

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan teori

2.1.1 Konsep luka tekan

2.1.1.1 Pengertian luka tekan

Luka tekan lebih dikenal dengan istilah luka dekubitus yang berasal dari kata *decumbere* yang artinya membaringkan diri, namun istilah tersebut kini telah ditinggalkan karena luka tekan sebenarnya tidak hanya terjadi pada pasien berbaring saja tetapi juga bisa terjadi pada pasien dengan posisi menetap terus menerus. Penekanan ini dapat menyebabkan terjadinya gangguan suplai darah ke daerah yang tertekan. Bila berlangsung lama maka dapat menyebabkan insufisiensi aliran darah, anoksia atau iskemia jaringan yang pada akhirnya akan terjadi kematian sel (Mahmuda, 2019).

Luka tekan (pressure ulcer/decubitus) adalah kerusakan lokal pada kulit atau jaringan dibawahnya yang umumnya terjadi di atas tonjolan tulang akibat tekanan berkepanjangan, gesekan, atau kombinasi keduanya. Luka tekan sering terjadi pada pasien dengan imobilisasi atau tirah baring lama (Astuti, 2022).

National Pressure Ulcer Advisor Panel (NPUAP) dan European Pressure Ulcer Advisor Panel (EPUAP), 2016 dalam jurnal yang disusun oleh Pujaningrum menyatakan bahwa luka tekan adalah cedera terlokalisir di kulit dan jaringan dibawahnya biasanya pada area penonjolan tulang yang diakibatkan oleh tekanan (pressure), atau tekanan yang dikombinasikan dengan gesek tekan (shear) dan gesekan (friction) (Pujaningrum, 2023). Kondisi tersebut disebabkan oleh kurangnya suplai oksigen, kurangnya nutrisi, dan penumpukan sisa metabolisme sel, yang pada akhirnya akan menyebabkan kematian sel.

2.1.1.2 Etiologi dan faktor resiko

Penyebab utama luka tekan adalah tekanan yang berlangsung lama pada jaringan lunak, terutama pada area tulang yang menonjol seperti sakrum, tumit, dan siku (Isabella et al., 2026). Menurut (Mahmuda, 2019), risiko

tinggi terjadinya luka dekubitus biasanya dialami oleh orang-orang yang sulit atau tidak bisa bergerak, seperti penderita lumpuh atau yang tubuhnya sangat lemah. Selain itu, orang yang tidak bisa merasakan nyeri juga berisiko, karena rasa nyeri biasanya menjadi tanda agar seseorang mengubah posisi tubuh. Kondisi seperti kerusakan saraf akibat cedera, stroke, diabetes, atau keadaan koma dapat membuat seseorang tidak peka terhadap rasa sakit. Risiko juga meningkat pada orang yang kekurangan gizi, karena tubuhnya tidak memiliki cukup lemak sebagai pelindung kulit, serta proses penyembuhan kulit menjadi lebih lambat akibat kurangnya zat gizi yang dibutuhkan.

Selain itu, faktor risiko terjadinya luka tekan atau dekubitus antara lain:

a. Mobilitas dan aktivitas.

Mobilitas mengarah pada kemampuan untuk perubahan posisi tubuh, sementara aktivitas mengarah pada kemampuan untuk berpindah tempat. Pasien yang sudah lama berbaring di tempat tidur dan tidak dapat mengubah posisi tubuhnya berisiko tinggi mengalami *decubitus*. Imobilitas merupakan faktor utama penyebab *decubitus*.

b. Penurunan sensori persepsi.

Pasien dengan gangguan persepsi sensori cenderung kehilangan kemampuan untuk merasakan sakit yang dirasakan karena penekanan pada tulang yang menonjol. Jika tekanan berlangsung lama, risiko untuk terkena *decubitus* menjadi tinggi.

c. Kelembapan

Kelembapan yang ditimbulkan oleh inkontinensia dapat menyebabkan maserasi pada kulit, di mana jaringan kulit menjadi lembek dan lebih mudah terkelupas. Kulit yang mengalami maserasi lebih rentan terhadap perlukaan. Selain itu, kelembapan juga meningkatkan risiko gesekan dan kerusakan jaringan. Inkontinensia pada area anus memiliki pengaruh yang lebih besar dan *urine* yang mengandung bakteri dan enzim pada feses dapat menyebabkan kerusakan pada permukaan kulit.

d. Tenaga yang merobek (*shear*).

