

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Stroke

##### 2.1.1 Definisi Stroke

Stroke menurut WHO (World Health Organisation) adalah gangguan pada otak bicara atau gerak ataupun gabungan keduanya yang tiba-tiba dikarenakan adanya gangguan vaskuler dan apabila terjadi selama 24 jam atau lebih akibat adanya gangguan peredaran darah otak neotraumatik (Truelsen et al, 2000 dan Mansjoer, Arif 2000).

Menurut Kemenkes RI (2013) stroke adalah gangguan pada otak baik gangguan saraf sebagian atau seluruhnya datangnya secara tiba-tiba, progresif dan sangat cepat.

Stroke adalah gangguan fungsi otak yang timbulnya mendadak, berlangsung selama 24 jam atau lebih, akibat gangguan peredaran darah di otak (Yayasan Stroke Indonesia, 2010).

Stroke adalah gangguan fungsi otak yang bisa terjadi sangat cepat dan dapat menyebabkan kematian karena adanya gangguan pembuluh darah otak (serebrovaskuler) karena otak



akan mendapatkan suplai darah dan oksigen berkurang atau terhenti di dalam otak sehingga mengakibatkan disfungsi otak apabila kekurangan suplai



darah dan oksigen kurang dari 1 menit dapat mengakibatkan kehilangan kesadaran dan bisa kembali tersadar dan apabila dalam waktu yang cukup lama 24 jam atau lebih maka akan menyebabkan kematian mikroskopis neuron karena pembuluh darah di otak terjadi penyempitan, penyumbatan dan juga bisa mengakibatkan pecahnya pembuluh darah (Lily & Catur, 2016).

### **2.1.2 Etiologi Stroke**

Faktor-faktor yang menyebabkan stroke yaitu hipertensi, kolesterol, diabetes melitus, penyakit jantung, merokok, makanan tidak sehat, berat badan berlebih, kurangnya olah raga, narkoba, stres, gaya hidup atau cara hidup, migrain, aterosklerosis dan riwayat stroke keluarga, trombosis serebral, emboli serebral, perdarahan intra serebral vaskulitis system saraf pusat dan mikosoma atrium.

### **2.1.3 Patofisiologi Stroke**

Otak yang sangat tergantung pada oksigen bila oksigen yang terkandung dalam darah terhambat ke otak oleh pecahnya pembuluh darah, bekuan darah, adanya udara dalam darah, endapan lemak dalam pembuluh darah maka otak akan kekurangan oksigen yang mengakibatkan bila kekurangan oksigen selama 1 menit akan mengakibatkan kehilangan kesadaran dan dapat kembali tersadar, apabila kehilangan oksigen dalam waktu yang cukup lama 24 jam atau lebih maka akan menyebabkan

kematian mikroskopis neuron karena pembuluh darah di otak terjadi penyempitan, penyumbatan dan juga bisa mengakibatkan pecahnya pembuluh darah (Lily & Catur, 2016).

Gangguan aliran darah ke otak bisa dimana saja terjadi sehingga apabila pasokan aliran darah ke jaringan otak terganggu atau terhenti selama 15-20 menit maka bisa mengakibatkan kematian jaringan otak (infark).

#### **2.1.4 Manifestasi Klinis Stroke**

##### **1. Kehilangan Fungsi Gerak (motorik)**

Stroke adalah penyakit motor neuron atas yang dapat mengakibatkan kehilangan control volunteer pada gerakan motoric dan bila yang terganggu control volunteer atas pada otak maka yang terganggu akan berlawanan dari otak yang terganggu misalnya otak sebelah kanan yang terganggu maka anggota gerak sebelah kiri yang akan berdampak juga sebaliknya demikian.

Kerusakan pada otak adalah hemiplegia atau paralisis pada salah satu sisi tubuh karena adanya lesi pada salah satu sisi otak yang berlawanan bila sisi otak kanan yang terganggu maka tubuh bagian tubuh sebelah kiri yang terjadi hemiplegia dan juga sebaliknya, gejala klinis yang sering terlihat dalam stroke adalah hemiparase yaitu menurunnya reflek tendon bila

terjadi dalam 48 jam dapat meningkatkan tonus otot tidak normal pada ekstremitas yang terkena.

