Dan Virgin Coconut Oil (VCO) Terhadap Kejadian Luka Tekan Grade I Pada Pasien Stroke di RSUD KRMT Wongsonegoro Semarang” oleh (Supriyanti *et al.*, 2019). Penelitian ini menggunakan metode penelitian *quasy experimental dengan post test only group design.* Dilakukan pada 44 responden yang terbagi menjadi 22 responden perlakuan EVOO dan 22 responden perlakuan VCO. Pada kelompok VCO dari 22 responden terdapat 1 responden terkena luka tekan. Hasil uji kolmogorov smirnov kelompok VCO signifikan yaitu p=0.000, sehingga hipotesis diterima yang artinya VCO efektif mencegah terjadinya luka tekan grade I pada pasien stroke iskemik. Pada kelompok EVOO dari 22 responden terdapat 1 responden terkena luka tekan. Nilai uji Chi-square kejadian luka tekan antara kelompok EVOO dan kelompok VCO tidak signifikan yaitu p=1.000 sehingga hipotesis ditolak yang artinya tidak ada perbedaan efek EVOO dan VCO terhadap pencegahan luka tekan grade 1 pada pasien stroke. Berdasarkan hasil tersebut

dapat diartikan EVOO maupun VCO memiliki efek yang sama baiknya dalam mencegah terjadinya luka tekan pada pasien stroke. Responden yang mengalami luka tekan berada pada rentang usia 56- 65 tahun yaitu sejumlah 2 responden (14.3%) dari total 14 responden yang berada pada rentang usia tersebut. Responden yang berisiko tinggi mengalami luka tekan sejumlah 2 responden (5.0%) dari total 40 responden yang berisiko tinggi mengalami luka tekan. Hasil uji chi-square faktor perancu usia dan skor braden terhadap kejadian luka tekan tidak signifikan yaitu p>0.05 yang artinya usia dan skor braden tidak memberi pengaruh terhadap kejadian luka tekan grade I pada pasien stroke iskemik.

Pada penelitian “*The Prevention Of Ulcers Decubitus With Mobilization*

*And The Usage Of Olive Oil On Stroke Patients*” oleh (Meliza and Ritarwa,

2020). Penelitian ini menggunakan metode penelitian *quasi-experimental, pretest- posttest method with control design.* Jumlah sampel pada penelitian ini adalah 64 responden yang terbagi menjadi 32 responden kelompok intervensi dan 32 responden kelompok kontrol. Intervensi yang dilakukan berupa mobilisasi kanan dan kiri pada pasien bergantian selama 2 jam serta memberikan pijat olive oil

15cc ke bagian yang beresiko terkena luka tekan diantaranya kepala, punggung, tangan, kaki, dan lutut selama 10-15 menit yang dilakukan selama 7 hari berturut- turut. Sedangkan pada kelompok kontrol hanya dilakukan mobilisasi kanan dan kiri tanpa pemberian pijat olive oil selama 7 hari berturut-turut. Sebelum tindakan eksperimen, pada kelompok intervensi didapatkan 4 responden dengan resiko luka tekan sangat tinggi, 19 responden dengan resiko luka tekan tinggi, dan 9 responden dengan resiko sedang. Setelah dilakukan perlakuan pemberian

mobilisasi dan pijat olive oil terjadi penurunan resiko luka tekan menjadi 8 responden dengan resiko luka tekan sedang dan 24 responden tidak ada resiko luka tekan. Sedangkan pada kelompok kontrol sebelum perlakuan terdapat 3 responden dengan resiko luka tekan sangat tinggi, 20 responden dengan resiko luka tekan tinggi, dan 9 responden dengan resiko luka tekan sedang. Setelah dilakukan perlakuan mobilisasi kanan dan kiri tiap 2 jam berubah menjadi 2 responden dengan resiko luka tekan sangat tinggi, 21 responden dengan resiko luka tekan tinggi dan 9 responden dengan dengan resiko luka tekan sedang. Hasil uji wilcoxon didapatkan hasil pada kelompok intervensi P < 0.05 dan kelompok kontrol P > 0.05 yang mempunyai arti bahwa Mobilisasi dan pijat olive oil berpengaruh terhadap pencegahan dekubitus pada pasien stroke. Dalam penelitian ini juga didapatkan hasil pada usia > 65 tahun lebih beresiko terkena ulkus dekubitus daripada usia < 65 tahun. Dibuktikan dengan 12 responden dengan resiko luka tekan sangat tinggi sedangkan pada usia > 65 tahun dan 10 responden dengan resiko luka tekan sangat tinggi pada usia < 65 tahun. Sebagian besar responden merupakan perokok dengan resiko luka tekan sangat tinggi sebanyak

16 responden, sedangkan bukan perokok yang mengalami resiko luka tekan sangat tinggi sebanyak 6 responden.