Tenaga yang merobek adalah kekuatan mekanis yang dapat menarik dan merusak jaringan, pembuluh darah, serta bagian tubuh yang lebih dalam yang dekat pada tulang yang timbul. Salah satu contoh umum dari tenaga merobek ini adalah saat pasien diletakkan pada posisi setengah duduk yang lebih dari 30 derajat. Dalam posisi ini, tubuh pasien dapat turun ke bawah, menyebabkan tulang bergerak ke bawah, sementara kulit tetap berada ditempatnya. Hal ini dapat menekan pembuluh darah di kulit dan dapat merusak jaringan dalam seperti otot, meskipun kerusakan pada permukaan kulit akan relatif sedikit.

e. Pergesekan (*friction*).

Gesekan terjadi saat dua permukaan bergerak saling berlawanan arah. Gesekan ini dapat menyebabkan gesekan yang merusak lapisan epidermis kulit. Salah satu penyebab pergesekan adalah dapat muncul pada saat dilakukan penggantian laken pada pasien dengan tidak pelan-pelan.

f. Nutrisi.

Kondisi seperti hipoalbumin, berat badan yang turun, dan nutrisi yang tidak tercukupi seringkali menjadi faktor resiko terjadinya dekubitus. Pada stadium ketiga dan empat dari dekubitus pada lansia, faktor ini biasanya terkait dengan berat badan yang turun, rendahnya kadar albumin, dan nutrisi yang tidak memadai.

g. Usia.

Pasien yang sudah lanjut usia memiliki risiko yang lebih tinggi untuk terkena dekubitus karena berubahnya lapisan kulit dan jaringan akibat penuaan. Menurut *World Health Organization* (WHO, 2015), lanjut usia diklasifikasikan menjadi tiga kelompok berdasarkan rentang usia, yaitu *elderly* (60–74 tahun), *old* (75–90 tahun), dan *very old* (>90 tahun). Pengelompokan ini digunakan untuk menggambarkan tahapan proses penuaan, karena setiap kelompok usia memiliki karakteristik fisik, psikologis, dan tingkat kemandirian yang berbeda. Semakin bertambah usia seseorang, semakin besar pula risiko terjadinya penurunan fungsi fisiologis yang dapat memengaruhi kondisi kesehatan dan meningkatkan kerentanan

terhadap berbagai komplikasi, termasuk luka tekan. Penuaan menimbulkan hilangnya otot, hipoalbumin dalam darah, menurunnya respon inflamasi, berkurangnya elastisitas kulit, dan lemahnya kohesi antara epidermis dan dermis.

h. Tekanan arteriolar yang rendah.

Tekanan arteriolar yang rendah akan mengurangi toleransi kulit terhadap tekanan sehingga mampu mengakibatkan jaringan menjadi iskemia.

i. Stres emosional.

Pasien dengan gangguan psikiatri yang mengalami depresi dan stres emosional terus menerus dapat menjadi salah satu faktor penyebab terjadinya *decubitus*.

j. Merokok.

Nikotin pada rokok memiliki efek toksik yang dapat menurunkan aliran darah terhadap endotelium pembuluh darah.

k. Temperatur kulit.