## 2. Kehilangan Fungsi komunikasi

Stroke adalah penyebab tidak berfungsinya bahasa dan komunikasi akibat dari kesulitan dalam berbicara (disartria), kehilangan ekspresif atau reseptif dalam berbicara (afasia), ketidakmampuan untuk mengulangi tindakan yang telah dipelajari sebelumnya (apraksia), tidak mampu untuk menginterpretasikan sensasi (gangguan persepsi), kesulitan dalam pemahaman, lupa, dan kurang motivasi sehingga pasien menyebabkan masalah frustrasi dalam program rehabilitasi.

### 2.1.5 Klasifikasi Stroke

Stroke dapat diklasifikasikan menjadi 2 (Fransisca, 2011) :

1. Stroke hemoragik adalah akibat dari pecahnya pembuluh darah di otak dan dapat menghambat aliran darah yang menuju ke otak sehingga akibat dari pecahnya pembuluh darah tersebut maka darah akan merembes ke dalam suatu daerah di otak dan merusaknya dan apabila terjadi didalam jaringan otak maka disebut hemoragik intraserebra sedangkan

bila pendarahan merembes pada ruang sempit antara permukaan otak dengan lapisan jaringan yang menutupi otak (ruang subaraknoid) disebut hemoragik subaraknoid.

2. Stroke iskemik adalah akibat adanya sumbatan pada pembuluh darah yang menuju ke otak baik sebagian atau seluruhnya, berhentinya aliran darah diakibatkan oleh adanya endapan lemak atau kolesterol pada dinding pembuluh darah sehingga aliran darah yang menuju ke otak akan terhambat, endapan atau sumbatan tersebut bisa dari mulai terjadinya endapan sampai menjadi gumpalan maka disebut stroke iskemik trombolitik bila pembuluh darah tertutup oleh bekuan darah maka disebut stroke iskemik embolitik dan akibat aliran darah ke seluruh tubuh berkurang karena gangguan denyut jantung maka disebut stroke iskemik heperfusion sistemik.

#### 2.1.6 Komplikasi Stroke

Pada pasien yang mengalami stroke maka orang tersebut mengalami tirah baring lama di tempat tidur sehingga menyebabkan masalah emosional dan fisik (Laila Henderson, 2012) yaitu:

- Bekuan darah yang sangat mudah terjadi pada kaki yang lumpuh sehingga berakibat penumpukan cairan, pembengkakan dan embolisme.

- Berkumpulnya cairan di paru-paru karena pasien tidak bisa batuk dan menelan dengan sempurna (pneumonia).
- Kekakuan sendi yang diakibatkan kurangnya gerak dan mobilisasi (atrofi).
- Luka karena penderita lama tirah baring mengakibatkan luka pada bagian tubuh yang sering tertekan atau gesekan dengan alas tempat tidur (decubitus) dan yang paling rawan terjadi dalam bagian tubuh yaitu pinggul, pantat, sendi kaki dan tumit apabila bagian tubuh ini tidak bisa dirawat maka akan terjadi luka dan bisa terinfeksi (Pudiastuti, 2011).

## 2.2 Dekubitus

### 2.2.1 Definisi Dekubitus

Dekubitus adalah adanya luka pada permukaan kulit atau jaringan yang tertekan atau gesekan biasanya terjadi pada area tonjolan tulang dan pada area tubuh yang terkena tekanan atau gaya geser (Joyce M.Black, 2014).

Dekubitus adalah adanya tekanan pada area tertentu terus menerus sehingga aliran darah ke tempat tersebut berkurang atau terganggu (Kowalak & Al Kharabsseh et.al, 2014).

Dekubitus bisa terjadi pada hari ke 3 sampai hari ke 5

pada pasien yang dirawat inap dengan demikian pasien yang mulai masuk rumah sakit dan memperlihatkan gejala decubitus setelah 72 jam atau 3 hari pasien berada di rumah sakit sehingga semakin lama dirawat semakin beresiko terjadinya decubitus (Depkes, 2005).

### **2.2.2 Etiologi dan factor Resiko Dekubitus**

Pasien yang berbaring lama dalam merubah posisi dan reposisi yang tidak sering atau alas tempat tirah baring yang tidak baik dan bersentuhan dengan jaringan lunak dapat terjadi gesekan yang tidak baik maka terjadi kerusakan jaringan lunak untuk itu factor yang dapat menyebabkan terjadinya decubitus adalah imobilisasi dan inaktivitas.