Pada penelitian “Pengaruh Pemberian Minyak Zaitun Dalam Pencegahan Dekubitus Pada Pasien Stroke Di Ruang Icu Di Murni Teguh Memorial Hospital Tahun 2019” oleh (Saragih, 2020). Jenis penelitian yang dilakukan saragih berupa eksperimen semu (*Quasi Eksperimental*). Seluruh populasi sebanyak 30 orang (total sampling) yang terbagi menjadi 2 kelompok yaitu kelompok intervensi

sebanyak 15 orang dan kelompok kontrol sebanyak 15 orang. Karakteristik responden pada penelitian ini adalah umur pada kelompok intervensi sebagian besar berumur 61-70 tahun sebanyak 9 orang (60,0%), kelompok kontrol sebagian besar berumur 61-70 tahun sebanyak 8 orang (53,3%). Jenis kelamin pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebagian besar berjenis kelamin laki- laki sebanyak 10 orang (66,7%), sedangkan perempuan sebanyak 5 orang (33,3%). Perlakuan yang diberikan dalam penelitian adalah pemberian baluran minyak zaitun pada punggung dan sakrum pada pagi dan sore hari selama 5 hari berturut-turut. Pemberian minyak zaitun sebanyak 10-15 ml yang dibalurkan pada punggung dan sakrum dengan sekali usapan yang diberikan sebanyak 2 kali pada pagi dan sore hari setelah mandi yang dimulai pada hari rawatan pertama sampai dengan 5 hari. Hasil penelitian sebelum dilakukan intervensi didapatkan data tidak ada terjadinya dekubitus pada kelompok intervensi (*pretest*) seluruhnya tidak mengalami sebanyak 15 orang (100,0%). Demikian juga pada kelompok kontrol seluruhnya tidak mengalami terjadinya dekubitus sebanyak 15 orang (100,0%). Setelah perlakuan *(posttest)* didapatkan hasil tidak terjadi dekubitus pada kelompok intervensi seluruhnya sebanyak 15 orang (100,0%). Sedangkan pada kelompok kontrol seluruhnya berada pada derajat I sebanyak 15 orang (100,0%). Ada perbedaan yang signifikan derajat dekubitus pada pengukuran awal (pretest) dan pada pengukuran akhir (posttest), nilai t-hitung (28,386) > t-tabel (1,761) dan nilai signifikan (0,000 < 0,05). Perbedaan derajat luka dekubitus pada kelompok intervensi (diberi minyak zaitun) dibandingkan dengan derajat luka dekubitus

pada kelompok kontrol di Murni Teguh Memorial Hospital Medan, nilai t-hitung

(23,827) > t-tabel (1,701) dan nilai signifikan (0,000 < 0,05).

Pada penelitian “Aplikasi *Massage Olive Oil* untuk Mencegah Dekubitus pada Pasien Kritis di Ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten” oleh (Nisak, Kristinawati and Widayati, 2019). Penelitian ini dilakukan pada 12 responden. Intervesi yang dilakukan Massage menggunakan olive oil dilakukan sehari sekali selama 5 hari dengan waktu 5-10 menit. Dalam penelitian ini didapatkan hasil resiko dekubitus pada pasien sebelum perlakuan adalah 5 responden dengan resiko luka tekan sangat tinggi, 6 responden dengan resiko luka tekan tinggi dan 1 responden dengan resiko luka tekan rendah. Setelah diberikan perlakuan mengalami penurunan derajat resiko luka tekan menjadi 1 responden dengan resiko luka tekan sangat tinggi, 9 responden dengan resiko luka tekan tinggi dan 2 responden dengan resiko luka tekan rendah. hasil uji paired sampel T Test didapatkan hasil P value 0.004 (P <

0.05) yang berarti *massage* menggunakan olive oil secara signifikan dapat mencegah terjadinya dekubitus. Hasil ini dibuktikan dengan penurunan angka resiko dekubitus dari 5 responden yang memiliki resiko sangat tinggi menjadi 1 responden setelah diberikan intervensi selama 5 hari.