Suhu tubuh yang meningkat merupakan salah satu faktor yang signifikan dengan kemungkinan terjadi dekubitus. (Astuti, 2022)

2.1.1.3 Klasifikasi luka tekan

Menurut NPUAP luka tekan atau dekubitus dibagi menjadi empat stadium, yaitu:

- a. Stadium I : adanya perubahan kulit yang masih bisa diobservasi, kulit kemerahan dan tidak hilang saat ditekan.
- b. Stadium II: Kehilangan sebagian lapisan kulit dengan dermis yang terbuka. Dasar luka masih hidup, berwarna merah muda atau merah, lembap, dan mungkin juga tampak sebagai lepuh berisi serum yang utuh atau pecah. Jaringan adiposa (lemak) tidak terlihat dan jaringan yang lebih dalam juga tidak terlihat. Jaringan granulasi, *slough*, dan *eschar* tidak ada. Cedera ini umumnya disebabkan oleh mikroklimat yang tidak menguntungkan dan gesekan pada kulit di atas panggul serta gesekan pada tumit.
- c. Stadium III: Kehilangan kulit secara menyeluruh, di mana jaringan adiposa (lemak) terlihat pada ulkus dan jaringan granulasi serta epibole

(tepi luka yang menggulung), seringkali terjadi. *Slough* dan/atau *eschar* mungkin terlihat. Kedalaman kerusakan jaringan bervariasi tergantung lokasi anatomi; area dengan adipositas yang signifikan dapat mengembangkan luka yang dalam. Penggerogotan dan pembentukan terowongan dapat terjadi. Fasia, otot, tendon, ligamen, tulang rawan, atau tulang tidak terpapar. Jika *slough* atau *eschar* menutupi luasnya kehilangan jaringan, ini merupakan cedera tekan yang tidak dapat diklasifikasikan.

- d. Stadium IV: Kehilangan kulit dan jaringan secara menyeluruh dengan fasia, otot, tendon, ligamen, tulang rawan, atau tulang yang terekspos atau dapat diraba langsung di dalam ulkus. Serpihan dan/atau kerak mungkin terlihat. *Epibole* (tepi yang menggulung), penggerogotan, dan atau pembentukan terowongan sering terjadi. Kedalaman bervariasi tergantung lokasi anatomi. Jika jaringan mati atau kerak menutupi luasnya kehilangan jaringan, ini merupakan cedera tekan yang tidak dapat ditentukan stadiumnya. (Visconti et al., 2023)



Gambar 2. 1

Stadium Luka Dekubitus Menurut NPU AP



Gambar 2. 2

Jenis luka tekan menurut NPUAP yang diadaptasi oleh Visconti et al., (2023)

2.1.1.4 Pencegahan luka tekan

a. Pengkajian resiko (*skala braden*)

Pengkajian risiko luka tekan dilakukan di awal sejak pasien masuk ke Rumah Sakit dan dilakukan evaluasi secara berkala. *Skala Braden* ini membantu perawat dalam mengidentifikasi pasien yang berisiko mengalami luka tekan, sehingga dapat dilakukan intervensi pencegahan luka sejak awal.

Braden Scale merupakan alat ukur yang digunakan untuk menilai risiko terjadinya luka tekan (*pressure injury*) pada pasien, terutama pada pasien dengan keterbatasan mobilitas atau *bedrest*. Skala ini pertama kali dikembangkan oleh Barbara Braden dan Nancy Bergstrom pada tahun 1987 dan hingga saat ini masih menjadi instrumen yang paling banyak digunakan secara global dalam praktik klinik keperawatan.

Braden Scale menilai kemampuan individu dalam merespon tekanan yang berkepanjangan serta faktor-faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya kerusakan jaringan kulit (Bergstrom et al., 1987)

Braden Scale terdiri dari 6 subskala yang dinilai, yaitu:

1) Persepsi Sensorik (*Sensory Perception*)

Kemampuan pasien untuk merasakan dan merespon ketidaknyamanan akibat tekanan.

2) Kelembaban (*Moisture*)

Tingkat paparan kulit terhadap kelembaban (keringat, urin, atau cairan lainnya).

3) Aktivitas (*Activity*)

Tingkat aktivitas fisik pasien sehari-hari.

4) Mobilitas (*Mobility*)

Kemampuan pasien untuk mengubah dan mengontrol posisi tubuh.