Pasien yang berbaring lama yang sering posisi setengah duduk untuk memfasilitasi pernafasan atau pemberian makan maka posisi ini yang dapat mengakibatkan resiko terjadinya luka pada sacrum dan tumit sehingga decubitus bisa terjadi pada jaringan lunak seperti kulit, jaringan subkutan dan otot apabila tertekan antara tonjolan tulang dan permukaan yang keras dalam waktu yang lama (Joyce M.Black, 2014).

Faktor resiko dekubits yang dijelaskan diatas ada juga factor lain yang dapat menjadi factor terjadinya decubitus yaitu pasien yang kekurangan nutrisi protein dan kalori karena apabila kekurangan nutrisi protein dan kalori maka intergritas kulit akan



berkurang, kulitnya akan mudah rusak karena tekanan atau bergesekan dengan alas baring atau benda keras maka akan terjadi robekan pada kulit.

Factor-faktor lain yang dapat mempengaruhi terjadinya decubitus tergantung dari keadaan pasiennya itu sendiri dapat dilihat dari sensorik, kelembaban kulit, aktivitas ditempat tidur, mobilitas fisik, nutrisi, friksi dan gesekan atau gaya geser.

### **2.2.3 Patofisiologi Dekubitus**

Adanya tekanan pada jaringan lunak antara tonjolan tulang dan permukaan yang keras akan menekan kapiler dan menghambat aliran darah, bila tekanan dilepaskan dengan waktu yang sangat singkat maka dilatasi kapiler terjadi sehingga tidak terjadi kerusakan dan bila terkanan terus menerus tidak dilepaskan maka terjadi mikrothrombi terbentuk pada kapiler dan mengoklusi penuh aliran darah sehingga akan terbentuk bula bula bila bula bula tersebut pecah akan terjadi luka terbuka setelah adanya luka terbuka maka akan cepat dikolonisasi oleh bakteri dan bakteri ini dapat berproliferasi sehingga menyebabkan timbulnya biofilm.

Penyembuhan dapat terjadi dengan penyembuhan sekunder yaitu jaringan granulasi yang memenuhi bagian dasar luka dengan ketebalan penuh dan kontraksi tepian luka dan menutup luka sehingga sel epitel menutupi luka (Joyce M.Black, 2014).

#### 2.2.4 Klasifikasi Dekubitus

Dekubitus dapat diklasifikasikan menjadi beberapa derajat dekubitus (Wijaya & Putri, 2013) yaitu:

- Tidak adanya luka lecet yang terbuka pada permukaan kulit, kulit masih utuh disebut dengan derajat dekubitus 0.
- Luka yang ada di atas permukaan kulit (superfisial) disebut dengan derajat dekubitus 1.
- Luka yang ada di atas permukaan kulit sampai menembus tendon dan tulang disebut dengan derajat dekubitus 2.
- Adanya pembengkakan luka yang disertai dengan osteomyelitis atau tidak ada osteomyelitis pada luka disebut dengan derajat dekubitus 3.
- Adanya luka gangrene yang terjadi pada jari kaki atau sebagian distal dengan selulitis atau tidak ada selulitis disebut dengan derajat dekubitus 4.
- Adanya gangrene pada seluruh kaki atau sebagian dari tungkai kaki disebut dengan derajat dekubitus 5.

#### 2.2.5 Komplikasi Dekubitus

Komplikasi dari luka dekubitus yaitu:

- Osteomyelitis yaitu sebagian besar luka ini tidak dapat sembuh,

jika sembuh maka terjadi luka lagi dan bertambah sakitnya dan bisa mengakibatkan pembusukan.

- Sepsis yaitu peningkatan sel darah putih sehingga dapat menyebabkan demam, hipotensi dan penurunan kesadaran.
- Selulitis yaitu adanya infeksi akut pada dermis dan jaringan subkutan yang dapat menyebabkan nyeri, eritema dan odema.