Pada penelitian “*Effectiveness Of Olive Oil Massage On Prevention Of Decubitus Ulcer Among Bedridden Patients*” oleh (Hawaibam, 2016). Penelitian ini menggunakan desain *Quasi-experimental (pretest posttest control group).* Sampel penelitian ini berjumlah 40 responden (20 kontrol dan 20 eksperimen)

yang diambil dengan teknik teknik *non-probability purposive*. Karakteristik sampel menurut umur didapatkan 50% pasien berusia 61-80 tahun, 45% di antaranya berusia 41-60 tahun dan 5% diantaranya berusia 20-40 tahun. Intervensi yang dilakukan adalah pijat minyak zaitun diberikan dua kali sehari selama 7 hari pada kelompok eksperimen. Temuan utama penelit ian ini menunjukkan bahwa terdapat penurunan tanda dan gejala ulkus dekubitus pada kelompok eksperimen dibandingkan dengan kelompok kontrol. Skor rata-rata dalam pretest adalah 1 yang berkurang menjadi 0,6 pada hari ke 7 posttest tanpa peningkatan lebih lanjut pada kelompok eksperimen. Pada kelompok kontrol, skor rata-rata pada pretest adalah 0,6 yang meningkat menjadi 2 pada hari ke 7 posttest, menunjukkan bahwa ulkus dekubitus meningkat secara signifikan tanpa pijat minyak zaitun.

Pada penelitian “*Effectiveness and safety of olive oil preparation for topical use in pressure ulcer prevention: Multicentre, controlled, randomised, and double-blinded clinical trial*” oleh (Díaz-valenzuela and García-fernández, 2019). Penelitian ini menggunakan metode penelitian *Multicentre, controlled, randomised, and double-blinded clinical trial.* Penelitian ini dilakukan pada 571 responden dengan pembagian 288 responden dengan perlakuan HOFA dan 283 dengan perlakuan minyak zaitun. Intervensi yang dilakukan adalah Pemberian minyak EVOO atau larutan HOFA pada area yang beresiko untuk terjadinya ulkus dekubitus di masing-masing grup. Untuk memastikan dosis dan penyebaran agen yang konsisten, perawat yang merawat menerapkan dua semprotan ke setiap area risiko setiap 12 jam (saat mandi pagi dan setelah makan malam), menggunakan alat penyemprot dan jari mereka untuk menyebarkan produk dengan lembut tanpa

menggosok, mengikuti rekomendasi yang dipublikasikan. Satu semprotan menghasilkan 0,2 ml. Peneliti melakukan observasi luka tekan tiap 7 hari sekali selama 30 hari atau sampai terjadi onset dekubitus. Dalam penelitian ini didapatkan hasil pada kelompok minyak zaitun didapatkan 11 responden mengalami ulkus dekubitus sedangkan pada kelompok HOFA terdapat 18 responden yang mengalami ulkus dekubitus. Tidak ditemukan efek samping pada kelompok EVOO. Satu efek samping dicatat (ruam kulit dan gatal) pada kelompok HOFA, yang menghilang setelah penghentian pengobatan.

Pada penelitian yang berjudul “*Preventive effect of extra virgin olive oil on pressure injury development: A randomized controlled trial in Turkey*” oleh (Sönmez and Güneş Yapucu, 2020). Penelitian ini menggunakan desain *randomized controlled trial.* Penelitian ini dilakukan pada 129 responden yang terbagi menjadi 65 kelompok perlakuan EVOO dan 64 responden kelompok kontrol. Intervensi yang diberikan pada penelitian ini adalah aplikasi EVOO sebanyak 1cc pada pada daerah sakrum dan 0.6cc pada daerah trochanter dan tumit. Dioleskan selama 1 menit dengan gerakan melingkar lembut dilakukan 2 kali sehari selama 5 hari hingga 4 minggu. Dalam penelitian menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi lokasi luka baring terdapat di daerah bahu (3,3%), pinggang (3,3%), pantat (3,3%) dan sakrum (6,6%), tetapi 25 pasien (83,3%) tidak mengalami ulkus dekubitus. Pada kelompok kontrol lokasi luka baring meliputi daun telinga (3,3%), bahu (3,3%), bokong (10%), iliaka (3,3%) dan sakrum (20%); selain itu, 18 pasien (60%) tidak memiliki ulkus dekubitus. Lokasi luka tekan yang paling umum adalah di daerah sakrum. Dalam penelitian ini

minyak zaitun tidak menimbulkan efek samping. Waktu rata-rata pasien terkena luka baring adalah setelah 18,73 ± 5,36 hari pada kelompok intervensi dan setelahnya15,46 ± 7,40 hari pada kelompok kontrol. Rata-rata lama rawat inap di rumah sakit adalah 30,63 ± 5,93 hari pada kelompok intervensi dan 35,70 ± 7,25 hari pada kelompok kontrol.