5) Nutrisi (*Nutrition*)

Status asupan makanan yang mempengaruhi kesehatan kulit.

6) Gesekan dan Geser (*Friction and Shear*)

Faktor mekanis yang menyebabkan kerusakan jaringan akibat gesekan atau tekanan.

Setiap subskala memiliki skor berbeda, dengan total skor berkisar antara 6–23.

Interpretasi skor *Braden Scale* adalah sebagai berikut:

≤ 9 : Risiko sangat tinggi

10–12 : Risiko tinggi

13–14 : Risiko sedang

15–18 : Risiko rendah

18 : Tidak berisiko

b. Reposisi terjadwal

Reposisi bertujuan untuk mengurangi tekanan yang terjadi secara terus menerus pada area tubuh tertentu. Biasanya dilakukan setiap 2 jam pada pasien tirah baring. Posisi pasien diubah bergantian setiap 2 jam dengan posisi terlentang, miring kanan, miring kiri secara bergantian. Reposisi juga dapat membantu melancarkan aliran darah dan mencegah kerusakan jaringan kulit (Pratiwi & Endah, 2025).

c. Perawatan kulit dan manajemen kelembapan

Kulit harus dijaga untuk tetap bersih, kering dan lembap alami. Kelembapan yang berlebih dapat menyebabkan macerasi kulit sehingga mudah rusak.

d. Dukungan nutrisi kuat

Nutrisi berperan penting dalam mempertahankan integritas kulit dalam proses regenerasi jaringan. Pasien dengan kasus malnutrisi lebih berisiko mengalami luka tekan dan penyembuhan lebih lambat.

e. Penggunaan alas bantu (kasur dikubitus)

Alas bantu seperti kasur dikubitus, bantal busa atau bantal tumit bertujuan untuk mengurangi tekanan pada area tulang menonjol dan mendistribusikan tekanan secara merata. Alat ini sangat membantu pada pasien dengan mobilitas terbatas.

f. Pencegahan luka tekan dengan *effleurage*

Teknik *effleurage* merupakan gerakan memijat tubuh secara lembut dan perlahan. Gerakan ini dapat dilakukan dengan usapan pendek maupun panjang menggunakan seluruh telapak tangan, yang berfungsi mendorong aliran darah menuju jantung serta meningkatkan sirkulasi darah balik. Teknik ini juga bermanfaat untuk membantu merilekskan otot dan menstabilkan rangsangan pada ujung saraf serta meredakan rasa sakit dan dilakukan pada area tubuh yang berisiko luka tekan, dengan menghindari area tonjolan tulang yang sudah mengalami kemerahan dan luka (Mardiani & Resna, 2022).

2.1.2 Konsep *effleurage massage*

2.1.2.1 Pengertian

Teknik *effleurage* merupakan gerakan memijat tubuh secara lembut dan perlahan. Gerakan ini dapat dilakukan dengan usapan pendek maupun panjang menggunakan seluruh telapak tangan, yang berfungsi mendorong aliran darah menuju jantung serta meningkatkan sirkulasi darah balik (Astuti, 2022). *Effleurage massage* juga merupakan metode pijat yang bersifat aman, sederhana pelaksanaannya, dan minim penggunaan peralatan, tanpa membutuhkan dana besar, tanpa menimbulkan reaksi yang tidak diinginkan, serta bisa diterapkan secara mandiri maupun didampingi oleh orang lain (Mardiani & Resna, 2022).