### 2.2.6 Pencegahan Dekubitus

Ada beberapa cara untuk mencegah agar tidak terjadi decubitus (Patricia A.Potter & Anne Griffin, 2006) yaitu:

- Keadaan umum pasien harus diperbaiki.
- Pemeliharaan dan perawatan kulit (menggosok/mengolesi lotion, minyak kelapa murni, minyak zaitun dan pelembab kulit lainnya).
- Alas tempat tidur atau tempat duduk yang lembut.
- Kasur anti decubitus.
- Siku dan tumit bisa dilindungi oleh bahan yang dapat memegas dengan baik.
- Bagi yang merawat pasien tidak boleh memakai perhiasan dan memelihara kuku sampai panjang.
- Mengatur pola baring yang berubah-ubah posisi (buat jadwal

perubahan posisi misalnya 2-3 jam sekali tiap posisi).

Menurut Yolanda (2012) pencegahan agar tidak terjadinya decubitus maka dapat diberikan tindakan perawatan pola baring yang berubah-ubah posisi dan juga pemberian minyak zaitun. Minyak zaitun mengandung lemak baik yang dapat melembabkan dan menjaga elastisitas kulit dengan cara dioleskan atau menggosokkan (Utami, 2013).

### 2.2.7 Pengukuran Skor Resiko Dekubitus

Penelitian ini menggunakan cara pengukuran skor resiko decubitus menggunakan skala braden (patricia, 2012). Skala Braden mempunyai validitas prediksi yang baik pada *cutof point* 15, memiliki sensitifitas 86,67, spesifitas 70,37, FP 29,63% dan FN 33,33%, luas area di bawah kurva ROC= 0,808. Uji reabilitas 0,808, maka skala braden lebih efektif dalam memprediksi resiko luka tekan. Cara pengukuran resiko decubitus menggunakan skala braden (Patricia, 2012) yaitu dengan cara menilai:

1. Menilai sensorik yaitu kemampuan pasien untuk merespon tekanan yang berhubungan dengan ketidaknyamanan.
  - Skor 1 yaitu pasien dengan keterbatasan total, tidak adanya respon pada stimulus nyeri akibat kesadaran yang menurun atau karena pemberian obat-obat sedasi atau keterbatasan kemampuan untuk menerima rangsangan nyeri pada

sebagian besar permukaan tubuh.

- Skor 2 yaitu pasien berespon hanya dengan rangsangan nyeri dan tidak bisa mengkomunikasinya ketidaknyamanannya kecuali dengan merintih dan atau gelisah. Mempunyai gangguan sensorik yang membatasi kemampuan untuk merasakan adanya nyeri atau ketidaknyamanan pada separuh permukaan tubuh.
- Skor 3 yaitu pasien berespon pada perintah verbal akan tetapi tidak selalu dapat mengkomunikasikan ketidaknyamanan atau harus dibantu membalikkan tubuh atau mempunyai gangguan sensorik yang membatasi kemampuan untuk merasakan adanya nyeri atau ketidaknyamanan pada satu atau dua ektrimitas.
- Skor 4 yaitu pasien berespon pada perintah verbal dengan baik tidak ada penurunan sensorik yang membatasi kemampuan untuk merasakan atau mengungkapkan adanya nyeri atau ketidaknyamanan.

2. Kelembaban kulit yaitu tingkat kulit yang terpapar kelembaban.

- Skor 1 yaitu pasien mempunyai kelembaban kulit yang konstan yaitu kulit selalu lembab karena perspirasi, urine dll. Kelembaban diketahui saat klien bergerak, membalik tubuh atau dengan dibantu perawat.
- Skor 2 yaitu pasien mempunyai kelembaban kulit sangat



sering terjadi tetapi tidak selalu lembab.

- Skor 3 yaitu pasien mempunyai kelembaban kulit kadang lembab pada waktu tertentu saja terjadi kelembaban.
- Skor 4 yaitu pasien mempunyai kelembaban kulit jarang lembab keadaan kulit biasanya selalu kering.