Pada penelitian yang berjudul “*Topical Olive Oil Is Not Inferior to Hyperoxygenated Fatty Aids to Prevent Pressure Ulcers in High-Risk Immobilised Patients in Home Care. Results of a Multicentre Randomised Triple- Blind Controlled Non-Inferiority Trial*” oleh (Lupiáñez-pérez *et al.*, 2013). Penelitian ini menggunakan metode *Multicentre Randomised Triple-Blind Controlled Non-Inferiority Trial.* Dalam analisis per protokol, tidak ada area tubuh yang dievaluasi yang menunjukkan perbedaan risiko untuk kejadian ulkus tekanan yang melebihi nilai delta 10% yang ditetapkan. Sacrum: Olive Oil 8 (2.55%) vs HOFA 8 (3.08%), ARR 0.53 (-2.2 to 3.26) Right heel: Olive Oil 4 (1.27%) vs HOFA 5 (1.92)%, ARR0.65 (-1.43 to 2.73). Tumit kiri: Olive Oil 3 (0.96%) vs HOFA 3 (1.15%), ARR0.2 (-1.49 hingga 1.88). Trochanter kanan: Minyak Zaitun 0 (0%) vs HOFA 4 (1,54%), ARR1,54 (0,04 hingga 3,03). Trochanter kiri: Olive Oil 1 (0,32%) vs HOFA 1 (0,38%), ARR0.07 (-0.91 hingga1.04). penggunaan minyak zaitun extra-virgin topikal untuk mencegah PU, untuk pasien imobilisasi berisiko tinggi, tidak kalah dengan penggunaan HOFA.Sehubungan dengan efek samping yang diamati selama penelitian, dua kasus terjadi pada pasien yang menggunakan HOFA dan satu pada pasien yang

menggunakan minyak zaitun (gatal atau kemerahan). Tidak satu pun dari kedua kelompok ini yang efeknya parah, dan sembuh secara spontan.

Dalam penelitian yang berjudul “*The effect of topical olive oil on prevention of bedsore in intensive care units patients*” oleh (Abbas *et al.*, 2015). Dalam penelitian menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi lokasi luka baring terdapat di daerah bahu (3,3%), pinggang (3,3%), pantat (3,3%) dan sakrum (6,6%), tetapi 25 pasien (83,3%) tidak mengalami ulkus dekubitus. Pada kelompok kontrol lokasi luka baring meliputi daun telinga (3,3%), bahu (3,3%), bokong (10%), iliaka (3,3%) dan sakrum (20%); selain itu, 18 pasien (60%) tidak memilikinya. Lokasi luka baring yang paling umum adalah di daerah sacrum. Dalam penelitian ini minyak zaitun tidak menimbulkan efek samping.Waktu rata- rata pasien terkena luka baring adalah setelah 18,73 ± 5,36 hari pada kelompok intervensi dan setelahnya15,46 ± 7,40 hari pada kelompok kontrol. Rata-rata lama rawat inap di rumah sakit adalah 30,63 ± 5,93 hari pada kelompok intervensi dan

35,70 ± 7,25 hari pada kelompok kontrol.

**5.2 Pembahasan**

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Eka *et al tahun* 2019 yang berjudul “pengaruh penggunaan *extra virgin olive oil* pencegahan luka tekan pada pasien beresiko dengan skala braden” didapatkan hasil analisa *paired sample T-test* didapatkan nilai p = 0,000 (< 0,05) yang menunjukkan adanya pengaruh

pemberian *extra virgin olive oil* pencegahan luka tekan pada pasien beresiko dengan skala braden. Hal ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Hawaibam tahun 2016 yang berjudul *“effectiveness of olive oil massage on prevention of decubitus ulcer among bedridden patients”* didapatkan hasil bahwa peluang terjadinya ulkus dekubitus meningkat pada kelompok kontrol tanpa pijat minyak zaitun dan peluang terjadinya ulkus dekubitus terkontrol dengan baik pada kelompok eksperimen dengan pijat minyak zaitun dengan nilai P value : 0,008 (0,05) Hal ini dikarenakan kandungan *olive oil* yaitu asam lemak linoleat yang rendah sebanyak 7% dan asam oleat yang tinggi sebesar 80%. Fungsi dari Asam linoleat untuk memperkuat lapisan pelindung pada kulit sehingga mempersulit penetrasi air ke dalam permukaan kulit. Sebaliknya asam oleat membantu meningkatkan permeabilitas kulit sehingga membantu menjaga kelembapan (Nurviana, 2020). Penggunaan rutin *olive oil* dapat dijadikan pencegahan primer terjadinya dekubitus karena asam lemak yang terkandung dalam minyak zaitun mendorong regenerasi kulit, meningkatkan hidrasi kulit, elastisitas dan dapat menghaluskan dermis. Minyak juga dapat mengurangi kerusakan kulit dan dapat menjadi perlindungan kulit dari gesekan atau tekanan dengan periode yang lama baik pada pasien yang bedrest maupun berada di kursi roda (Lupiáñez-pérez *et al.*,