2.1.2.2 Manfaat *effleurage massage*

Dalam jurnal Mardiani & Resna (2022) ada beberapa manfaat dari *effleurage massage* yaitu:

a. Mengurangi nyeri

Effleurage massage bekerja dengan merangsang reseptor mekanik pada kulit yang kemudian mengaktifkan serabut saraf A-beta. Stimulasi ini dapat menghambat transmisi impuls nyeri ke otak berdasarkan teori *gate control*, sehingga persepsi nyeri berkurang. Selain itu, *massage* juga merangsang pelepasan endorfin sebagai analgesik alami tubuh yang membantu menurunkan intensitas nyeri.

b. Meningkatkan relaksasi

Gerakan usapan yang lembut dan berirama pada *effleurage massage* dapat merangsang sistem saraf parasimpatis, sehingga memberikan efek relaksasi baik secara fisik maupun psikologis. Pasien akan merasakan kenyamanan, penurunan ketegangan otot, serta berkurangnya kecemasan.

c. Meningkatkan sirkulasi darah

Effleurage massage membantu memperlancar aliran darah terutama aliran balik vena menuju jantung. Peningkatan sirkulasi ini berperan dalam memperbaiki oksigenasi jaringan, mempercepat distribusi nutrisi, serta membantu proses metabolisme sel.

d. Mencegah luka tekan

Peningkatan sirkulasi darah dan oksigenasi jaringan akibat *effleurage massage* dapat membantu menjaga integritas kulit dan jaringan di bawahnya. Selain itu, *massage* juga mengurangi tekanan yang berkepanjangan pada area tertentu, sehingga dapat menurunkan risiko terjadinya luka tekan pada pasien dengan tirah baring.

e. Memberikan efek kenyamanan dan meningkatkan kualitas hidup

Massage effleurage memberikan sensasi hangat dan nyaman yang dapat meningkatkan perasaan rileks pada pasien. Kondisi ini membuat pasien lebih tenang, meningkatkan kualitas

istirahat, serta berkontribusi pada peningkatan kualitas hidup secara keseluruhan.

Adapun mekanisme *effleurage massage* sehingga bisa memberikan manfaat mengurangi nyeri, meningkatkan rileksasi, meningkatkan sirkulasi darah, mencegah luka tekan, dan memberikan efek kenyamanan dan meningkatkan kualitas hidup pasien digambarkan pada Gambar 3. Mekanisme Kerja *Effleurage massage*.



Gambar 2. 3

Mekanisme Kerja *Effleurage massage* menurut Sitorus, 2019; Field, 2020; Chaithra et al.,2020; Ulfa&Panghiyangan, 2021; Lee&Choi,2021

2.1.2.3 Prosedur *effleurage massage*

Effleurage massage merupakan teknik pijat dengan gerakan usapan lembut, ritmis, dan berulang menggunakan telapak tangan. Pada pasien *bedrest*, teknik ini dapat dilakukan pada area tubuh yang berisiko mengalami tekanan, seperti punggung, sakrum, skapula, dan tumit, dengan tetap menghindari area kulit yang mengalami luka, kemerahan menetap, iritasi, atau infeksi.

Menurut Retna, (2022), prosedur *effleurage massage* dilakukan dengan cara sebagai berikut:

1. Tahap persiapan alat:
berupa media pelumas (minyak almond, vco, dll) , handuk atau tisu, sarung tangan, dan lembar observasi.
2. Tahap persiapan pasien dan lingkungan:
Peneliti melakukan identifikasi pasien, menjelaskan tujuan serta prosedur tindakan, menjaga privasi, dan memposisikan pasien dalam posisi miring kanan atau miring kiri.
3. Tahap pengkajian kulit sebelum tindakan
Sebelum tindakan, kondisi kulit dikaji untuk memastikan tidak terdapat luka, kemerahan menetap, iritasi, atau infeksi.
4. Tahap pelaksanaan *effleurage massage*
Minyak almond dituangkan secukupnya pada telapak tangan, kemudian *effleurage massage* dilakukan dengan gerakan usapan lembut, perlahan, dan ritmis dari area sakrum menuju punggung atas sampai bahu, kemudian kembali ke bawah melalui sisi tubuh dengan gerakan melingkar. Tindakan dilakukan selama 5–10 menit, 2 kali sehari selama 3 hari.
5. Tahap observasi selama tindakan
Selama tindakan, peneliti mengamati respons pasien dan kondisi kulit.
6. Tahap akhir tindakan
Setelah selesai, sisa minyak dibersihkan, pasien diposisikan nyaman.
7. Dokumentasi
Tindakan dicatat pada lembar observasi.