3. Aktifitas fisik yaitu tingkat aktifitas fisik.

- Skor 1 yaitu pasien dengan tirah baring yang beraktifitas terbatas di atas tempat tidur saja.
- Skor 2 yaitu pasien tidak dapat bergerak atau berjalan dengan keterbatasan yang tinggi atau tidak mampu berjalan, tidak dapat menopang berat badannya sendiri harus dibantu oleh orang lain untuk berpindah ke atas kursi atau kursi roda.
- Skor 3 yaitu pasien dapat berjalan sendiri tetapi hanya dalam jarak yang pendek atau dekat dengan atau tanpa bantuan orang lain dan sebagian besar waktu dihabiskan di atas tempat tidur atau kursi.
- Skor 4 yaitu pasien dapat berjalan ke luar kamar sedikitnya 2 kali sehari dan di dalam kamar sedikitnya 1 kali tiap 2 jam selama terjaga.

4. Mobilisasi yaitu kemampuan mengubah dan mengontrol posisi tubuh.

- Skor 1 yaitu pasien dengan imobilisasi total, tidak dapat melakukan perbuahan posisi tubuh atau ekstremitas tanpa

bantuan walaupun hanya sedikit.

- Skor 2 pasien dengan keadaan sangat terbatas yaitu pasien kadang-kadang melakukan perubahan kecil pada posisi tubuh dan ekstremitas akan tetapi tidak mampu melakukan perubahan yang sering dan secara mandiri.
- Skor 3 yaitu pasien yang mobilisasinya agak terbatas pasien dapat melakukan perubahan kecil pada posisi tubuh dan ekstremitas secara sering dan secara mandiri.
- Skor 4 yaitu pasien tidak memiliki ketidakterbatasan dalam hal mobilisasi, dapat melakukan perubahan posisi yang bermakna dan sering tanpa bantuan.

5. Nutrisi yaitu pola asupan makanan yang lazim.

- Skor 1 yaitu pasien dengan asupan gizi yang sangat buruk dengan keadaan tidak pernah makan makanan lengkap dan makan tidak lebih dari 1/3 porsi makanan yang diberikan tiap hari asupan protein (daging atau susu) 2 kali atau kurang kurang minum dan tidak makan suplemen, makanan cair, puasa, minum air bening atau mendapat infus lebih dari 5 hari.
- Skor 2 yaitu pasien dengan keadaan mungkin kurang asupan nutrisi dengan jarang makan makanan lengkap dan umumnya makan kira-kira hanya 1/2 porsi makanan yang diberikan dengan asupan protein (daging atau susu) hanya 3



kali sehari. Kadang-kadang mau makan makanan suplemen atau menerima makanan cair dari sonde (NGT).

- Skor 3 yaitu pasien dengan keadaan cukup asupan nutrisi dengan makan makanan lebih dari 1/2 porsi makanan yang diberikan dengan makan protein (daging atau susu) sebanyak 4 kali sehari dan kadang-kadang menolak untuk makan, akan tetapi mau makan suplemen yang diberikan atau diberikan melalui sonde (NGT) atau regimen nutrisi parenteral yang mungkin dapat memenuhi sebagian besar kebutuhan nutrisi.
- Skor 4 yaitu pasien yang baik asupan nutrisinya, makan makanan yang diberikan, tidak pernah menolak makan dan bisa makan 4 kali atau lebih dengan protein (daging atau susu), kadang-kadang makan di antara jam makan dan tidak memerlukan suplemen.

#### 6. Friksi dan Gesekan yaitu pergeseran.

- Skor 1 yaitu pasien yang memerlukan bantuan sedang sampai dengan maksimum untuk dapat bergerak, tidak mampu mengangkat tanpa terjatuh dan seringkali terjatuh ke atas tempat tidur atau kursi, sering membutuhkan bantuan maksimum untuk posisi kembali kesemula.
- Skor 2 yaitu pasien yang bergerak dengan lemah dan membutuhkan bantuan minimum, selama bergerak kulit



mungkin akan menyentuh alas tempat tidur, kursi, alat pengikat atau alat lain dan sebagian besar mampu mempertahankan posisi yang relatif baik diatas kursi atau tempat tidur, akan tapi kadang-kadang jatuh ke bawah.

- Skor 3 yaitu pasien yang bergerak di atas tempat tidur maupun dikursi dengan mandiri dan mempunyai otot yang cukup kuat untuk mengangkat sesuatu sambil bergerak dan mampu mempertahankan posisi yang baik di atas tempat tidur atau dikursi.