2013). *Olive oil* merupakan minyak alami yang mengandung manfaat baik untuk kulit. *Olive oil* dapat meningkatkan hidrasi serta mencegah kerusakan kulit seperti ulkus dekubitus. Peningkatan hidrasi pada kulit ini menyebabkan kelembaban kulit yang sesuai dengan tekstur kulit sehingga dapat mencegah kulit terjadi ulkus dekubitus pada pasien dengan tirah baring pada pasien stroke, karena salah satu

faktor yang bisa menyebabkan terjadinya ulkus dekubitus adalah faktor kelembaban.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Meliza and Ritarwa tahun 2020 menunjukkan bahwa pencegahan ulkus dekubitus pada pasien stroke dengan intervensi mobilisasi mika-miki tiap 2 jam dan aplikasi *olive oil* di area yang terkena tekanan menunjukkan nilai P : 0,001 yang menunjukkan lebih efektif dibandingkan dengan intervensi yang dilakukan pada penelitian Nisak, Kristinawati and Widayati tahun 2019 yang hanya menggunakan aplikasi massage *olive oil* yang dilakukan sehari sekali selama 15 menit dengan menunjukkan nilai P : 0,04. Klien dengan tirah baring lama dapat dibantu untuk sering miring kanan / kiri untuk mencegah masalah, kerusakan kulit, masalah peredaran darah, gangguan usus dan dekubitus (Patrisia, 2020). Mobilisasi miring kiri miring kanan dilakukan untuk mengurangi tekanan tubuh pada daerah-daerah tertentu yang dapat menyebabkan terganggunya sirkulasi aliran darah pada daerah yang tertekan sehingga dapat terhindar dari hipoksia jaringan yang berakhir nekrosis (Simanjuntak and Purnama, 2020). Pencegahan dekubitus dapat dilakukan dengan beberapa cara salah satunya adalah dengan melakukan perubahan posisi setiap 2 jam sekali. Semakin lama area tubuh yang menojol pada klien terkena tekanan maka akan semakin besar pula kemungkinan untuk terkena dekubitus. Perubahan posisi yang dilakukan setiap 2 jam sekali dapat mengurangi lama tekanan area yang rawan terkena ulkus dekubitus pada klien dengan tirah baring lama, sehingga kemungkinan area tersebut terkena dekubitus akan semakin berkurang bila

dibandingkan hanya dengan intervensi *massage* tanpa dilakukan miring kanan dan kiri.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Abbas *et al.*, (2015) didapatkan hasil penelitian setelah dilakukan intervensi pada kelompok eksperimental terdapat luka tekan pada bahu (3,3%), pinggang (3,3%), pantat (3,3%) dan sakrum (6,6%), 25 pasien (83,3%) tidak memiliki luka tekan. Pada kelompok kontrol lokasi luka baring meliputi daun telinga (3,3%), bahu (3,3%), bokong (10%), iliaka (3,3%) dan sakrum (20%); selain itu, 18 pasien (60%) tidak memiliki luka tekan. Dalam penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar pasien pada penelitian ini mengalami luka tekan pada sakrum. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Díaz-valenzuela and García-fernández, tahun 2019 yang menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi didapatkan 11 klien mengalami ulkus dekubitus dengan rincian 6 klien mengalami dekubitus di area sakrum, 4 klien mengalami dekubitus di area tumit dan 1 klien mengalami dekubitus di area gluteus. Sedangkan dalam kelompok kontrol didapatkan 18 klien mengalami ulkus dekubitus dengan rincian 11 klien mengalami dekubitus di area sakrum, 6 klien mengalami dekubitus di area tumit dan 1 klien di area malleolus. Pasien yang hanya dapat berbaring atau duduk dikursi roda, bagian-bagian tubuh yang paling berisiko terkena luka tekan antara lain adalah punggung bawah (sakrum), pantat, paha, tumit, siku, bahu dan tulang belikat atau skapula (Sari, 2017). Salah satu faktor yang menyebabkan ulkus dekubitus adalah tekanan. Pada klien tirah baring lama akan mengalami tekanan pada area tubuh yang menonjol. Area

sakrum lebih sering terjadi dekubitus pada pasien dengan tirah baring lama di area klinis perawatan secara nyata.

**BAB VI**

**PENUTUP**

**6.1 Kesimpulan**

Artikel yang ditelaah menunjukkan bahwa *olive oil* terbukti efektif dalam mencegah luka dekubitus pada responden penelitian. Dibuktikan dengan responden penelitian rata-rata mengalami penurunan resiko luka tekan yang diukur dengan menggunakan skala braden. Hal ini dikarenakan *olive oil* mengandung beberapa komponen bahan diantaranya yaitu asam oleat, senyawa fenolik, vitamin E, dan asam linoleat yang mempunyai efek sangat bagus terhadap kulit terutama dalam pencegahan dekubitus pada pasien yang mengalami tirah baring lama.