2.1.2.4 Indikasi dan kontraindikasi *effleurage massage*

- a. Indikasi *effleurage massage* antara lain:
 1. Pasien *bedrest* atau tirah baring dengan resiko luka tekan
 2. Pasien dengan ketegangan otot ringan akibat imobilisasi
 3. Pasien yang membutuhkan relaksasi dan kenyamanan.

4. Pasien dengan keluhan nyeri ringan sampai sedang yang dapat diberikan intervensi nonfarmakologis.
5. Pasien dengan kulit utuh dan tidak terdapat luka terbuka pada area yang akan dilakukan *massage*.
6. Pasien yang bersedia atau keluarga/wali menyetujui tindakan setelah diberikan penjelasan.

b. Kontraindikasi *effleurage massage* antara lain:

1. Terdapat luka terbuka, infeksi kulit, atau iritasi pada area yang akan dipijat.
2. Terdapat kemerahan menetap pada area tonjolan tulang yang mengarah pada luka tekan stadium I.
3. Pasien mengalami fraktur, cedera tulang belakang, atau nyeri hebat pada area yang akan dipijat.
4. Pasien dengan kondisi hemodinamik tidak stabil.
5. Pasien dengan trombositopenia berat atau risiko perdarahan tinggi.
6. Pasien dengan riwayat alergi terhadap minyak yang digunakan, termasuk minyak almond.
7. Area kulit dengan edema berat, hematoma, atau tanda inflamasi akut.
8. Area tubuh dengan keganasan, luka operasi baru, atau kondisi yang dilarang oleh dokter/perawat penanggung jawab.

2.1.3 Konsep minyak almond

2.1.3.1 Pengertian minyak almond

Minyak almond merupakan minyak nabati yang diekstrak dari biji pohon almond (*Prunus dulcis*). Minyak ini kaya akan asam lemak tak jenuh, vitamin, dan mineral, sehingga memiliki berbagai manfaat bagi kesehatan dan kecantikan.

2.1.3.2 Kandungan dan manfaat minyak almond

Komposisi minyak almond dan manfaatnya menurut Rinaldi et al., (2022) adalah sebagai berikut:

a. Vitamin E

Vitamin E merupakan salah satu kandungan penting dalam minyak almond yang berfungsi sebagai antioksidan.

Manfaat vitamin E adalah membantu melindungi kulit dari kerusakan akibat radikal bebas, menjaga kelembapan kulit, membantu mempertahankan elastisitas kulit, serta mendukung kesehatan kulit pada lansia yang cenderung mengalami kulit kering dan mudah rusak.

b. Asam oleat

Asam oleat adalah asam lemak tak jenuh tunggal yang terdapat dalam minyak almond.

Manfaat asam oleat adalah membantu melembutkan kulit, menjaga kelembapan, dan membuat kulit terasa lebih halus. Asam oleat juga berperan sebagai emolien sehingga dapat membantu mengurangi kekeringan pada kulit.

c. Asam linoleat

Asam linoleat merupakan asam lemak esensial yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan kulit.

Manfaat asam linoleat adalah membantu mempertahankan fungsi pelindung kulit atau skin barrier, mengurangi kehilangan cairan dari permukaan kulit, serta membantu mencegah kulit menjadi kering, pecah-pecah, dan mudah iritasi.

d. Antioksidan

Minyak almond mengandung senyawa antioksidan yang berperan dalam perlindungan sel kulit.

Manfaat antioksidan adalah membantu melindungi sel kulit dari kerusakan oksidatif, memperlambat kerusakan kulit akibat proses penuaan, dan mendukung pemeliharaan integritas kulit.

e. Asam lemak tak jenuh

Minyak almond mengandung asam lemak tak jenuh yang berperan dalam menjaga kelembutan dan kelembapan kulit.