Jumlah skor akan menentukan resiko, apabila semakin besar nilai skornya makin semakin rendah tingkat resiko terjadinya dekubitus dan bila nilai skornya semakin kecil maka semakin tinggi resiko terjadinya dekubitus dapat dilihat dari nilai akhir dari hasil skornya adalah skor 20-23 adalah resiko rendah, skor 15-19 adalah resiko sedang, skor 11-14 adalah resiko tinggi dan skor 6-10 adalah resiko sangat tinggi.

## **2.3 Minyak Zaitun**

### **2.3.1 Defenisi Minyak Zaitun**

Minyak zaitun adalah minyak yang berasal dari biji zaitun yang kaya akan asam linoleat, yang mengandung 85% mineral (fosfor, sulfat, kalsium). Sedikit protein, dan mengandung vitamin A, B, C, D, setiap 100 gram mengandung 224 kalori (Hammad,2011).

Minyak zaitun dapat digunakan sebagai emolien karena

sifatnya yang mampu mempertahankan kelembaban, kelenturan dan kehalusan pada kulit. Asam oleat yang terdapat pada minyak zaitun dapat meningkatkan permeabilitas pada kulit sebab mampu menjaga kelembaban pada kulit (Andriani *et al*, 2015).

Emolien merupakan pelembab mempunyai manfaat dapat mempertahankan hidrasi (keseimbangan cairan dalam tubuh), merehidrasi kulit dan mencegah terjadinya penguapan air pada kulit agar tidak terjadi kekeringan. Selain itu emolien juga bisa membentuk lapisan pelindung pada kulit sehingga membantu sifat pelembutan pada kulit (Ratih *et al*, 2014).

Pasien yang berbaring lama dalam merubah posisi dan reposisi yang tidak sering atau alas tempat tirah baring yang tidak baik dan bersentuhan dengan jaringan lunak dapat terjadi gesekan yang tidak baik maka akan terjadi kerusakan jaringan lunak untuk itu factor yang dapat menyebabkan terjadinya decubitus adalah immobilisasi dan inaktivitas untuk itu sebelum terjadinya decubitus lebih baik kelembaban, kelenturan dan kehalusan kulit dengan mengolesi minyak zaitun karena minyak zaitun ini bisa menjaganya karena banyak mengandung bahan-bahan yang dibutuhkan oleh kulit.

Mencegah agar tidak terjadi decubitus (Patricia A.Potter & Anne Griffin, 2006) yaitu:

- Keadaan umum pasien harus diperbaiki.

- Pemeliharaan dan perawatan kulit (menggosok/mengolesi lotion, minyak kelapa murni, minyak zaitun dan pelembab kulit lainnya).
- Alas tempat tidur atau tempat duduk yang lembut.
- Kasur anti decubitus.
- Siku dan tumit bisa dilindungi oleh bahan yang dapat memegas dengan baik.
- Bagi yang merawat pasien tidak boleh memakai perhiasan dan memelihara kuku sampai panjang.
- Mengatur pola baring yang berubah-ubah posisi (buat jadwal perubahan posisi misalnya 2-3 jam sekali tiap posisi).

Menurut Yolanda (2012) pencegahan agar tidak terjadinya decubitus maka dapat diberikan tindakan perawatan pola baring yang berubah-ubah posisi dan juga pemberian minyak zaitun. Minyak zaitun mengandung lemak baik yang dapat melembabkan dan menjaga elastisitas kulit dengan cara dioleskan atau menggosokkan (Utami, 2013).

### **2.3.2 Jenis-jenis minyak zaitun**

Minyak zaitun menurut Hammad (2011) dapat dibagi menjadi beberapa golongan yaitu:

- Extra virgin olive oil yaitu memiliki tingkat keasaman kurang dari

3,3 %.

- Virgin olive oil yaitu minyak yang hampir menyerupai ekstra virgin oil tetapi bedanya virgin oil diambil pada buah yang lebih matang dan tingkat keasamannya lebih tinggi.
- Refined olive oil yaitu minyak zaitun yang berasal dari penyulingan tingkat keasamannya lebih dari 3,3 % dan aromanya kurang begitu baik sehingga rasanya kurang menggugah lidah.
- Pure olive oil yaitu minyak zaitun yang paling laris dijual di pasaran karena warna, rasa dan aromanya lebih ringan dari virgin olive oil.
- Ekstra light olive oil yaitu campuran minyak zaitun murni dan hasil sulingan, sehingga kualitasnya kurang baik, tetapi jenis ini lebih populer dipasaran karena harganya lebih murah dari pada jenis lain.