**6.2 Saran.**

Saran yang disampaikan pada pihak terkait adalah sebagai berikut :

1. Bagi Responden

Disarankan kepada penderita stroke dengan tirah baring lama untuk menggunakan *olive oil* dalam mencegah terjadinya luka tekan.

2. Bagi Institusi

Disarankan penelitian ini dapat menjadi masukan kepada institusi agar menggunakan teknik lain seperti pemberian *olive oil* untuk mencegah terjadinya luka tekan pada pasien stroke dengan tirah baring lama.

71

**DAFTAR PUSTAKA**

Abbas, Z. *et al.* (2015) ‘The effect of topical olive oil on prevention of bedsore in

intensive care units patients’, 3(9), pp. 2342–2347.

Alimansur, M. (2018) ‘Personal hygiene mandi dalam pencegahan dekubitus pasien stroke’, 2(1).

Alimansur, M. *et al.* (2021) ‘Pendidikan kesehatan, mobilisasi dan deteksi dini

resiko dekubitus dalam pencegahan kejadian dikubitus pada pasien stroke’, pp.

177–184.

Alimansur, M. and Santoso, P. (2019) ‘Faktor Resiko Dekubitus Pada Pasien

Stroke’, *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 8(1), p. 82. doi: 10.32831/jik.v8i1.259.

Anders, J. *et al.* (2010) ‘Dekubitalgeschwüre - Pathophysiologie und

primärprävention’, *Deutsches Arzteblatt*, 107(21), pp. 371–382. doi:

10.3238/arztebl.2010.0371.

Astawan,M.,Tutik,W.,Nurayla, A. (2015) *Fakta dan Manfaat Minyak Zaitun*. Jakarta: Penerbit Buku Kompas.

Black,J dan Hawks, J. (2014) *Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan*. Jakarta: Salemba Emban Patria.

Bujang, A. & P. (2013) ‘Pengaruh alih baring terhadap kejadian dekubitus pada

pasien Stroke yang mengalami hemiparesis di ruang Yudistira RSUD Semarang’,

72

*Jurnal Mitra Sehat*, 3, p. Halaman 26 – 32.

Díaz-valenzuela, A. and García-fernández, F. P. (2019) ‘Effectiveness and safety of olive oil preparation for topical use in pressure ulcer prevention : Multicentre , controlled , randomised , and double-blinded clinical trial’, (June), pp. 1314–

1322. doi: 10.1111/iwj.13191.

Eka *et al.* (2019) ‘Pengaruh penggunaan extra virgin olive oil pencegahan luka tekan pada pasien berisiko dengan skala braden’, pp. 153–158.

Ghanbari, R. *et al.* (2012) *Valuable nutrients and functional bioactives in different parts of olive (Olea europaea L.)-A review*, *International Journal of Molecular Sciences*. doi: 10.3390/ijms13033291.

Handayani, R. S. *et al.* (2011) ‘Pencegahan luka tekan melalui pijat menggunakan’, *Jurnal keperawatan indonesia*, Vol 14 (3).

Hawaibam, B. (2016) ‘International Journal Of EFFECTIVENESS OF OLIVE OIL MASSAGE ON PREVENTION OF DECUBITUS ULCER’, 7(5).

Hysi, E. and Kongoli, R. (2015) ‘Characterization of Extra Virgin Olive Oil from

Kalinjot’, 14(2), pp. 182–185.

Källman, U. (2015) *Evaluation of Repositioning in Pressure Ulcer Prevention*,

*Evaluation of Repositioning in Pressure Ulcer Prevention*. doi: 10.3384/diss.diva-

117447.

Karen L. Cooper. (2013) ‘Evidence-Based Prevention of Pressure Ulcers’,

*Critical Care Nurse Journal*, 33(6), pp. 57–67. doi: https://doi.org/December

2013.

LeMone, B. & B. (2016) *Keperawatan Medikal Bedah, Alih bahasa*. Jakarta: EGC.

Lin, T.-K., Zhong, L. and Santiago, J. L. (2017) ‘Molecular Sciences Anti- Inflammatory and Skin Barrier Repair Effects of Topical Application of Some Plant Oils’. doi: 10.3390/ijms19010070.

Lupiáñez-pérez, I. *et al.* (2013) ‘Effectiveness of olive oil for the prevention of pressure ulcers caused in immobilized patients within the scope of primary health care : study protocol for a randomized controlled trial’, pp. 1–7.

Mardjono M. and Sidharta, P. (2018) *Neurologi Klinis Dasar*, *PT. Dian Rakyat*. Jakarta: Dian Rakyat.