Manfaat asam lemak tak jenuh adalah membantu menjaga lapisan lipid kulit, meningkatkan kelembutan kulit, mengurangi kekeringan, dan membantu kulit tetap elastis.

f. Fitosterol

Fitosterol merupakan senyawa alami pada minyak nabati, termasuk minyak almond.

Manfaat fitosterol adalah membantu menjaga kelembapan kulit, mendukung fungsi pelindung kulit, dan membantu mengurangi tanda-tanda iritasi ringan pada kulit.

g. Vitamin A

Minyak almond mengandung vitamin A dalam jumlah kecil. Manfaat vitamin A adalah membantu proses regenerasi kulit, menjaga kesehatan jaringan kulit, dan mendukung perbaikan sel kulit.

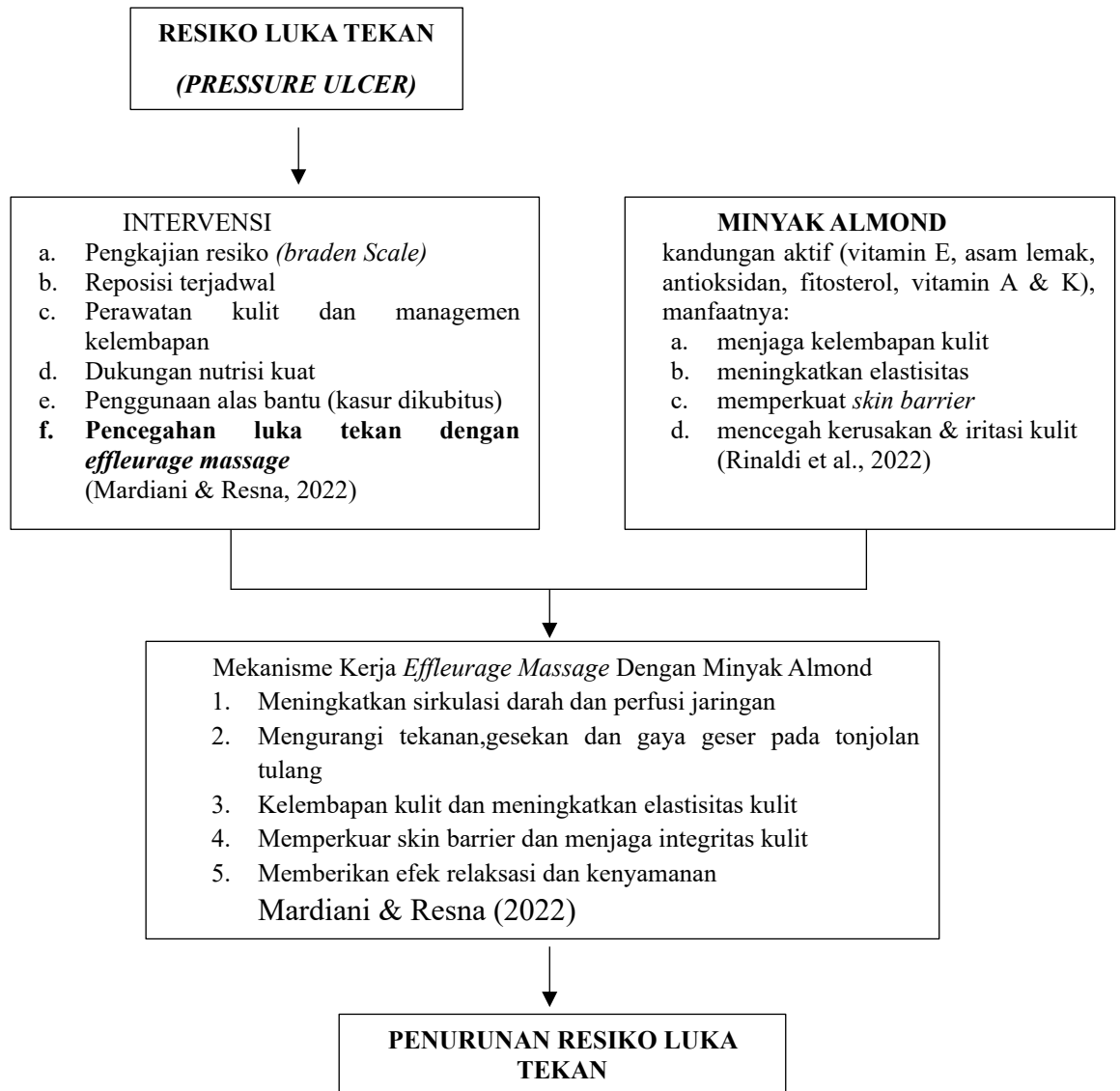
h. Vitamin K

Vitamin K juga terdapat dalam minyak almond meskipun dalam jumlah kecil.

Manfaat vitamin K adalah membantu menjaga kesehatan kulit dan mendukung proses perbaikan jaringan.

Oleh karena itu, minyak almond dapat digunakan sebagai media dalam *effleurage massage* karena dapat mengurangi gesekan, meningkatkan kenyamanan, dan membantu menjaga kelembapan kulit pada pasien lansia *bedrest*.

2.2 Kerangka teori

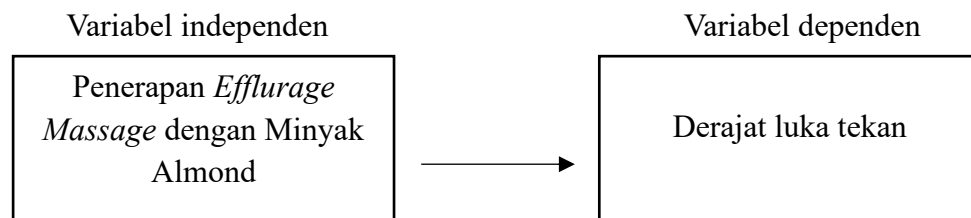


Bagan 2. 1

Kerangka Teori Pengaruh *Effleurage Massage* Dengan Minyak Almond Terhadap Derajat Luka Tekan Pada Lansia *Bedrest* (Braden & Bergstrom, 1987; Mardiani & Resna, 2022; Rinaldi et al., 2022).

2.3 Kerangka konsep