### 2.3.3 Kandungan minyak zaitun

Kandungan minyak zaitun yaitu

- Lemak jenuh yaitu mengandung Asam palmitat 7,5 sampai 20,0 %, Asam stearat 0,5 sampai 5,0 %, Asam aracidat kurang dari 0,8 %, Asam behenat kurang dari 0,3 %, Asam mistart kurang dari 0,1 %, Asam lignocerat kurang dari 1,0 %.



- Lemak tak jenuh yaitu mengandung MUFA terdiri atas oleat atau omega 9 55 sampai 83% dan asam palmitoleat 0,3 sampai 3,5 %, PUFA terdiri atas asam linoleat omega 6 2,1 sampai 3,5 % dan asam linoleat omega 3 kurang dari 1,5%, Vit E dan Vit K dan Senyawa antioksidan fenol, tokoferol, sterol, pigmen fito estrogen.

#### 2.4 Jurnal Penelitian Terkait

1. Penelitian yang dilakukan oleh Henny Syapitri, Laura Mariati Siregar dan Daniel Ginting (2017) judul Metode Pencegahan Luka Dekubitus pada Pasien Bedrest Total Melalui Perawatan Kulit di RSUD Sari Mutiara Medan.

Dapat disimpulkan bahwa dari 44 responden yang mengalami dekubitus rata-rata (mean) karakteristik yang diperoleh adalah umur, yang mengalami dekubitus rata-rata (mean) derajat dekubitus sebelum dilakukan intervensi adalah sebesar 10,86 dan setelah dilakukan tindakan berbagai perlakuan sebesar 7,73. Perbedaan rata-rata derajat dekubitus sebelum dan sesudah pemberian nigella sativa oil, hasil uji statistik p-value ( $p < 0,05$ ).

2. Penelitian yang dilakukan oleh Oktaria Yolanda, Wasisto Utomo dan Febriana Sabrina (2012) judul Efektifitas Minyak Zaitun Terhadap Pressure Ulcer Pada Pasien Dengan Tirah Baring Lama di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru.

Dapat disimpulkan mayoritas responden berjenis kelamin

adalah laki-laki. Berdasarkan suku, mayoritas responden adalah Jawa. Mayoritas responden pendidikan terakhir adalah SD dan tidak bekerja, mengalami masalah neurologi, rata-rata hasil pengukuran berat badan responden dibawah normal serta mayoritas menggunakan matras penurun tekanan.

Responden di ukur dengan skala Braden rata beresiko ringan untuk terjadinya ulkus decubitus. Hasil uji Mann-Whitney pada skor ulkus decubitus pre test pada kelompok eksperimen dan decubitus menunjukkan nilai  $p = 0,252$  (nilai  $p > \alpha = 0,05$ ) atau tidak ada perbedaan yang signifikan sedangkan skor ulkus decubitus post test didapatkan  $p=0,017$  (nilai  $p < \alpha = 0,05$ ) atau ada perbedaan antara skor ulkus decubitus setelah pemberian minyak zaitun pada kelompok eksperimen dan decubitus.

Hasil uji Wilcoxon pada skor ulkus decubitus sebelum (pre test) dan sesudah (post test) menunjukkan nilai  $p=0,042$  (nilai  $p < \alpha = 0,05$ ) atau ada perbedaan antara skor ulkus decubitus sebelum dan sesudah pemberian minyak zaitun pada kelompok eksperimen dan decubitus sehingga  $H_a$  diterima minyak zaitun efektif dalam mencegah terjadinya ulkus decubitus.

3. Penelitian yang dilakukan oleh Siska Puji Lestari, Yunita Wulandari dan Nur Rakhmawati (2016) judul Pengaruh Massage Dengan Minyak Zaitun Terhadap Pressure Ulcers Dengan Grade 1 Pada Lansia Di Griya PMI Surakartadilaksanakan di Griya PMI Surakarta.