Maria, I. (2020) ‘HUBUNGAN PELAKSANAAN RANGE OF MOTION

DENGAN RISIKO DEKUBITUS PADA PASIEN STROKE’, 5, pp. 109–115.

Melfianora (2017) *Penulisan Karya Tulis Ilmiah Dengan Studi Literatur*. studi literatur.

Meliza, S. C. and Ritarwa, K. (2020) ‘The prevention of ulcers decubitus with mobilization and the usage of olive oil on stroke patients \*’, 6(2), pp. 189–200. doi: 10.22373/ekw.v6i2.6925.

Mulyatsih, E. dan Ahmad, A. . (2010) *Stroke : Petunjuk perawatan pasien pasca*

*stroke di rumah*. 2nd edn. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.

National Pressure Ulcer Advisory and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (2015) *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers : Quick Reference Guide*, *Clinical Practice Guideline*. Available at: https:/[/www.epuap.org/wp](http://www.epuap.org/wp-)- content/uploads/2016/10/quick-reference-guide-digital-npuap-epuap-pppia- jan2016.pdf.

Neloska, L. *et al.* (2016) ‘The association between malnutrition and pressure ulcers in elderly in long-term care facility’, *Macedonian Journal of Medical Sciences*, 4(3), pp. 423–427. doi: 10.3889/oamjms.2016.094.

Nisak, K., Kristinawati, B. and Widayati, N. (2019) ‘Aplikasi Massage Olive Oil untuk Mencegah Dekubitus pada Pasien Kritis di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten’, *University Research Colloqium*, (2001), pp. 490–495.

Nurviana, D. (2020) . ‘Kata Kunci: Stroke; integritas kulit; Swedish Massase’;,

14(2), pp. 134–140.

Oakland, C. (2015) *Doing A Literature Review In Health And Social Care : A*

*Practical Guide*. vol 29, *Third Edition Aveyard Helen*. vol 29. Nursing Standart.

Okatiranti, Sitorus, R. E. and Tsuawabeh, D. (2013) ‘Risiko Terjadinya Dekubitus

Berdasarkan Tingkat Ketergantungan Pasien di Ruang Perawatan Neurologi The

Risk of Decubitus Incidence Based on Patients ’ Dependency Level in Neurological Ward’, *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 1(3), pp. 176–182. Available at: [http://jkp.fkep.unpad.ac.id/index.ph](http://jkp.fkep.unpad.ac.id/index.php/)p/jkp/article/view/66/63.

Patrisia, I. (2020) *Asuhan Keperawatan Pada Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: Yayasan Kita Menulis.

PERDOSSI (2011) *Guideline Stroke*. Jakarta: Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf

Indonesia.

Perry, P. & (2010) *Fundamental keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Pinzon, R. dan A. L. (2010) *Awas Stroke! Pengertian, Gejala, Tindakan, Perawatan dan Pencegahan*. Yogyakarta: Andi.

Ramadi, A. (2012) ‘PERBEDAAN PENGARUH PEMBERIAN SEDUHAN DAUN ALPUKAT ( Persea gratissima Gaerth ) TERHADAP TEKANAN DARAH PADA PASIEN HIPERTENSI LAKI-LAKI YANG PEROKOK DENGAN BUKAN PEROKOK DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PADANG PASIR KOTA PADANG TAHUN 2012 Penelitian Keperawatan’.

Saragih, N. P. (2020) ‘PENGARUH PEMBERIAN MINYAK ZAITUN DALAM PENCEGAHAN DEKUBITUS PADA PASIEN STROKE DI RUANG ICU DI MURNI TEGUH MEMORIAL HOSPITAL TAHUN 2019’, *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), pp. 1689–1699.

Sari, R. (2017) ‘PENGALAMAN KELUARGA DALAM MERAWAT

DEKUBITUS FAMILY ’ S EXPERIENCE IN TAKING CARE DECUBITUS ULCER Rita Sari Dekubitus / luka tekan merupakan masalah yang dihadapi oleh pasien – pasien dengan penyakit kronis , pasien yang sangat lemah dan pasien yang lumpuh’, 1(1).

Sarwanto, D. P. (2016) ‘PERBEDAAN EFEKTIVITAS POSISI MIRING 30

DERAJAT DAN 90 DERAJAT DALAM MENURUNKAN RISIKO

DEKUBITUS PADA PASIEN BEDREST TOTAL DI RSUD SALATIGA’, pp.

1–12.

Satyanegara (2014) *Ilmu Bedah Syaraf*. V. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama. Shuttleworth, M. (2009) *What Is Literature Review?* Available at:

[http://explorable.com/Wht-Is-A-Literature-Revie](http://explorable.com/Wht-Is-A-Literature-Review)w (Accessed: 3 December 2020).