Kerangka konsep merupakan model konseptual dalam suatu penelitian sebagai landasan yang mendukung masalah. Kerangka konsep membahas konsep yang saling berhubungan antara satu variabel yang lain menggunakan garis berarah (Hidayati et al., 2024)



Bagan 2. 2
Kerangka Konsep

□ : konsep
→ : berpengaruh

2.4 Hipotesis penelitian

Berdasarkan kerangka teori dan kerangka konsep yang telah disusun, maka hipotesis dalam penelitian ini adalah:

- H01 : Tidak ada perbedaan yang signifikan derajat luka tekan pada lansia *bedrest* sebelum dan sesudah diberikan *effleurage massage* dengan minyak almond pada responden kelompok intervensi.
- Ha1 : Ada perbedaan yang signifikan derajat luka tekan pada lansia *bedrest* sebelum dan sesudah diberikan *effleurage massage* dengan minyak almond pada responden kelompok intervensi.
- H02 : Tidak ada perbedaan yang signifikan derajat luka tekan pada lansia *bedrest* antara pengukuran pertama dan pengukuran kedua pada kelompok kontrol.
- Ha2 : Ada perbedaan yang signifikan derajat luka tekan pada lansia *bedrest* antara pengukuran pertama dan pengukuran kedua pada kelompok kontrol.
- H03 : Tidak ada perbedaan yang signifikan derajat luka tekan pada lansia *bedrest* antara kelompok intervensi setelah diberikan

effleurage massage dengan minyak almond dan kelompok kontrol pada pengukuran kedua.

Ha3 : Ada perbedaan yang signifikan derajat luka tekan pada lansia *bedrest* antara kelompok intervensi setelah diberikan *effleurage massage* dengan minyak almond dan kelompok kontrol pada pengukuran kedua.