Dapat disimpulkan bahwa karakteristik responden rata-rata usia adalah 70 tahun, mayoritas responden adalah perempuan sebanyak 10 responden (62,5%), mayoritas responden mempunyai riwayat penyakit sebanyak 12 responden (75%). Rata-rata skor pressure ulcer grade 1 sebelum massage dengan minyak zaitun adalah 3 dengan median 3, standar deviasi 1,461, skor terendah 3 dan skor tertinggi adalah 5.

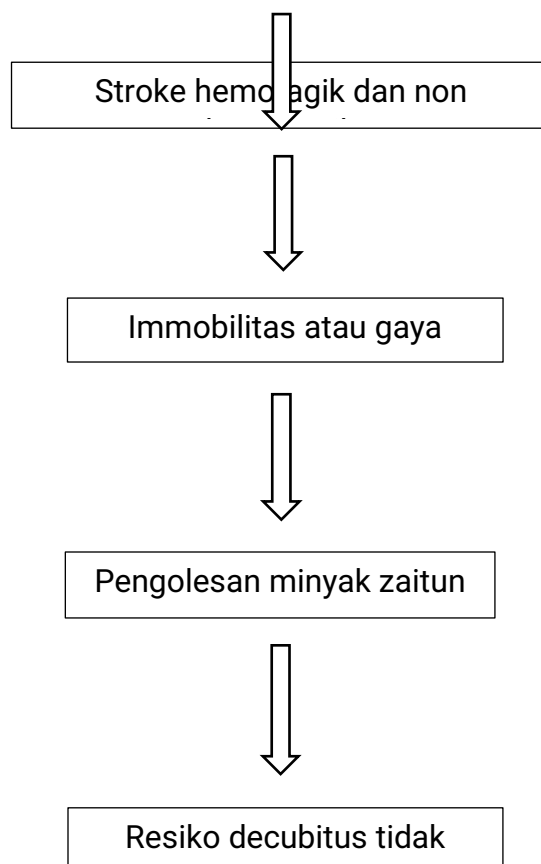
Rata-rata skor pressure ulcer derajat 1 setelah massage dengan minyak zaitun adalah 1,81 dengan median 2, standar deviasi 0,834, skor terendah 1 dan skor tertinggi adalah 3. Terdapat pengaruh massage dengan minyak zaitun terhadap pressure ulcer dengan grade 1 pada lansia di griya PMI Surakarta dengan nilai p value 0,002.



## 2.5 Kerangka Teori

Tabel 2.5  
Kerangka Teori

Penyebab stroke karena adanya bekuan darah, lemak dan udara yang menyumbat pada dinding pembuluh darah





Sumber : Yolanda (2012) dan Utami (2013)

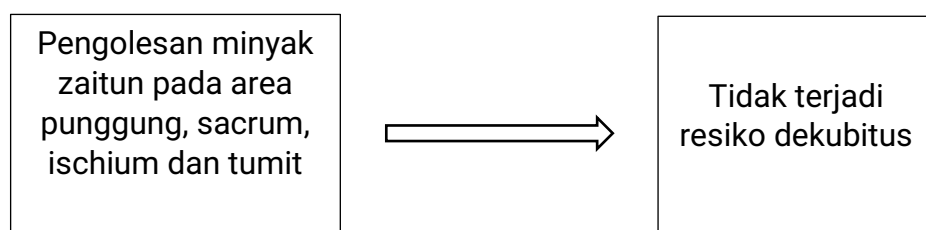
## 2.6 Kerangka Konseptual

Kerangka konsep adalah contoh konseptual yang membahas saling ketergantungan antara variabel yang dianggap perlu untuk melengkapi dinamika situasi hal yang sedang atau yang akan diteliti sekaraang. Penyusunan kerangka konsep akan membantu untuk membuat hipotesa, menguji hubungan tertentu dan membantu peneliti dalam menghubungkan hasil penemuan dengan teori yang hanya dapat diamati atau diukur melalui variabel.

Variabel independent adalah variabel yang menjadi sebab timbulnya atau berubahnya variabel dependent. Variabel independent yang akan diteliti adalah Penggunaan minyak zaitun sedangkan variabel dependent adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain. Variabel dependent penelitian adalah resiko decubitus.

**Tabel 2.6**

### **Kerangka Konseptual**



Sumber : Yolanda (2012) dan Utami (2013)