Simanjuntak, T. R. and Purnama, A. (2020) ‘Efektivitas Mobilisasi Miring Kiri Miring Kanan Dalam Upaya Pencegahan Pressure Injury Pada Pasien Sepsis Di Ruang Instalasi Pelayanan Intensif’, *Jurnal Keperawatan Komprehensif (Comprehensive Nursing Journal)*, 6(1), pp. 35–44. doi: 10.33755/jkk.v6i1.160.

Sönmez, M. and Güneş Yapucu, Ü. (2020) ‘Preventive effect of extra virgin olive- oil on pressure injury development a randomised controlled trial in Turkey’, *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 40(June). doi:

10.1016/j.ctcp.2020.101208.

Sumah, D. F. (2020) ‘Keberhasilan Penggunaan Virgin Coconut Oil secara

Topikal untuk Pencegahan Luka Tekan ( Dekubitus ) Pasien Stroke di Rumah

Sakit Sumber Hidup Ambon’, pp. 93–102.

Supriyanti, E. *et al.* (2019) ‘Perbedaan Efek Extra Virgin Olive Oil (EVOO) Dan Virgin Coconut Oil (VCO) Terhadap Kejadian Luka Tekan Grade I Pada Pasien Stroke di RSUD KRMT Wongsonegoro Semarang’, *Hasil-hasil Penelitian dan PengabdianMasyarakat*, (April), pp. 86–94.

Susilo, C. B. (2019) *Keperawatan Medikal Bedah : Persyarafan*. Yogyakarta: Pustaka baru press.

Tomey, A, M, & Alligod, M, R. (2006) *Nursing Theories and Their Works*. Sixth

Ed. St. Louis: Mosby Elsevier.

Tong, S., Yip, J., Yick, K., & Yuen, M. C. (2016) ‘Pressure Ulcer Wound Care for Elderly in Home: A Case Report’, *Journal of Dermatology Research and Therapy*, 2(3), pp. 1–5. doi: https://doi.org/10.23937/2469-5750/1510028.

Trust, H. (2011) ‘Pressure ulcer risk assessment’, *Nursing Times*, 108(4).

Utomo, W. (2012) ‘EFEKTIFITAS NIGELLA SATIVA OIL UNTUK MENCEGAH TERJADINYAULKUS DEKUBITUS PADA PASIEN TIRAH BARING LAMA’, pp. 151–157.

Widiyanti, R. (2020) ‘PENGARUH PERAWATAN PERIANAL HYGIENE

DENGAN MINYAK AITUN PADA BAYI’, 5(2), pp. 117–125.

**LAMPIRAN**

***Lampiran 1***

***CURICULUM VITAE***

Nama : Firyal Fadhilah

NIM : 1911014

Program Studi : S1 Keperawatan

Tempat/Tanggal Lahir : Gresik, 21 Juli 1993

Jenis Kelamin : Perempuan

Nama Orang Tua : Kusnan dan Siti Kofsa

Agama : Islam

Alamat : Jl. Jati Putih No. 26 RT 006 RW 006 Kel.

Sukomulyo Kec. Manyar Gresik. No. Hp : 083830020531

Email : [firyalff@gmail.co](mailto:firyalff@gmail.com)m

Riwayat Pendidikan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | MI Al Husna | : Tamat tahun 2005 |
| 2. | SMP Negeri 1 Gresik | : Tamat tahun 2008 |
| 3. | SMA Negeri 1 Manyar | : Tamat tahun 2011 |
| 4. | Poltekkes Kemenkes Surabaya | : Tamat tahun 2014 |

79

**Lampiran 2**

**MOTTO DAN PERSEMBAHAN**

**MOTTO**

**Jangan Berorientasi pada hasil**

**Karena Proses yang mengantarmu menuju keberhasilan**

**Hasil Karyaku ini kupersembahkan kepada :**

1. Alhamdulillah segala puji syukur yang tidak henti-hentinya saya panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya saya dapat menyelesaikan skripsi ini.

2. Untuk kedua orang tua saya (Ibu Siti Kofsa dan Bapak Kusnan) yang selalu memberikan motivasi, dukungan serta doa yang tak pernah lupa untuk mendoakan saya.

3. Adik saya Nur Hafidah Ambara yang selalu memberikan semangat.

4. Kepada sahabat begadang revisi skripsi saya (Afifah dan Lian) serta teman sekelompok saya (Mbak Ika dan Mbak Erna) dan teman-teman lainnya yang sudah menbantu saya.

5. Kepada teman-teman angkatan B12 yang telah membantu dan memberi saya motivasi dan semangat.

**Lampiran 3**

